

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KARYNNE BORGES CABRAL

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E
QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

GOIÂNIA, 2015

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ Dissertação ☐ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Karynne Borges Cabral		
E-mail:	Karynneenf26@hotmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	☒ Sim ☐ Não		
Vínculo empregatício do autor			
Agência de fomento:		Sigla:	
País:		UF:	
		CNPJ:	
Título:	Acolhimento com avaliação e classificação de risco e qualidade dos serviços de urgência e emergência		
Palavras-chave:	Acolhimento; Avaliação de risco; Enfermagem; Socorro de urgência; Serviços Médicos de Emergência.		
Título em outra língua:	User Embracement with risk assessment and classification and quality of urgency and emergency services		
Palavras-chave em outra língua:	User Embracement; Risk assessment; Nursing; Emergency relief; Emergency medical services.		
Área de concentração:	A Enfermagem no cuidado a saúde humana.		
Data defesa:	18/03/2015.		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de pós- Graduação em Enfermagem.		
Orientador (a):	Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira		
E-mail:	lizete@ufg.br		
Co-orientador (a):*			
E-mail:			

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

.....

Data: /.... /.....

Assinatura do(a) autor(a)

¹Neste caso, o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

KARYNNE BORGES CABRAL

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E
QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linhas de pesquisa: *“Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o cuidar em saúde e em enfermagem” e “Gestão em saúde e enfermagem”.*

Área Temática: *Assistência de enfermagem ao paciente e sua família em emergência e cuidados intensivos.*

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira

GOIÂNIA, 2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Borges Cabral, Karynne

Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e Qualidade dos
Serviços de Urgência e Emergência [manuscrito] / Karynne Borges
Cabral. - 2015.

XCV, 95 f.

Orientador: Prof. Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade
de Enfermagem (FEN) , Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Goiânia, 2015.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas.

1. Acolhimento. 2. Avaliação de risco. 3. Enfermagem. 4. Socorro de
urgência. 5. Serviços médicos de emergência. I. Malagoni de
Almeida Cavalcante Oliveira, Lizete, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

KARYNNE BORGES CABRAL

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 18/03/2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira
Presidente da Banca e Orientadora
PPG - Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Virginia Visconde Brasil - Membro Interno
PPG - Enfermagem- Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro - Membro Externo
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Karina Machado Siqueira - Membro Suplente Externo
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Dálete Delalibera Correa Mota Faria – Membro Suplente Interno
PPG - Enfermagem - Universidade Federal de Goiás.

O presente estudo conta com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e está associado ao Núcleo de Estudos em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida (NEPAQ) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Dedicatória

*Aos meus pais e irmãs, que sempre torceram pelo
meu sucesso.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, por mais essa conquista, reconhecendo que, sem Ele, nada seria possível.

Aos meus familiares, em especial, aos meus pais, às minhas irmãs, à minha avó e a meu avô, Sebastiana e Bernardino e aos meus primos Juliana e Dieykson Noslin, por sempre estarem ao meu lado e por contribuírem para a realização deste sonho, pelo apoio e incentivo e por todos os aplausos dirigidos a mim mediante cada aprendizado.

Às minhas “amigas irmãs” eternas Rafaela Boaventura, Raíssa Pafume Dias e Cristiane Chagas Teixeira, por todas as alegrias e tristezas divididas, pelo carinho e incentivo e pelo companheirismo em todos os momentos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e, particularmente, à Professora Dra Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, que tão bem me acolheu nessa jornada, pelo carinho, dedicação, incentivo, paciência e ensinamentos preciosos. Sem sua atenção, este trabalho não seria possível. E à professora Virginia Visconde Brasil, pela atenção e colaboração em todas as etapas da construção deste estudo.

Agradeço, de maneira muito especial, a todos os colegas enfermeiros da Unidade de Pronto Atendimento de Rio Verde e do Hospital Municipal de Rio Verde-GO, que gentilmente cederam seu tempo, fazendo meus plantões intermináveis para que eu pudesse chegar até aqui: Ângela Maria Fernandes; Lisandra Lopes; Leila Graciano; Luana Cristina Costa Mendes; Juliana Medeiros; tia Irene Martins; Lidiane Souza; Lidianne Nascimento Damasceno; Thiago dos Santos Souza; Leandra Ferreira Camargos; Luciene Rodrigues de Oliveira.

Ao Doutor Leonardo Vieira Carmo, ao meu primo Fernando Duarte Cabral, à Seane Mendes e ao Senhor Suail José, pelo incentivo e apoio. Vocês contribuíram muito para o meu sucesso!

E, por fim, porém, não menos importante, agradeço a todas as enfermeiras

classificadoras dos Serviços de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO, pela preciosa participação neste estudo.

Muito obrigada a todos!

"Não que, por nós mesmos, sejamos capazes de pensar alguma coisa, como se partisse de nós; pelo contrário, a nossa suficiência vem de Deus" (2º Co. 3:5).

"Se você quer ser bem sucedido tem que ter dedicação total, buscar seu último limite, e dar o melhor de si mesmo..."

Ayrton Senna.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	13
RESUMO	14
ABSTRACT	15
RESUMEN	16
APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO.....	20
2. OBJETIVOS.....	26
2.1. Objetivo geral	26
2.2. Objetivos específicos	26
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	27
3.1 Serviços de urgência e emergência e a qualidade do atendimento ofertado	27
3.2. Proposta do serviço de acolhimento com avaliação e classificação de risco nas unidades de urgência e emergência	31
3.3. O papel do enfermeiro nos serviços de AACR	45
4. METODOLOGIA.....	49
4.1. Desenho do estudo	49
4.2. Caracterização do local do estudo	49
4.3. Sujeitos do estudo e coleta de dados	51
4.4. Análise dos dados coletados	52
4.5. Aspectos éticos	54

5. RESULTADOS.....	56
5.1. O AACR e a qualidade do atendimento dos serviços de urgência e emergência	56
5.2. Aspectos que interferem na qualidade do serviço de AACR.....	59
5.2.1. Fatores que dificultam a realização do AACR.....	59
5.2.2. Fatores que facilitariam a atuação do profissional no AACR.....	63
5.3. Sugestões para melhorias do serviço.....	64
6. DISCUSSÃO	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	
Apêndice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido	86
Apêndice 2: Roteiro para entrevista com o profissional enfermeiro	90
ANEXOS	
Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	93
Anexo 2: Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Avaliação e Classificação de Risco
AACR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CFM	Conselho Federal de Medicina
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTAS	<i>Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale</i>
DF	Distrito Federal
GPT	Grupo Português de Triagem
MAT	<i>Model Andorra de Triatje</i>
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
NTS	<i>National Triage Scale</i>
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa de Saúde da Família. Atual: ESF – Estratégia Saúde da Família
QualiSUS	Programa de Qualificação de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SUE	Serviços de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
SSAS	<i>Servicio Andorrano de Atención Sanitária</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

RESUMO

CABRAL, K.B. Acolhimento com avaliação e classificação de risco e qualidade dos serviços de urgência e emergência. [Dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2014. 92 p.

INTRODUÇÃO: A estratégia de acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR) visa a diminuir o risco de mortes consideradas evitáveis, a extinção da triagem realizada por porteiro ou profissional não capacitado e a priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada. Considerando a preocupação com a qualidade dos serviços de urgência e emergência ofertados na rede pública e que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na efetividade do AACR, o presente estudo se propôs a identificar como os enfermeiros classificadores percebem o AACR no contexto da melhoria da qualidade dos serviços de saúde. **OBJETIVO:** Analisar as percepções dos enfermeiros sobre a qualidade do atendimento nos serviços de urgência e emergência que possuem AACR. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semiestruturada, gravada em mídia digital, realizada com sete enfermeiros que atuam no AACR de unidades de urgência e emergência de Goiânia-GO, em maio e junho de 2014. **RESULTADOS:** Embora reconheçam as dificuldades, todos os participantes concordaram que o AACR contribuiu para melhorar a qualidade assistencial das unidades de urgência e emergência, sobretudo porque evita mortes nas filas de espera, priorizando os atendimentos de pacientes graves em detrimento dos menos graves. A alta demanda e problemas estruturais, como recursos humanos inadequados, falta de materiais básicos para avaliação do paciente e espaço físico inadequado, além do não funcionamento adequado da rede básica de saúde foram apontados como fatores dificultadores do serviço. Entre os aspectos que facilitariam o trabalho e contribuiriam para a melhoria da qualidade do atendimento no setor, indicam equipe completa, aquisição / disponibilidade de materiais minimamente necessários para a adequada avaliação do paciente, presença de um guarda/ segurança e o conhecimento da população quanto a essa estratégia de atendimento. Outras sugestões foram a adequação da estrutura física e garantia de espaço que permita privacidade durante a avaliação do risco. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados do estudo confirmam que os serviços de urgência e emergência compartilham as mesmas dificuldades já descritas para toda a rede pública de atenção primária à saúde da população. Embora o AACR contribua para a melhoria da qualidade desses serviços, ainda há muito a ser feito no sentido de garantir condições mínimas para o bom desempenho dos profissionais que atuam no setor e, assim, potencializar os benefícios que ele pode trazer para o atendimento de seus usuários.

Descritores: Acolhimento; Avaliação de Risco; Enfermagem; Socorro de Urgência; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

CABRAL, K. B. User Embrace with risk assessment and classification and quality of urgency and emergency services. [Dissertation]. Goiânia: College of Nursing / UFG; 2014. 92 p.

INTRODUCTION: The host strategy with risk assessment and classification (AACR) aims to reduce the risk of deaths considered preventable, the extinction of the screening conducted by the doorman or professional not trained and prioritization of care according to clinical criteria and not in order of arrival. Given the concern about the quality of emergency care services offered in public institutions and that nurses play a key role in the effectiveness of the AACR, this study aimed to identify how nurses perceive the AACR classifiers in the context of improving the quality of health services. **GOAL:** To analyze the perceptions of nurses about the quality of care in urgent and emergency services that has AACR. **METHODOLOGY:** A descriptive exploratory study with a qualitative approach. The data were collected through semi-structured individual interviews, recorded on digital media, performed with seven nurses working in AACR urgent and emergency units of Goiânia-GO, in May and June, 2014. **RESULTS:** While acknowledging the difficulties, all participants agreed that the AACR has contributed to improving the quality of emergency care and emergency units, especially because it prevents deaths in queues, prioritizing the care of critically ill patients to the detriment of less severe. The high demand and structural problems such as inadequate human resources, lack of basic materials for patient assessment and inadequate physical space, in addition to the inadequate functioning of public health care facilities were identified as hindering factors of the service. Among the aspects that facilitate the work and contribute to improving the quality of care in the industry, they indicate full staff, acquisition / availability of minimally materials needed for proper evaluation of the patient, presence of a guard / security and the knowledge of the population about this service strategy. Other suggestions included the adequacy of the physical structure and space guarantee that allows privacy for the risk assessment. **CONCLUSIONS:** The results of the study confirm that the urgent and emergency services share the same difficulties already described for all public primary health care of the population. Although the AACR will contribute to improving the quality of these services, much remains to be done to ensure minimum conditions for the good performance of professionals working in the sector and thus enhance the benefits it can bring to the care of their users.

Descriptors: Use embracement; Risk assessment; Nursing; Emergency relief; Emergency Medical Services.

RESUMEN

CABRAL, K. B. Acogimiento con la evaluación del riesgo y la clasificación y la calidad de los servicios de atención de emergencia [Tesis]. Goiânia: Facultad de Enfermería / UFG; 2014. 92 p.

INTRODUCCIÓN: La estrategia de acogimiento con la medición del riesgo y la clasificación (AACR) tiene como objetivo reducir el riesgo de muertes consideradas evitables, la extinción de la proyección realizada por el portero o profesional no entrenado y priorización de la atención de acuerdo a criterios clínicos y no por orden de llegada. Dada la preocupación por la calidad de los servicios de atención de emergencia ofrecidos en público y que las enfermeras desempeñan un papel clave en la eficacia de la AACR, este estudio tuvo como objetivo identificar cómo las enfermeras perciben los clasificadores AACR en el contexto de la mejora de la calidad de servicios de salud. **OBJETIVO:** Analizar las percepciones de las enfermeras acerca de la calidad de la atención en los servicios de urgencia y emergencia que tienen AACR. **MÉTODOS:** Estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individuales semiestructuradas, grabadas en soporte digital, realizado con siete enfermeras que trabajan en AACR unidades de urgencia y emergencia de Goiânia-GO, en mayo y junio de 2014. **RESULTADOS:** Aunque reconoce las dificultades, todos los participantes coincidieron en que la AACR ha contribuido a mejorar la calidad de las unidades de atención de urgencia y de emergencia, especialmente porque evita muertes en las colas, dando prioridad a la atención de pacientes en estado crítico en detrimento de los menos graves. La alta demanda y los problemas estructurales como la insuficiencia de recursos humanos, la falta de materiales básicos para la evaluación del paciente y el espacio físico inadecuado, además del inadecuado funcionamiento de los centros de atención de salud pública fueron identificados como factores del servicio obstaculizar. Entre las características que facilitarían el trabajo y contribuir a la mejora de la calidad de la atención en la industria, indican completa del personal, adquisición / disponibilidad de materiales necesarios para evaluación mínimamente adecuada del paciente, la presencia de un guardia / seguridad y conocimiento de la gente acerca de esta estrategia servicio. Otras sugerencias incluyen la adecuación de la estructura y el espacio físico que permita privacidad durante la evaluación de riesgos. **CONCLUSIONES:** Los resultados del estudio confirman que los servicios de urgencia y emergencia comparten las mismas dificultades ya descritas para toda la atención primaria de la salud pública de la población. Aunque la AACR contribuirá a mejorar la calidad de estos servicios, aún queda mucho por hacer para garantizar las condiciones mínimas para el buen desempeño de los profesionales que trabajan en el sector y por lo tanto mejorar los beneficios que puede aportar al cuidado de su usuarios.

Descriptores: Acogimiento; Medición de Riesgo; Enfermería; Socorro de Emergencia; Servicios Médicos de Urgencia.

APRESENTAÇÃO

Graduada em enfermagem em dezembro de 2009, nossa trajetória como enfermeira iniciou-se no serviço de auditoria interna do SUS, em um Hospital Público Municipal de Rio Verde, interior de Goiás. Embora tenha nos especializado em Neonatologia e Pediatria, a área de urgência e emergência parece ter “nos escolhido”. Com a inauguração da tão esperada Unidade de Pronto Atendimento (UPA- 24 Horas), a primeira do Estado, em 04 de setembro de 2010, teve início a nossa aproximação com o serviço de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR).

No início, quando o referido serviço ainda era considerado novidade, tanto para nós, profissionais, quanto para os usuários da Unidade, nenhuma de nós, enfermeiras lotadas no AACR como classificadoras, sabia ao certo qual seria nosso papel no serviço. No entanto, a Classificação de Risco era algo muito esperado, como expectativa de inovação na maneira de atender aos clientes considerados em situação de urgência e emergência.

O treinamento rápido que nos foi oferecido limitou-se ao manuseio do programa de computador que seria utilizado como apoio ao desenvolvimento de tal estratégia. Muitas dificuldades emergiram com a implantação da estratégia de AACR no município, tanto pela falta de informação da população sobre essa nova maneira de atendimento, quanto à aceitação da equipe médica, ao se deparar com a “novidade” de o enfermeiro decidir quem o médico deveria atender primeiro. Ao nos depararmos com a insuficiência de informações do protocolo adotado na instituição, o mesmo sugerido pelo Ministério da Saúde em 2004, surgiram dúvidas e insegurança quanto à adequada classificação do paciente.

De nossa experiência profissional como enfermeira do AACR durante dois anos nasceram as questões norteadoras desse estudo, proposto com a intenção de investigar se a implantação do AACR realmente havia trazido alguma melhoria na qualidade dos serviços de urgência e emergência oferecidos à comunidade e, se as dificuldades vivenciadas em nossa instituição, eram comuns aos demais serviços do

gênero. Nossa esperança era a de que, identificando os pontos frágeis dessa estratégia, fosse possível apontar as intervenções mais indicadas e necessárias para melhorar o serviço, especialmente, no que se refere ao atendimento dos usuários.

Assim, nossa expectativa é a de que este estudo contribua para melhorar a qualidade dos serviços de AACR que vivenciam condições semelhantes às identificadas no presente estudo. Essa pesquisa pode marcar o início da busca pela qualidade dos atendimentos de urgência e emergência, tão almejada atualmente pelos gestores da saúde pública brasileira.

“O conselho da sabedoria é: procure obter sabedoria; use tudo o que você possui para adquirir entendimento. Dedique alta estima à sabedoria, e ela o exaltará; abrace-a e ela o honrará” (prov. 4:7-8).

.....

1. INTRODUÇÃO

As formas de aprimorar a qualidade dos serviços hospitalares para melhorar o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde passaram a dominar as discussões sobre o sistema de saúde brasileiro a partir de 1930. Desde então, a preocupação com a criação de estratégias visando à melhoria da qualidade do atendimento oferecido nas instituições hospitalares tem sido comum à maioria dos gestores e profissionais de saúde (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a).

Em decorrência do processo mundial de transição demográfica e epidemiológica, houve um aumento considerável na expectativa de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas, explosão da violência urbana e preocupante incremento no número de acidentes de transporte. Nesse cenário, a assistência hospitalar configura-se como a principal referência no atendimento dos casos agudos, complicações de doenças crônicas e de causas externas (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010).

No contexto hospitalar, principalmente, nos serviços de urgência e emergência, a elevada demanda de pacientes, por esse tipo de atendimento, afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados, especialmente quando a abordagem dos profissionais é focada na ordem de chegada do usuário e não na gravidade do problema (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

Diante dessa problemática, no sentido de estruturar os sistemas regionais de urgência e emergência e qualificar o atendimento oferecido nesses serviços, foram instituídas várias iniciativas públicas federais. Os esforços foram dirigidos para a busca e para a incorporação dos avanços terapêuticos, tecnológicos e gerenciais específicos, garantindo acesso a esses serviços e assegurando o acolhimento, maior qualidade e resolutividade da atenção primária, manutenção das funções vitais e adequada referenciados pacientes graves (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010).

Nesse contexto, os serviços de atendimento às urgências e emergências adquiriram destaque como essenciais à manutenção da vida. Os elementos arquitetônicos, aliados ao conhecimento técnico-científico e ao desenvolvimento

tecnológico influenciam na eficácia e eficiência do atendimento de urgência e emergência e podem representar fator essencial para se evitar danos ou até mesmo a morte do paciente na unidade de emergência (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

Embora em constante mudança e aperfeiçoamento de sua estrutura, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem buscado a implementação de uma política assistencial capaz de promover a continuidade das ações prestadas à população (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012) que, ao longo da história, insatisfeita com a demora nos serviços e com a falta de tecnologia e apoio diagnóstico na rede básica de saúde, passou a ver as unidades de urgência e emergência como referência para tratamento de qualquer caso, pela sua agilidade e resolutividade no atendimento (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que, embora sejam unidades destinadas ao atendimento a pessoas com agravos agudos de saúde, os Serviços de Urgência e Emergência (SUE) passaram a ser vistos como porta de entrada para o SUS, uma alternativa para a falta de retaguarda na atenção básica, um meio de conseguir consulta médica, fazer exames e obter resultados no mesmo dia e local (OLIVEIRA *et al.*, 2013; SOUZA; BASTOS, 2008). Entretanto, esse fenômeno acabou determinando muitas dificuldades para tais serviços, restringindo sua capacidade em oferecer um atendimento de qualidade a seus usuários (NASCIMENTO *et al.*, 2011). Assim, o principal desafio das unidades de urgência e emergência é prestar assistência de qualidade em um local onde as demandas das urgências propriamente ditas se misturam às urgências sociais e às urgências individuais do usuário (SOUZA; BASTOS, 2008).

O crescimento na demanda nos últimos anos determina a superlotação dos prontos-socorros, agravada ainda mais pelo atendimento por ordem de chegada dos pacientes, sem qualquer critério clínico, podendo acarretar sérias consequências aos pacientes (SOUZA *et al.*, 2011). Embora estejam ajudando no escoamento da demanda reprimida e insatisfeita com a atenção primária, o atendimento oferecido nas unidades de urgência e emergência acaba sendo caracterizado pela baixa qualidade e resolutividade, implicando em repetidos retornos e enorme produção desnecessária de consultas de urgência (TOLEDO, 2009).

Essa situação é preocupante por resultar na falta de equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências, além da deficiência na articulação com o restante da rede assistencial (TOLEDO, 2009). A relevante importância desse tipo de atendimento, aliada à insuficiência de recursos, mostra o crescimento desigual entre oferta e demanda por esse atendimento, realidade tanto brasileira quanto internacional (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

A qualidade dos atendimentos nos serviços tem sido avaliada como ponto crítico do sistema de saúde brasileiro, fazendo com que as atenções se voltem muito para os aspectos estruturais das unidades assistenciais. Porém, a forma como o atendimento é realizado e as habilidades de relacionamento interpessoal dos profissionais podem ser mais valorizadas pelos usuários do serviço do que a inadequação do espaço físico ou dos recursos materiais e humanos disponíveis (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Por contribuírem para a baixa qualidade dos SUE ofertados à população, a falta de estrutura física e a elevada demanda geram preocupação nos gestores do sistema de saúde do país, sugerindo a necessidade de ações que possam colaborar para a solução do problema e melhorar a resolutividade desses serviços. Se a maioria das pessoas que usam os serviços públicos de saúde não tem recebido atendimento gratuito de qualidade e com resolutividade, torna-se necessário rever os princípios e diretrizes do sistema de saúde, os direitos da população e o foco do modelo técnico-assistencial em vigor (SILVA; ALVES, 2008).

Como resposta à reduzida eficiência e dificuldade para atender à população em suas necessidades reais e buscando resolver o problema da superlotação dos SUE e priorizar o atendimento aos pacientes graves, diversos países implantaram sistemas ou protocolos de avaliação e estratificação de risco. As escalas ou protocolos mais conhecidos e utilizados mundialmente para priorizar a assistência médica são: *Emergency Severity Index* (ESI), *Australian Triage Scale* (ATS), *Canadian Triage Acuity Scale* (CATS) e a *Manchester Triage System* (MTS) (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Seguindo essa tendência mundial, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HUMANIZASUS, com o intuito de contribuir para a atenção integral, equânime, com responsabilização e

vínculo, para a valorização dos profissionais e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b; ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

Reconhecendo os diversos desafios enfrentados pelos SUE e visando sua efetivação no sistema de saúde brasileiro, a PNH propõe a implantação do serviço de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), visto como ferramenta para melhorar o acesso e atendimento aos usuários dessas unidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Considerado um dos pontos norteadores da PNH, o referido acolhimento é entendido como uma ação técnico-assistencial capaz de suscitar mudança no relacionamento entre profissional e usuário e no seu contexto social, por meio de ações de características técnicas, éticas, humanitárias e de solidariedade. É o reconhecimento do usuário como participante do processo de produção de saúde, além de ser uma forma de atender a todos que procuram a unidade de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas adequadas ao usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A estratégia de Avaliação e Classificação do Risco, por sua vez, configura-se como método de seleção que tem por finalidade redirecionar o cliente conforme a prioridade de atendimento, de forma humanizada, informando o seu tempo de espera, organizando o fluxo de pacientes no sistema de saúde, selecionando os meios adequados para o diagnóstico e o tratamento do problema de saúde apresentado (MOURA *et al.*, 2013).

Assim, embora com objetivos distintos as duas tecnologias, acolhimento e avaliação de risco, acabam por se complementar, permitindo que as duas atividades sejam realizadas concomitante ou separadamente no contexto do espaço físico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). No entanto, ao entrelaçar as duas estratégias, ou seja, fazê-las funcionar de modo simultâneo, busca-se diminuir o risco de mortes consideradas evitáveis, a extinção da triagem realizada por porteiro ou profissional não capacitado e a priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Nesse contexto, o enfermeiro emerge como importante sujeito na operação desse processo, pois cabe a ele executar a avaliação e classificação do risco a que cada usuário está exposto (GONÇALVES *et al.*, 2012). A atuação do enfermeiro como classificador de risco foi garantida pelo Conselho Federal de Enfermagem na Resolução COFEN 423/2012, que determina a classificação de risco como atividade privativa do enfermeiro no âmbito da equipe de enfermagem. Essa garantia se deu por considerarem que tal atividade é executada na conjuntura do Processo de enfermagem, já regulamentado anteriormente pela Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009; 2012).

No AACR, o enfermeiro usa a consulta de enfermagem para determinar o risco e fazer a classificação, baseado no reconhecimento e contextualização da situação/queixa do paciente, por meio da história clínica e identificação dos determinantes previamente acordados na classificação de risco em um protocolo direcionador (GONÇALVES *et al.*, 2012).

Além disso, o enfermeiro é o principal responsável pela organização do processo de trabalho da sua equipe. Portanto, sua atuação profissional é indispensável nas iniciativas gerenciais voltadas para a qualidade da assistência em saúde, uma vez que o processo exige ações planejadas, estruturadas e contínuas, direcionadas para atender ao usuário de forma acolhedora e resolutiva (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011).

A melhoria da qualidade do atendimento de urgência e emergência impõe a reestruturação de suas unidades, com o preparo do serviço, por meio da qualificação profissional, construção de ambientes terapêuticos, adequação da relação profissional-usuário e a busca efetiva pela resolução dos problemas apresentados pela população (SILVA; ALVES, 2008).

Considerando a preocupação com a qualidade dos SUE ofertados na rede de saúde pública brasileira e que os enfermeiros assumem papel fundamental para o funcionamento do AACR como classificadores, torna-se estratégico conhecer a opinião desses profissionais sobre o funcionamento do serviço e o que pode/deve ser feito para contribuir de maneira efetiva para a melhoria desses serviços no atendimento aos seus usuários.

Desde a implantação do AACR no Brasil, alguns estudos têm sido desenvolvidos, sendo a maioria relacionada às percepções dos enfermeiros classificadores quanto à concordância com o protocolo direcionador utilizado e à discussão e avaliação da implantação do serviço de classificação de risco nos SUE. Poucos estudos investigam questões relacionadas à qualidade desses serviços após a implantação da estratégia de AACR, aos principais fatores que podem gerar prejuízo para o atendimento oferecido, bem como a opinião dos profissionais que atuam nos serviços sobre os aspectos potencialmente facilitadores ou que possam contribuir significativamente para a melhoria da qualidade do atendimento no serviço de AACR.

Neste sentido, a questão central que norteou a presente investigação foi: “Qual a opinião dos enfermeiros que trabalham nas Unidades de Pronto Atendimento sobre a contribuição do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco para a melhoria da qualidade dos serviços de urgência e emergência?”. A proposta foi delinear a situação atual dos serviços de AACR pela ótica de quem o realiza, fornecendo outro ângulo de visão para a avaliação desses serviços. Conhecer a opinião de quem trabalha no serviço e vivenciar sua prática diária pode ser de grande valia aos gestores no planejamento de ações visando à melhoria de seu desempenho.

Ao identificar os pontos que restringem as possibilidades do serviço e apresentar as sugestões de seus executores para melhorar sua performance, os resultados desse estudo podem possibilitar um planejamento mais embasado na realidade, favorecendo a proposição de estratégias e intervenções mais efetivas para melhorar a qualidade desses serviços. Além disso, outros serviços do mesmo tipo, interessados em melhorar a qualidade do atendimento oferecido aos seus usuários, também poderão beneficiar-se dessa análise, adaptando-a à sua realidade local.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as percepções dos enfermeiros classificadores sobre a qualidade do atendimento nos serviços de urgência e emergência que possuem Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a percepção dos enfermeiros que atuam no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco sobre a contribuição dessa estratégia para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados ao usuário.

- Identificar que aspectos influenciam facilitando e/ou dificultando o trabalho do enfermeiro no serviço de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

- Apresentar as sugestões que possam facilitar o trabalho dos enfermeiros no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e contribuir para a melhoria do atendimento dos serviços de urgência e emergência.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Serviços de urgência e emergência e qualidade do atendimento ofertado

As unidades de urgência e emergência têm como finalidade acolher e atender adequadamente aos usuários, por meio de uma rápida avaliação, estabilização do quadro clínico e admissão imediata no hospital (DOMICIANO; FONSECA, 2008). São caracterizadas pelo atendimento nas 24 horas, pela organização do serviço baseada na procura dos usuários e pelo foco no imediatismo da atenção (TOMBERG *et al.*, 2013).

O Conselho Federal de Medicina define urgência como sendo a “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata” e, emergência como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (CFM, 1995).

De maneira similar ao restante do mundo, o Brasil apresenta no cenário dos SUE as características das longas filas de espera para atendimento, excesso de demanda de usuários, além de estrutura física e recursos humanos deficientes (SILVA; MATSUDA, 2012).

Como importantes componentes da rede de assistência à saúde no Brasil, os SUE sofreram um aumento considerável na quantidade de atendimentos realizados em função do crescente número de casos de acidentes e violência urbana, que produziram uma mudança no perfil da morbimortalidade da população brasileira (MOURA *et al.*, 2013). Soma-se a isso a crescente procura desses serviços por usuários portadores de condições não urgentes buscando o atendimento de suas intercorrências agudas ou crônicas agudizadas, em decorrência da falta de resolutividade de outros serviços de atenção básica à saúde (GALLO; MELLO, 2009).

Importante ressaltar que, no Brasil, grande parte das unidades públicas hospitalares funciona acima da sua capacidade máxima, com taxa de ocupação de

leitos superior a 100%, recursos humanos reduzidos, profissionais sem capacitação, excesso e demanda inadequada, *déficit* financeiro, gerenciamento precário de recursos, número de leitos insuficientes e falta de planejamento efetivo (ROSSANEIS *et al.*, 2011a).

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou que a maior parte dos pacientes atendidos (40%), em um serviço de pronto-socorro recebeu a cor verde na classificação de risco, ou seja, não demandavam atendimento imediato. No entanto, os autores estimam que estes casos possam refletir as doenças crônicas não tratadas, agudizadas por falta de suporte da rede básica. E apontam esse fator como determinante para a superlotação dos SUE (TOMBERG *et al.*, 2013).

A realidade dos atendimentos em saúde, frequentemente divulgada pela mídia, mostra além da escassez de leitos, a falta de profissionais para atender à demanda e às necessidades mínimas da população, comprometendo a qualidade do cuidado. Assim, o serviço de urgência e emergência, que é entendido como principal porta de entrada das instituições terciárias em saúde, acaba por agregar e expor os problemas oriundos da rede básica e da falta de leitos das unidades de internação e das unidades de tratamento intensivo (UTI), que não conseguem absorver os atendimentos gerados, superlotando as emergências (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Portanto, os atendimentos aos casos que não encontram outro acesso ao sistema de saúde determinam sobrecarga extra aos profissionais, além de gerar amplas filas de espera e a insatisfação dos usuários (TOMBERG *et al.*, 2013). Assim, os efeitos da falta de investimentos governamentais no serviço público de saúde e da crise no setor acabam recaindo nos serviços de urgência e emergência, mais que em outras áreas da saúde (ROSSANEIS *et al.*, 2011a).

É importante considerar que a sobrecarga de trabalho e a necessidade do atendimento rápido conduzem à pressa dos profissionais de saúde, podendo levar à realização de ações desprovidas de humanização (ZANELATTO; PAI, 2010). A falta de humanização na assistência é vista como resultado de fatores organizacionais, referentes às condições de trabalho, à organização do atendimento, à burocratização, à tecnologia e à mecanização do trabalho (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Ao longo do tempo, por questões culturais ou por falta de resultados dos serviços de saúde, a população tem passado a procurar atendimento em instituições com maior agilidade na assistência, como as instituições consideradas “portas abertas”. Isso gera um estrangulamento nos serviços de urgência e emergência, evidenciado pela alta demanda e baixa qualidade de atendimento nesses serviços (GONÇALVES *et al.*, 2012).

A alta demanda de pacientes que buscam os SUE torna a organização do local extremamente difícil, uma vez que, aliada à imprevisibilidade de atendimentos, aos espaços físicos reduzidos e à busca indiscriminada por esses serviços geram gastos desnecessários de recursos humanos e materiais especializados, além de reforçar a desvalorização da atenção básica e solucionar de forma paliativa os problemas de saúde da população (SHIROMA; PIRES, 2011).

Entretanto, mesmo superlotadas, com características impessoais e atuando apenas com vistas à queixa principal, essas unidades reúnem em um mesmo local a possibilidade de consultas médicas, acesso a medicamentos, procedimentos de enfermagem e exames laboratoriais, no mesmo espaço físico, diferente da maneira como são ofertados nas unidades básicas (SHIROMA; PIRES; REIBNITZ, 2008).

Ademais, assinalado como um fenômeno mundial, os movimentos pela qualidade nos serviços de saúde vêm da necessidade de atender à crescente exigência dos usuários por melhorias no atendimento e têm suscitado numerosas discussões e investigações a respeito (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011).

Embora os avanços científicos sejam capazes de permitir uma melhoria na assistência, no que se refere a compras de equipamentos, desenvolvimento de tecnologias e administrações criativas, isso não é suficiente se toda a equipe gestora não estiver voltada ao atendimento dos usuários e clientes de forma humanizada e com qualidade (GALLO; MELLO, 2009).

Diante dessa realidade, torna-se necessário pensar no oferecimento de atendimento conforme o nível de complexidade e necessidades específicas do sujeito em condição crítica de saúde, otimizando o uso dos recursos humanos e materiais disponíveis (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011). Isso implica em fortalecer a gestão e melhorar a prestação de serviços nos sistemas regionais e

estaduais de saúde, especialmente quanto à organização das ações de média e alta complexidade assistencial (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010).

O Ministério da Saúde recomenda a inclusão de trabalhadores na gestão para que, no seu dia a dia, eles possam reinventar seus próprios processos de trabalho e se tornarem agentes ativos no processo de mudanças nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Profissionais de saúde têm demonstrado sua preocupação quanto à qualidade dos SUE ofertados concomitantemente com os serviços do restante da rede. Para Silva e Matsuda (2012), não basta ter qualidade apenas nos serviços hospitalares e de urgência se a rede básica de saúde não conseguir atender às necessidades dos usuários antes ou depois do atendimento nesses serviços.

É necessário entender que o indivíduo que está no serviço de urgência é o mesmo que procura a rede básica. Portanto, a qualidade da assistência em saúde deve permear todos os espaços de oferta desse serviço, uma vez que as ações realizadas em um determinado local influenciam e são influenciadas pelo atendimento oferecido em outras unidades de saúde (SILVA; MATSUDA, 2012).

É imperativo que tanto os serviços que compõem a rede de atenção à saúde, quanto à gestão local, atuem de forma integrada e cooperativa para encontrar novas estratégias que garantam a resolução dos problemas, para que as necessidades dos usuários consideradas não urgentes sejam supridas em outros serviços (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010). O caos vivenciado tanto por trabalhadores, quanto por usuários dos serviços públicos de urgência e emergência, demonstra a necessidade de reorganizar a atenção à saúde desse setor, priorizando os atendimentos conforme os riscos apresentados pelos clientes, assistindo a todos que procuram o serviço. Assim, o AACR foi instituído visando garantir o acesso aos serviços de saúde por meio de um olhar integral do usuário, aperfeiçoamento do trabalho em equipe e a responsabilidade dos profissionais em relação aos usuários (ZANELATTO; PAI, 2010).

Acredita-se que a efetiva classificação de risco seja um fator favorável para a melhoria da qualidade dos serviços de emergência. No entanto, torna-se fundamental assegurar a construção de uma rede de pactuações internas e externas às unidades de urgência e emergência, para que sejam criados fluxos de

atendimentos por grau de risco e que isso seja apreendido por toda a rede de atenção a saúde (SILVA; MATSUDA, 2012).

3.2 Proposta do serviço de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas unidades de urgência e emergência

Ao olharmos para a qualidade dos serviços de urgência e emergência, ou mesmo de qualquer serviço de saúde, faz-se necessário pensarmos e discutirmos estratégias de gestão, capazes de dar suporte às instituições e contribuir para o atendimento das necessidades e exigências do consumidor em todas as suas dimensões (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a).

A superlotação dos serviços de pronto atendimento, e as consequentes filas de espera são agravadas por problemas organizacionais e de gestão, em que a avaliação primária dos usuários sem critérios clínicos pode acabar gerando complicações desnecessárias em seu quadro clínico e até mesmo, mortes evitáveis (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Para tentar minimizar os problemas dos SUE relacionados à superlotação foi introduzido o processo de triagem, permitindo assim cuidados imediatos para pacientes mais urgentes (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

O dicionário define triagem como o ato de selecionar ou escolher (FERREIRA, 2001) e tem por objetivo reduzir a morbimortalidade dos pacientes nos serviços de urgência (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

No Brasil, assim como na Espanha, o termo triagem é pouco aceito, embora no resto do mundo este termo seja convencional e usado para definir o método de classificação de risco dos pacientes, realizada nos SUE (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Os protocolos de triagem mais reconhecidos e utilizados são: *Australasian Triage Scale* (ATS) da Austrália, *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS) do Canadá, *Manchester Triage System* (MTS) do Reino Unido,

Emergency Severity Index (ESI) dos Estados Unidos e *Model Andorra de Triage (MAT)* da Espanha (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

A *National Triage Scale (NTS)* foi implementada em 1993, como o primeiro sistema de triagem usado em todos os serviços de saúde financiados pelo poder público na Austrália. No final de 1990, a NTS passou por refinamento e posteriormente foi rebatizado de *Australasian Triage Scale (ATS)* (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2007).

A triagem, por meio do protocolo ATS, é realizada por enfermeiro que classifica o paciente em cinco níveis de acuidade de acordo com a referida escala: Imediato risco de vida (categoria 1); iminente risco de vida (categoria 2); potencial risco de vida ou de tempo crítico para tratamento ou dor severa importante (categoria 3); potencial ameaça a vida ou urgência situacional ou complexidade significativa (categoria 4); menor situação de urgência (categoria 5). O ATS estabelece tempo máximo de espera para primeira avaliação médica, a saber: categoria 1- imediatamente; categoria 2 - em até 10 minutos; categoria 3 - 30 minutos; categoria 4 -60 minutos e categoria 5 - 120 minutos (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2007).

Neste protocolo, não há uma classificação específica para crianças. Em cada categoria ou nível de acuidade há uma série de critérios clínicos, que abrange desde parâmetros clínicos até comportamentais e a categorização dos pacientes é feita com base em uma lista de descritores clínicos (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O protocolo canadense (CTAS) foi implantado em todo o Canadá no ano de 1999. Desenvolvido pelo Grupo Nacional de trabalho, envolveu profissionais de enfermagem e médicos, considerados líderes em SUE e em triagem. Embora tenha sofrido algumas alterações desde sua primeira versão, o CTAS continua a ser visto como documento dinâmico que requer modificações ao longo do tempo(MURRAY et al., 2004).

A escala apresenta cinco níveis, que correspondem a uma cor e tempo-alvo, para se chegar ao atendimento médico: Nível 1 - reanimação – azul, atendimento imediato; nível 2- emergente – vermelho, atendimento em até15 minutos; nível 3- urgente – amarelo; 30 minutos; nível 4 - menos urgente ou semiurgente – verde; o

atendimento médico deve ocorrer em 60 minutos e nível 5 - não urgente – branco-atendimento em 120 minutos (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O referido protocolo reconhece que o paciente que espera é responsabilidade do enfermeiro da triagem. E com vistas a adequar-se à realidade da superlotação dos serviços, o CTAS traz, além dos níveis de acuidade, os tempos de intervalos recomendados para reavaliação da enfermeira dos pacientes já classificados, que ainda aguardam por atendimento médico, com a finalidade de garantir a espera segura (MURRAY *et al.*, 2004).

Assim, os pacientes classificados no Nível I devem ter contínuo cuidado de enfermagem; Nível II a cada 15 minutos; Nível III a cada 30 minutos; Nível IV a cada 60 minutos e Nível V a cada 120 minutos. A mesma escala de classificação primária é utilizada na reavaliação, por meio da identificação de alterações percebidas tanto pelo paciente, quanto pela enfermeira e, em caso de necessidade, o paciente é reclassificado quanto ao nível de acuidade (MURRAY *et al.*, 2004).

O protocolo Espanhol (MAT) foi desenvolvido no ano de 2001, pela “*Comisión de triajedel Servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell*” e aprovado pelo “*Servicio Andorrano de Atención Sanitaria*” (SAAS), teve sua estrutura influenciada pelo protocolo canadense (BENAVENTE, 2014).

Considerado um modelo que integra os principais e mais importantes sistemas de triagem existentes, o MAT teve como alvo, além de qualificar os serviços de urgência e emergência, ser um modelo universal em seu respectivo território (BENAVENTE, 2014).

É estruturado em cinco níveis de triagem, organizado por cores que indicam a classificação recebida e o tempo para receber do primeiro atendimento médico. Assim o nível 1 corresponde a cor azul – reanimação – atendimento médico imediato. Nível 2 corresponde a cor vermelha – emergência – atendimento imediato da enfermeira e 7 minutos para atendimento médico. Nível 3 corresponde a cor laranja – urgente – o atendimento médico deve ocorrer em no máximo 30 minutos. Nível 4 - verde – menos urgente – atendimento em 45 minutos. Nível 5 – preta – não urgente – atendimento em até 60 minutos (BENAVENTE, 2014).

A triagem, no referido modelo, também é realizada pela enfermeira com apoio de dois sistemas informatizados, sendo um de informação e gestão, integrado

a um modelo de registros médico-eletrônico e outro que auxilia a tomada de decisão clínica. Visa priorizar a urgência sobre qualquer outra abordagem de atendimento e é integrado a um sistema de melhoria contínua da qualidade, com monitoramento de indicadores de qualidade em triagem (BENAVENTE, 2014).

Embora os Estados Unidos não tenham um único protocolo como modelo para triagem e estratificação de risco, o ESI é o mais utilizado no país desde 2002, quando foi revisado por grupos e associações de especialistas em urgência e emergência, com a identificação e correção de pontos considerados frágeis no sistema. O ESI, em sua quarta e última versão, estratifica o risco apresentado pelo paciente em cinco níveis, a saber: Nível 1: emergente: avaliação médica imediata; Nível 2: urgente - recomenda-se não mais que 10 minutos para o atendimento; Nível 3: os sintomas relacionam-se à doença aguda e os fatores de risco não indicam a possibilidade de deterioração rápida; Nível 4: pacientes com queixas crônicas, sem ameaça à função de órgãos vitais e Nível 5: os pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos (GILBOY N; TRAVERS D; ROSENAU AM, 2011).

O objetivo do ESI é identificar os pacientes que não podem aguardar para serem atendidos. Tal identificação é realizada pelo enfermeiro que faz uma breve triagem e avaliação do paciente, para então decidir o nível de acuidade, que constitui uma medida aproximada de quanto tempo o paciente pode esperar em segurança para realizar exame e avaliação médica (GILBOY N; TRAVERS D; ROSENAU AM, 2011).

No ESI, a prioridade é definida com base em um único fluxograma, com avaliação dos recursos necessários para a adequada assistência. A previsão dos recursos é utilizada apenas para pacientes considerados menos graves; de forma que os pacientes que necessitam de dois, um ou zero recursos são classificados nos níveis de risco 3, 4 e 5, respectivamente (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Diferente dos protocolos adotados no Brasil e em outros países, o ESI não determina exatamente quanto tempo cada paciente deve ser atendido de acordo com o nível de classificação; cada instituição deve determinar sua própria norma, quanto a este aspecto (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O Sistema de Triagem Manchester (MTS) desenvolvido a partir de 1996 é considerado o protocolo de triagem mais aceito e reconhecido no mundo. Em

Portugal, sua utilização foi adotada como política nacional, funcionando em vários hospitais, por intermédio do Grupo Português de Triagem (GPT), a partir do ano de 2000. Além de implementado em todo o Reino Unido, o MTS também é utilizado na Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, Hong Kong e Japão (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

De maneira semelhante aos demais sistemas apresentados, no MTS, a triagem também é realizada por enfermeiro. Possui cinco níveis de classificação de risco, caracterizado por um número, cor, nome e tempo máximo aceitável para o primeiro atendimento médico: Nível 1 - cor vermelha, emergente, atendimento imediato; nível 2 – cor laranja, muito urgente, atendimento em 10 minutos; nível 3 – cor amarela, urgente, atendimento em 60 minutos; nível 4 – cor verde, pouco urgente, atendimento em até 120 minutos; nível 5, cor azul, não urgente; atendimento em até 240 minutos. Considerado o protocolo mais completo, possui 52 fluxogramas, sendo 07 específicos para crianças e 02 para catástrofes, iniciados a partir de derivações de 195 sinais e sintomas gerais e específicos (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Seguindo a perspectiva de outros países e no intuito de superar os problemas da superlotação das urgências e emergência, em 2003, com o lançamento da PNH, buscou-se extinguir o termo triagem, apresentando uma nova proposta de estruturação dos serviços, com implantação da estratégia de acolhimento com avaliação e classificação de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Com isso, a conhecida triagem estruturada passou a ser designada como avaliação e classificação de risco (ACR) e tem por finalidade identificar os pacientes que necessitam de tratamento emergencial, de acordo com o risco apresentado, a partir de um atendimento centrado no usuário, evitando-se assim as práticas exclusivas de atendimento (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012). Diferencia-se da conhecida triagem por ser construído a partir de uma ação de inclusão do usuário na rede, indo além da etapa de recepção do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As orientações da PNH partem da experiência de um SUS que dá certo e busca inovar as comunicações entre gestores, trabalhadores e usuários. Traduz-se na inclusão de diferentes pontos de vista, nos processos de gestão e de cuidados construídas de forma coletiva e compartilhada, produzindo novas maneiras de cuidar

e de organizar os serviços. E tais orientações devem estar inseridas em todos os programas do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

De acordo com a PNH, humanização é entendida como a compreensão e a valorização dos diferentes sujeitos que compõem o processo de produção de saúde. E tem como valores norteadores, a autonomia dos sujeitos, a construção de vínculos solidários, a corresponsabilidade e a participação coletiva nas práticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Nesse contexto, a ideia de acolhimento surge como um dos pontos norteadores da PNH, que deve ser implantada em todos os serviços de saúde. De acordo com essa política, acolher significa reconhecer o que o outro traz como algo singular e de legítima necessidade de saúde. Assim, o acolhimento deve sustentar a relação entre as equipes, serviços, usuários e populações, sendo construído de maneira coletiva, como forma de valorizar as práticas de saúde por meio da análise dos processos de trabalho. Tem como principal objetivo a construção do vínculo e das relações de confiança entre profissionais, usuários, serviços e sua rede sócio-familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). No processo de humanização e acolhimento, todos os profissionais são responsáveis pelas necessidades do usuário, o que os torna mais competentes para identificar os caminhos necessários para resolução dos problemas identificados (ZANELATTO; PAI, 2010).

Na busca por tornar o serviço de acolhimento ágil e efetivo, surgiu a proposta de implantação da avaliação e classificação de risco no mesmo setor, como um processo dinâmico de identificação do grau de sofrimento, agravo ou risco à saúde dos indivíduos, priorizando os que necessitam de atendimento e tratamento imediatos (TORRES; LELIS, 2010). Assim, a proposta de AACR nasce como uma das muitas iniciativas para minimizar os problemas relacionados à assistência em saúde e alcançar um atendimento de qualidade (GONÇALVES *et al.*, 2012).

No entanto, o acolhimento do usuário na rede de urgência e emergência não deve ser visto como um espaço ou um local, mas uma postura ética; não deve pressupor hora ou profissional específico para fazê-lo, sugerindo a necessidade de compartilhamento de saberes, angústias e invenções. O profissional que acolhe o usuário toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” o outro em suas demandas, buscando a resolutividade necessária para o caso em questão e deve

ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Já a avaliação de risco configura-se como um método de seleção, que tem por finalidade redirecionar o cliente conforme a prioridade de atendimento, de forma humanizada, informando o seu tempo de espera, organizando o fluxo de pacientes no sistema de saúde, selecionando os meios adequados para o diagnóstico e o tratamento do problema de saúde apresentado (MOURA *et al.*, 2013).

Embora tenham objetivos distintos, as duas tecnologias, acolhimento e avaliação e classificação de risco se complementam, o que permite que sejam realizadas concomitante ou separadamente no contexto do espaço físico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Assim, a implementação do AACR busca agilizar o atendimento a partir da análise do paciente, direcionada por um protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade de cada usuário e é capaz de gerar uma atenção centrada no nível de complexidade e não mais na ordem de chegada (TORRES; LELIS, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, acredita-se que, por meio da escuta qualificada das necessidades dos usuários, oferecida no setor de AACR por profissional competente, é possível garantir o acesso às tecnologias adequadas às suas necessidades de saúde, assegurando que todos sejam atendidos por ordem de prioridade, a partir de uma avaliação dos aspectos de vulnerabilidade, gravidade e risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Com o surgimento do AACR, passou a ser inadmissível que o atendimento nos SUE seja por ordem de chegada e não por ordem de risco do usuário, pois isso coloca em risco de vida aqueles pacientes que necessitam de atendimento prioritário em decorrência de sua situação de saúde, em detrimento dos atendimentos a usuários que deveriam estar na atenção básica (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Portanto, por garantir o atendimento prioritário a quem precisa de atendimento imediato, o serviço de classificação de risco passou a ser fundamental em qualquer serviço de urgência e emergência e, não apenas nos locais onde a superlotação configura-se como uma realidade. Quando bem estruturado e realizado por enfermeiros treinados, o processo de classificação de risco deve ocorrer em 10 a 15 minutos a partir da chegada do paciente na unidade e ser realizado de forma

rápida e fundamentada em um instrumento de classificação previamente construído (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Ao organizar o atendimento nos SUE de acordo com as necessidades do usuário, substitui-se a triagem excludente por um modelo acolhedor, que não retarda o atendimento aos que necessitam de uma conduta imediata, sempre embasado na avaliação primária do paciente (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012). Não tem a finalidade de rejeitar ou excluir o usuário, mas sim de organizar o fluxo de pacientes, selecionando o melhor atendimento dentro do sistema para o diagnóstico e tratamento do problema de saúde apresentado pelo usuário (MOURA *et al.*, 2013).

O protocolo usado para a classificação de risco é uma ferramenta para direcionar e avaliar a prioridade do atendimento primário; no entanto, não é sensível a questões subjetivas, relacionados aos aspectos culturais, afetivos e sociais do cliente. Portanto, não deve substituir o diálogo, a escuta e o respeito ao cidadão e de sua queixa para avaliar seu potencial de risco (CAVALCANTE *et al.*, 2012), pois “o encontro, a escuta, o diálogo e a responsabilização entre um trabalhador e o usuário produzem relações de confiança, e o vínculo é fundamental para o acolhimento e atendimento às necessidades dos usuários” (ZANELATTO; PAI, 2010).

A implantação da triagem classificatória no Hospital Odilon Behrens, pertencente à rede municipal de saúde de Belo Horizonte, no ano de 2005, fez com que a referida unidade hospitalar tornasse uma referência para o Mistério Brasileiro da Saúde, no que se refere à Política Nacional de Humanização (SOUZA, 2009).

Pioneiro na implantação do sistema de classificação de risco no Brasil, o estado de Minas Gerais iniciou, no ano de 2007, um processo de troca de experiências e informações sobre o processo de ACR com Portugal. Na ocasião, decidiu-se pela implantação do protocolo de triagem de Manchester em todo o estado, por meio da utilização de um sistema computadorizado, desenvolvido por uma multinacional Portuguesa, o ALERT®. Com um gasto aproximado de 48 milhões de reais, o estado de Minas Gerais tornou-se o único estado brasileiro a utilizar o Protocolo Manchester na íntegra (SOUZA, 2009).

O protocolo utilizado na maior parte do Brasil foi elaborado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2004. Era dividido em quatro eixos de direcionamento para a classificação de risco variando com a complexidade do caso apresentado pelo

usuário(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Mais tarde, o mesmo Ministério propôs a organização dos espaços em pelo menos dois eixos: o vermelho, para pacientes graves com risco de morte, e o azul, para pacientes que não se apresentam como graves, mas que procuram o atendimento de urgência. Cada eixo é composto por diferentes áreas, conforme a condição clínica do paciente e tipos de processos de trabalhos desenvolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

- **EIXO VERMELHO** - pacientes graves, com risco de morte. É formado por três áreas principais:
 - a) Área Vermelha – inclui a sala de emergência (para atendimento imediato dos pacientes) e a sala de procedimentos especiais invasivos.
 - b) Área Amarela – formada por uma sala para observação de pacientes já estabilizados, mas que ainda precisam de cuidados especiais (críticos e semicríticos).
 - c) Área Verde – constituída por salas de observação, divididas conforme as possibilidades da unidade (por sexo, idade ou outro critério).
- **EIXO AZUL** - para pacientes aparentemente não graves, deve ser minimamente composto por três planos de atenção:
 - a) Plano 1 – local para acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo.
 - b) Plano 2 – área dos consultórios médicos.
 - c) Plano 3 – local para realização de procedimentos médicos (suturas, gesso e outros) e de enfermagem (administração de medicamentos, nebulização e realização de curativos, entre outros).

A classificação dos pacientes deve ser feita de acordo com o grau de risco identificado pelo enfermeiro classificador usando preferencialmente cores ao invés de números e sua classificação deve ser registrada na ficha de atendimento e não no corpo do paciente, uma vez que pode mudar a qualquer momento em função de alterações no seu estado clínico. As cores determinam o risco que o paciente apresenta enquanto aguarda o atendimento. Assim, de acordo com o protocolo adotado na maioria das unidades de urgência e emergência dos serviços públicos

do Brasil, a distribuição das cores é feita como se segue(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004):

- **VERMELHA** - prioridade zero, pacientes graves que apresentam as seguintes situações/queixas: politraumas graves com Glasgow menor que 12; queimaduras em mais de 25% de área da superfície corporal ou com problemas respiratórios; traumas crânio encefálicos graves com Glasgow menor que 12; alterações do estado mental ou com Glasgow menor que 12; história de uso de drogas; comprometimentos da coluna vertebral; desconfortos respiratórios graves; dor no peito associada a falta de ar e cianose; perfurações no peito, abdome e cabeça crises convulsivas (incluindo pós-crise), intoxicações exógenas ou tentativas de autoextermínio com Glasgow inferior a 12; anafilaxia ou reações alérgicas associadas a insuficiência respiratória; hipo e hiperglicemia; hemorragias incontroláveis; infecções graves e parada cardiorrespiratória.
- **AMARELA**: prioridade 1, pacientes que precisam receber atendimento médico e de enfermagem no menor tempo possível, mas cuja vida não corre risco imediato. Devem ser diretamente encaminhados à sala de classificação de risco: politraumas com Glasgow entre 13 e 15 e sem alterações dos sinais vitais; cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, com sinais e sintomas neurológicos; traumatismos cranianos leves (Glasgow entre 13 e 15); diminuição do nível de consciência; alteração aguda de comportamento; história de convulsão nas últimas 24 horas e pós-crise; dor torácica intensa; antecedentes de problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes); crise asmática; diabetes com manifestações de sudorese, alteração do estado mental, alterações na visão, hipertermia, vômitos, taquipneia e taquicardia; desmaios; estados de pânico e overdose; e alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos, melena recente ou hematêmese / enterorragia, com pressão arterial sistólica inferior a 100 ou frequência cardíaca superior a 120 batimentos por minuto; epistaxe com sinais vitais alterados; dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese e alterações de sinais vitais; sangramento vaginal com dor abdominal e sinais vitais alterados e ou gravidez confirmada ou suspeitada; náuseas e vômitos com diarreia persistente e sinais de desidratação grave; febre igual ou superior a 39° C; fraturas anguladas e luxações com dor intensa;

intoxicação exógena sem alterações de sinais vitais e com Glasgow entre 13 e 15; abuso sexual; e imunodeprimidos com febre, entre outros.

- **VERDE**: prioridade 2, pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas que devem ser atendidos antes de quem necessita de consulta simples, sendo que o tempo máximo de espera recomendado é trinta minutos: pacientes com idade superior a 60 anos; gestantes com gravidez complicada; pacientes escoltados, deficientes físicos, doadores de sangue; retornos antes de 24 horas após um atendimento por não melhora dos sintomas; asma fora de crise; impossibilitados de deambulação; enxaqueca, dor de ouvido de moderada a grave; dor abdominal sem alterações de sinais vitais; sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve; abscessos, vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; história de convulsão sem alteração do nível de consciência; lombalgia intensa; distúrbios neurovegetativos e intercorrências ortopédicas.
- **AZUL**: prioridade 3, pacientes que necessitam de atendimento de baixa complexidade, são os pacientes que não se encaixam nas situações de queixa dos demais eixos, entre as situações de eixo azul, podemos citar: as queixas crônicas sem alterações agudas, procedimentos como curativos, torções de sondas, requisições de receitas, e neste caso o atendimento pode ser por ordem de chegada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A adequada avaliação do paciente no referido protocolo é feita com base na situação/queixa/duração e é recomendada que seja feita por um enfermeiro, devidamente treinado para esse fim. São objetivos da classificação de risco: avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto-Socorro, tornando o atendimento humanizado; descongestionar o Pronto-Socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, de modo que os pacientes graves sejam vistos precocemente de acordo com a sua gravidade; 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 e retornar informações a familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

É importante ressaltar que os prontos-socorros dos hospitais possuem a função de atender urgências e emergências, portanto, os gestores devem garantir que o usuário receba assistência adequada, e em menor tempo possível, evitando o

óbito na sala de espera e minimizando possíveis sequelas ao paciente, decorrentes da demora no atendimento médico. Por conseguinte, torna-se inaceitável a manutenção dos atendimentos por ordem de chegada, sem priorizar indivíduos em real situação de urgência ou emergência, decorrente da superlotação dos serviços, que é gerada pela busca desordenada de usuários, por problemas estruturais da rede de atenção à saúde, como um todo (ROSSANEIS *et al.*, 2011a).

Mais tarde, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de adequação do protocolo, ao afirmar que se trata de uma ferramenta de auxílio na avaliação do risco e pode sofrer adaptações segundo a realidade ou perfil loco regional de cada serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Seja qual for o protocolo adotado pela instituição é importante que todos os sistemas de classificação de risco tenham uma escala de priorização útil do atendimento, válida e reprodutível e as evidências científicas atuais apontam para a validade e reprodutibilidade desses sistemas (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Em caso de situações difíceis ou duvidosas quanto à classificação do paciente, recomenda-se que prevaleça sempre o maior grau de risco. Em algumas situações, pode ser importante se valer da opinião do médico plantonista sobre o nível mais adequado. Além disso, em alguns casos, a prioridade clínica deve ceder espaço para a prioridade relativa, como por exemplo, idosos desorientados, pacientes psiquiátricos e agressivos e ainda aqueles em escolta policial, em que se deve considerar o risco relativo para a integridade dos demais, que estejam na unidade (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Quanto às necessidades estruturais da sala de AACR, recomenda-se que este seja realizado em uma sala reservada, com mesa e cadeiras, com disponibilidade de esfigmomanômetro, termômetro, glicosímetro, eletrocardiógrafo, oxímetro de pulso e ficha de classificação estruturada (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Quanto à ambiência nos serviços de urgência e emergência, o Ministério da Saúde orienta que seja articulada à diretriz do acolhimento, favorecendo a intervenção no sentido de criar e recriar os espaços físicos nas urgências e emergências, e a problematização das práticas e dos processos de trabalho, bem

como os modos de viver e conviver nesse espaço. Nesse sentido, quando se tem o AACR como guia orientador para a atenção e a gestão na urgência, outras maneiras de estar, ocupar e trabalhar se expressam nesse lugar e solicita acomodamentos espaciais singulares, com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Um estudo realizado em Santa Catarina demonstrou que a implantação da estratégia de AACR organizou o fluxo dos usuários para o atendimento mais adequado, trazendo agilidade para os atendimentos de urgência e emergência, além de adequar o encaminhamento do paciente e proporcionar melhor comunicação entre os serviços da rede. O estudo ressalta que o sistema de referência e contra-referência podem ser pontos decisivos, no momento da construção da integralidade do atendimento de saúde (ZANELATTO; PAI, 2010).

Portanto, fica claro que o acolhimento não pode reduzir-se a uma ação voluntária e afável por parte dos profissionais de saúde, ou em uma recepção administrativa com um ambiente confortável, ou ainda em uma ação de triagem, seja ela administrativa, médica ou de enfermagem, em que seleciona-se os pacientes que serão atendidos. Assim, é preciso ampliar o conceito de acolhimento para além dos problemas de recepção da demanda, uma vez que o acolhimento deve ser entendido como parte do processo de produção de saúde capaz de qualificar a relação entre profissionais e usuários, e que é passível de ser apreendido e trabalhado em qualquer encontro no serviço de saúde (CAVALCANTE et al., 2012).

Para garantir um atendimento de qualidade e centrado nos usuários, os profissionais de saúde devem deixar de considerar apenas as demandas fisiológicas e passar a considerar os sentimentos da pessoa que busca os serviços, bem como as necessidades que permeiam sua vida e sua saúde (ZANELATTO; PAI, 2010).

Recomenda-se que o acolhimento com classificação de risco seja um processo dinâmico, contínuo e resolutivo, e que o usuário seja esclarecido sobre a sua prioridade de atendimento, tempo de espera e provável tempo de permanência na unidade, uma vez que, a partir dele, o profissional torna-se responsável por seu acompanhamento, bem como pela resolução do problema apresentado pelo usuário. Assim, essa proposta vai ao encontro com a humanização do serviço e é apresentada como uma ferramenta para sua execução e sustentação, o que

possibilita ao usuário ser acolhido e atendido de acordo com suas reais necessidades (CAVALCANTE et al., 2012).

O AACR constitui um importante instrumento para reorganização da rede, porém, não pode assumir isoladamente a resolução dos problemas dos serviços de urgência. Para tanto, é necessária a construção de fluxos claros, pactuações internas e externas e a estruturação da rede como um todo (CAVALCANTE et al., 2012).

Para se oferecer uma assistência adequada aos usuários, é necessário oferecer um tratamento digno e condizente com suas necessidades. E o atendimento humanizado vem ao encontro dessas necessidades e deve buscar a qualificação dos processos relacionados à saúde (ZANELATTO; PAI, 2010).

Diante disso, acredita-se que a implantação da estratégia de AACR é de grande relevância e é capaz de trazer vários benefícios aos usuários dos serviços de urgência e emergência. Essa estratégia gera melhoria das relações entre profissionais e usuários, com maior interação entre a equipe multiprofissional e aumento da satisfação do usuário, com diminuição da ansiedade, uma vez que será atendido de acordo com seu grau de risco de forma ágil e efetiva, mudando o foco da doença para o cliente com uma abordagem integral do indivíduo (TORRES; LELIS, 2010).

Além disso, a padronização de dados por meio de um protocolo direcionador gera dados para pesquisas e planejamento dos serviços, permitindo problematizar sobre o que precisa ser melhorado para garantir a qualidade da assistência oferecida, além de cumprir o papel de converter a rede pública de saúde num espaço de ensino-aprendizagem do trabalho (TORRES; LELIS, 2010).

No entanto, é válido advertir que o AACR isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência, ao contrário, se o usuário encaminhado para outro serviço não for acolhido por ele, o mesmo acabará excluído da rede de atenção à saúde e, por várias vezes, poderá ter seu problema de saúde agravado pela demora no diagnóstico e no tratamento. Daí a importância das efetivas pactuações, pois essas garantirão a concretização do processo, com a construção de fluxos claros de acordo com o grau de risco ou sofrimento, e a tradução destes na rede de atenção a saúde (ROSSANEIS et al., 2011a).

3.3 O papel do enfermeiro nos serviços de AACR

No ano de 2010, o Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal emitiu um parecer favorável à prática da classificação de risco pelo enfermeiro. Para tanto, levou-se em consideração as leis do exercício profissional já existentes, e considerou-se a classificação de risco como um processo inerente à consulta de enfermagem. No mesmo documento, O Conselho reiterou a obrigatoriedade das instituições de saúde em promover treinamento específico à equipe responsável pela classificação de risco, orientado por um protocolo direcionador e em acordo com sua competência legal (COREN-DF, 2010).

Somente mais tarde, o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução 423/ 2012, e considerando a Resolução COFEN nº 358/2009, definiu a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência e Emergência como atividade privativa do Enfermeiro, dentro do âmbito da equipe de enfermagem. No entanto, deixou claro que, para executar tal atividade, o enfermeiro classificador deveria estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico- científico ao procedimento (COFEN, 2009; 2012).

Por reunir conhecimentos e habilidades necessários ao procedimento de classificação de risco, como por exemplo, linguagem clínica orientada pelos sinais e sintomas, os enfermeiros são reconhecidos como os melhores e mais indicados profissionais para esse fim, principalmente por se preocuparem com fatores que vão além de classificar o risco dos pacientes (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; SOUZA et al., 2011; ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

Assim, desde a implantação do AACR, o enfermeiro tem sido o profissional indicado para realização da avaliação do usuário e classificação do risco nos serviços de urgência e emergência. E isso se relaciona ao fato de os enfermeiros geralmente se preocuparem com a melhoria do atendimento prestado, e mostrarem-se profissionais abertos a mudanças e a novas opções de trabalho (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

É válido destacar que o acolhimento pode ser realizado por qualquer profissional treinado para esse fim, porém, cabe ao enfermeiro o papel de avaliar e

classificar o risco do paciente, observando, para tanto, o grau de urgência de seu agravo com base em um sistema de cores predefinido, conforme protocolo adotado pela instituição (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012c).

Portanto, torna-se necessário que a enfermagem tome posse de seu objeto de cuidado, a ACR, e utilize um referencial teórico condizente com uma realidade que agrega diferentes características, culturas e discursos, lançando mão da educação em saúde e da humanização, como estratégias fundamentais para promoção da saúde, durante a consulta de enfermagem. Dessa forma, a enfermagem é capaz de expandir sua assistência, ao mesmo tempo em que a concentra, nas necessidades humanas e de saúde do cliente de uma forma integral e qualificada (GONÇALVES et al., 2012).

A avaliação constante do enfermeiro em sua maneira de cuidar é fundamental, visto que este é um processo complexo. O ser cuidado deve perceber nas práticas do enfermeiro que ele é considerado digno, com necessidades que vão além das questões biológicas, incluindo aspectos psicológicos, sociais e espirituais, para que o cliente assistido possa perceber que suas práticas estão sendo conduzidas pelos princípios da bioética, tornando o cuidado como algo além da mera aplicação de técnicas de enfermagem (GALLO; MELLO, 2009).

É importante ressaltar que o cuidado da enfermagem no AACR não deve ser restrito ao levantamento do histórico e realização do exame físico. É importante que haja um aprofundamento no contexto cultural, reconhecendo os valores, da cultura dos usuários e seus familiares, uma vez que o desempenho de um “atendimento automático” no AACR assume a ausência do reconhecimento do usuário como o protagonista do cuidado, bem como a falta de compromisso para com a clientela atendida (GONÇALVES et al., 2012).

Na organização do fluxo de atendimento, segundo a gravidade ou agravamento da queixa apresentada pelo paciente, ganha destaque o papel desempenhado pelo enfermeiro, que, exercendo sua liderança, aparece como protagonista na porta dos serviços de urgência. Esse papel é pertinente a ele, já que sua formação profissional abrange não somente questões técnicas e biológicas, como também aspectos sociais e emocionais, que permitem uma prática acolhedora e responsiva às necessidades da população (SILVA; MATSUDA, 2012).

Desse modo, o profissional que atua no serviço de emergência, ao estabelecer relação com o paciente, deve escutar sua queixa, seus medos e expectativas, a fim de identificar riscos e vulnerabilidade, oferecer resposta e condução adequada ao problema de maneira pactuada com o paciente, ajustando suas necessidades com as possibilidades do serviço, conduzindo assim, um encaminhamento responsável e resolutivo do problema identificado, de maneira ética e segura (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Portanto, compete ao profissional de enfermagem do serviço de urgência e emergência, na interação que estabelece com o cliente, proporcionar um cuidado uni e multidimensional, seguindo um pensamento crítico, com vistas a contemplar as particularidades e multiplicidades do ser como um todo. O pensamento crítico torna-se válido neste setor por possibilitar uma nova forma de contemplar a realidade que permeia o espaço do cuidar em enfermagem, desvinculando-se do pensamento reducionista, embasado na neutralidade de valores, que contempla o ser humano de forma fragmentada, isolada e unilateral (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

É necessário que os profissionais de enfermagem, bem como toda a equipe estejam sensibilizados, amparados e assistidos, para que as ações de acolhimento se façam presentes em todo atendimento prestado, e não apenas seja restrito a um setor, como se pertencessem a uma área específica do serviço (ZANELATTO; PAI, 2010).

A integração da equipe de saúde, com o objetivo de se alcançar os padrões de qualidade no atendimento e no desenvolvimento de ações que contemplem aos objetivos assistenciais e gerenciais do local, constituem grandes desafios para o enfermeiro do AACR, no momento em que este profissional se vê como líder integrador e articulador das principais estratégias de promoção da qualidade do cuidado (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012c). Assim, além de conhecer e minimizar as dificuldades inseridas nos SUE, o enfermeiro deve buscar meios para realizar o gerenciamento da enfermagem de maneira eficiente e eficaz, com o principal objetivo de atender às necessidades do paciente, harmonizando os objetivos da sua equipe com a organização da unidade (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011)

Independente das dificuldades vividas, cabe à equipe de enfermagem, que atua nesse serviço, olhar individualmente para os cuidados específicos que cada

paciente crítico demanda e proporcionar a estes clientes um ambiente tranquilo, no intuito de minimizar possíveis complicações e riscos à vida do ser que está sob sua responsabilidade. É fundamental estar atento ao outro, tendo, além da visão local, a visão global do indivíduo e do ambiente, buscando o cuidado multidimensional e completo (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado no período de maio e junho de 2014. A pesquisa descritiva tem como principal função a descrição de características de determinada população ou fenômeno. Quando associada à pesquisa exploratória, pretende descrever fenômenos ou fatos que remetem a realidade (HANDEM *et al.*, 2008).

Na abordagem qualitativa, os dados são reunidos por meio de entrevistas e observações, ou ainda através de outros métodos associados à pesquisa qualitativa. Refere-se aos estudos sobre a vida das pessoas, experiências vivenciadas, comportamentos, emoções e sentimentos. É realizada quando se pretende descobrir conceitos, entender significados ou a natureza da experiência das pessoas, difíceis de extrair por meio de métodos estatísticos convencionais (STRATUSS; CORBIN, 2008).

4.2 Caracterização do local de estudo

O município de Goiânia-GO conta com diferentes tipos de unidades de saúde, onde os pacientes podem ser atendidos de acordo com o seu perfil de saúde. Os SUE são oferecidos nos Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) e Centros Integrados de Atenção Médico-Sanitária (CIAMS), que são unidades que oferecem tanto esse tipo de atendimento como atendimentos ambulatoriais nas 24 horas do dia. Além destas unidades, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que complementa o atendimento dos SUE do município (GOIÂNIA, 2014).

Dessa forma, o usuário que necessita de atendimento de urgência ou emergência deve dirigir-se à Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou, em casos graves, entrar em contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelo telefone 192 (GOIÂNIA, 2014). Ao chegar à Unidade e

preencher a ficha de entrada na recepção, o paciente é encaminhado à sala de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco. Já no local, ele é recebido por um enfermeiro que o avalia e define a gravidade do caso e, posteriormente, é atendido de acordo com a prioridade estabelecida pela classificação de risco e não por ordem de chegada.

Na classificação de risco, o paciente é identificado com uma das cores (vermelho, amarelo, verde ou azul) que definem a urgência do atendimento. O usuário que chega ao serviço em estado gravíssimo (em um estado de choque hipovolêmico, por exemplo) recebe a cor vermelha e, nesse caso, é encaminhado diretamente à sala de emergência, sem espera. Pacientes em situações consideradas urgentes (dor forte de qualquer natureza, por exemplo), mas que podem aguardar por até 30 minutos, são classificados com a cor amarela. De maneira semelhante, os pacientes recebem a cor verde quando apresentam uma necessidade relativa de urgência de atendimento (vômitos e febre, por exemplo), mas podem aguardar atendimento por até 2 horas. O paciente classificado com a cor azul é considerado não urgente e, após ser orientado pelo enfermeiro, é encaminhado ao serviço social que o encaminha para atendimento nas diversas unidades de atenção básica do município (GOIÂNIA, 2014).

A capital possui treze unidades que atendem urgências e emergências 24 horas por dia, sendo onze CAIS, um CIAMS e uma UPA (GOIÂNIA, 2014). A SMS de Goiânia, por meio da Diretoria de Gestão e Educação em Saúde - Escola Municipal de Saúde Pública autorizou a participação das treze unidades no presente estudo. Entretanto, duas tiveram que ser excluídas – uma por estar em reforma à época da coleta de dados e outra por não dispor de enfermeiros no AACR no período da investigação (um técnico em enfermagem realiza o acolhimento e afere os sinais vitais, mas a classificação de risco não é feita), mesmo esta sendo uma situação temporária.

Em quatro das onze unidades restantes, os enfermeiros classificadores recusaram-se a participar da pesquisa alegando estarem sozinhos no setor de AACR e sobrecarregados com o serviço, não dispondo de tempo para nos atender. As quatro recusas foram mantidas mesmo após oferta da possibilidade de agendamento da entrevista em outro local, data e hora. Assim, a coleta dos dados

foi realizada em sete unidades de saúde geridas pela SMS do município que atendiam aos critérios de inclusão no estudo.

4.3 Sujeitos do estudo e coleta de dados

O quantitativo de enfermeiros que atuam no serviço de AACR variou nas unidades estudadas, sendo que, em geral, cada uma conta com pelo menos seis enfermeiros classificadores, divididos em escalas variadas, de forma a cumprir uma carga horária de 30 (trinta) horas semanais, sendo um enfermeiro por horário.

Inicialmente foi convidado a participar do estudo um enfermeiro do serviço de AACR de cada unidade, escolhido de forma aleatória dentre os que atendiam os seguintes **critérios de inclusão**: atuar no AACR há pelo menos doze meses, estar no exercício de sua função à época determinada para as entrevistas e estar presente na unidade no dia e horário agendados para coleta de dados.

Foram **excluídos** os enfermeiros que, após três visitas consecutivas da pesquisadora à unidade, não manifestaram disponibilidade para participar do estudo. Ressaltamos que a participação na pesquisa foi voluntária e condicionada ao aceite dos enfermeiros, manifestados pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice 1).

A ordem de visita às unidades para coleta dos dados foi definida por sorteio. Cada unidade foi visitada em dia e horário previamente agendados com a administração do serviço e os enfermeiros do AACR foram convidados pela pesquisadora a participar do estudo, após receberem informações sobre a pesquisa e seus objetivos.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora em entrevistas semiestruturadas, norteadas por um roteiro especificamente construído para essa finalidade. O roteiro foi constituído pela identificação dos sujeitos, dados profissionais e por questões abertas abordando os seguintes temas: percepção sobre o serviço realizado em sua unidade; contribuições do AACR para a qualidade dos serviços de urgência e emergência; fatores dificultadores da atuação do enfermeiro no AACR e sugestões para melhorar a qualidade do atendimento no serviço.

O roteiro para entrevista foi elaborado com base na literatura, nos objetivos do estudo e considerando, ainda, a proximidade da pesquisadora com o tema, proporcionada por sua experiência anterior como enfermeira classificadora. Após a construção da primeira versão do referido instrumento, ele foi aplicado em forma de teste piloto a três enfermeiros classificadores e especialistas em urgência e emergência, que atuam em AACR há pelo menos um ano, em outro município, para verificação do entendimento, clareza das questões e adequação aos objetivos. Foram feitas pequenas alterações sugeridas pelo teste piloto, que culminaram em sua versão final (Apêndice 2).

As entrevistas foram realizadas individualmente em local que permitia a privacidade e foram registradas em mídia digital (com a anuência dos sujeitos) e por meio de anotações em diário de campo feito pela própria investigadora ou auxiliar de pesquisa, de forma a facilitar sua posterior transcrição. A duração de cada entrevista foi de aproximadamente vinte minutos.

Após, pelo menos um enfermeiro de cada uma das sete unidades participantes já ter sido entrevistado, as respostas foram transcritas pela pesquisadora e, posteriormente, submetidas a repetidas leituras. Ao final, decidiu-se pelo encerramento da coleta, aplicando o critério de saturação dos dados, entendido como a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados coletados passam a apresentar, na avaliação do investigador, certa repetição ou redundância (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 Análise dos dados coletados

Os dados foram analisados seguindo o método de interpretação dos sentidos proposto por Gomes (2012). A análise e a interpretação dos dados na pesquisa qualitativa não têm a finalidade de contabilizar opiniões ou pessoas. Ao contrário, seu foco é a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o que se pretende estudar. Assim, o estudo do material não precisa abranger todas as falas e expressões dos sujeitos, uma vez que, em geral, as opiniões e representações de um grupo com as mesmas características tendem a ter muitos pontos em comum, ao mesmo tempo em que apresentam particularidades ímpares que se relacionam com a vivência de cada sujeito (GOMES, 2012).

No entanto, devemos sempre considerar a diversidade e as divergências de opiniões e crenças dentro do contexto social, ou seja, na análise e interpretações de dados gerados na pesquisa qualitativa, devemos considerar tanto o que é homogêneo quanto o que se difere dentro de um mesmo meio social. Assim, o método da interpretação dos sentidos trata-se de uma nova sistematização da técnica de análise de conteúdo, a partir da aproximação do autor com a pesquisa qualitativa e é fundamentada na técnica proposta por Bardin e desenvolvida em 1979 (GOMES, 2012).

Após a coleta de dados, procedeu-se a transcrição das gravações das entrevistas, reproduzindo na íntegra as opiniões e percepções dos sujeitos em seus depoimentos pessoais. Cada entrevista recebeu um código referente à unidade de urgência e emergência de origem e outro referente ao profissional participante, com vistas a organizar o arquivamento das informações e manter o sigilo dos participantes.

Após a transcrição de todas as entrevistas e decisão da não inclusão de novos sujeitos, iniciou-se a trajetória para a análise e interpretações dos dados coletados que seguiu as recomendações de Gomes (2012) e obedeceram as seguintes etapas: leitura compreensiva do material selecionado; exploração do material e síntese interpretativa.

Na etapa de *leitura compreensiva* do material selecionado, buscou-se uma aproximação e aprofundamento da visão do conjunto do material a ser analisado e a apreensão de suas particularidades, traçando pontos iniciais de classificação e organização. Isso foi possível por meio de leituras repetidas das entrevistas individuais, para melhor apreensão do conteúdo e para verificar se os dados coletados nas entrevistas conseguiam responder de fato aos objetivos propostos na pesquisa. Em seguida, procedeu-se a leitura horizontal do conteúdo transcrito de todos os participantes do estudo, para aquisição de uma noção geral do conjunto, bem como de suas singularidades, possibilitando a elaboração de indicativos para a construção da estrutura de análise.

Para elaboração da estrutura de análise, inicialmente foram identificadas as principais ideias contidas nos dados. A partir do conteúdo apresentado, essas ideias centrais foram listadas e agrupadas, a princípio, em três temas: “O AACR e a qualidade do atendimento às urgências e emergências”; “Aspectos que influenciam o

atendimento”; “*Sugestões para melhorias no serviço*”. Por fim, retomamos os dados transcritos para obtenção de fragmentos de textos / falas, relacionados a cada um desses temas. A presente etapa foi facilitada pelo processo de transcrição das entrevistas, realizado anteriormente, o qual já havia proporcionado uma visão geral dos dados obtidos e uma síntese empírica preliminar do conteúdo e percepções de cada sujeito.

A etapa seguinte foi a *exploração do material* obtido na fase anterior, distribuindo os trechos e frases selecionados e agrupados em cada tema central, de maneira a permitir uma leitura completa de cada parte do esquema, buscando identificar as ideias explícitas e implícitas nos depoimentos, com o intuito de apreender um sentido mais amplo contido nas ideias, dialogando com cada parte do texto. Em seguida, procedeu-se a reagrupação das partes por tema encontrado, elaborando uma redação para cada tema, de modo a construir um sentido para o texto.

Por fim, procedeu-se a terceira etapa ou *síntese interpretativa*, articulando o conteúdo dos dados aos objetivos do estudo, à base teórica e aos dados empíricos para apresentação dos resultados.

4.5 Aspectos éticos

O presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo nº 542.658, de 27/02/14 (Anexo1).

Todos os sujeitos participantes foram abordados em seu local de trabalho e convidados para uma sala reservada, onde foram informados pelo pesquisador sobre a pesquisa e seus objetivos e receberam o TCLE e o instrumento de coleta dos dados. Aos que concordaram em participar do estudo, foi assegurado o sigilo de sua identidade e garantido o uso das informações fornecidas somente para fins científicos.

Aos sujeitos foi informado que não receberiam qualquer tipo de ajuda financeira ou bônus por sua participação e que sua participação não geraria qualquer ônus pessoal e ou institucional. Além disso, eles foram esclarecidos sobre

a possibilidade de desistirem da pesquisa a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe acarretasse qualquer dano ou prejuízo. Pesquisadora e orientadora colocaram-se à disposição dos entrevistados para responder todas as dúvidas antes, durante e após a pesquisa, por meio de contato por telefone ou e-mail, incluídos no TCLE.

Após o término da pesquisa e conclusão do trabalho final, todos os registros e transcrições das entrevistas serão arquivados e guardados por 6 (seis) anos, após esse período serão destruídos, seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

5. RESULTADOS

Todos os sujeitos do estudo eram do sexo feminino com idade entre 25 e 54 anos e curso de Pós-Graduação *lato sensu*. O tempo de atuação no setor de AACR variou de um ano e seis meses a cinco anos.

Duas participantes receberam treinamento específico antes de começar a trabalhar no serviço de AACR, com duração de dois dias, e quatro não receberam treinamento algum. Uma participante relata ter recebido treinamento (dois dias) algum tempo depois de começar a trabalhar, mas não informa quanto tempo depois.

Após a análise dos dados, optamos por seu agrupamento em três categorias gerais, com vistas a facilitar tanto a compreensão do conteúdo apreendido quanto sua discussão, a saber: *O AACR e a qualidade do atendimento dos serviços de urgência e emergência; Fatores que interferem na qualidade do serviço de AACR e Sugestões para melhorias do serviço.*

5.1O AACR e a qualidade do atendimento dos serviços de urgência e emergência

Os dados sugerem que o serviço de AACR realizado nas unidades de urgência e emergência sofre interferências de fatores que determinam as percepções dos sujeitos em relação à melhor ou pior qualidade do serviço de acolhimento e classificação de risco por elas realizado. Tais fatores se relacionam principalmente à estrutura física e à falta de recursos humanos, aliados à grande demanda. Isso impede o atendimento mais completo, com realização de exame físico detalhado e torna o atendimento do AACR algo básico e rápido, determinando a baixa qualidade desse serviço:

“Eu acho que ele [se refere ao atendimento de AACR] é regular, ele não é bom, nem ruim...”. (E6)

“Normal... Deixa um pouco a desejar sim, mas em relação às coisas, material, pra gente (...) aferir sinais vitais, coisas básicas assim, acho que oferece tudo (...). A secretaria deixa a desejar em algumas coisas, em relação ao ambiente (...). Porque o acolhimento é uma soma de coisas, né?”. (E2)

“Questão estrutural (...) eu acho que ainda deixa muito a desejar (...) porque, vamos supor (...) não temos muitas condições físicas para exercer uma classificação de risco correta, do jeito que deveria ser (...) eu acho que ainda falta muita estrutura (...), não é um serviço... Não é o ideal...”. (E1)

“Nossa demanda é muito grande! Então acaba que não tem como prestar um serviço de qualidade mesmo, tem que ser mais corrido, não tem como você parar pra ficar fazendo um exame físico ou fazer qualquer outro procedimento assim com o paciente, é mais o básico mesmo...”. (E3)

A falta de instrumentos básicos para aferição de sinais vitais parece não ser sentida por todos os participantes; no entanto, a falta de estrutura física adequada, com acomodações corretas para o serviço de AACR foi evidenciada mesmo por uma participante que, embora tenha avaliado a qualidade do serviço como normal, aponta a necessidade de intervenção da Secretaria Municipal sobre o ambiente, que ainda deixa a desejar em alguns aspectos:

“(...) É ruim, não tem uma maca, não tem como você fazer uma consulta de enfermagem, se você não trouxer de casa (...) é deficiente, falta muita informação, mas ela ajuda [refere que o AACR ajuda na qualidade, mas o considera deficiente]...”. (E7)

O AACR é visto como o serviço de maior importância dentro da unidade, principalmente por se responsabilizar pela classificação dos pacientes que necessitam de atendimento imediato. As participantes reconhecem que o serviço fez diferença na qualidade do atendimento às urgências, trazendo mudanças na forma de receber os usuários e determinar o atendimento nas unidades. Afirmam ainda que, devido à sua fundamental importância, ainda tem a possibilidade de melhorar a cada dia.

“Eu acho que a classificação de risco é o setor mais importante de uma unidade de saúde, porque é lá que você vai definir quem realmente precisa de um atendimento imediato ou não. Então, é essencial para esse serviço e aqui no CAIS funciona muito bem”. (E3)

“Sim, muito (...) muito, e fez diferença, por isso ficou e está melhorando a cada dia (...) antes, era aberto em alguns momentos (...) não funcionava a noite... Antes era pouco profissional, e viu que faz diferença (...) Passar os pacientes graves na frente faz diferença, sim e orientar também os verdes, os azul pra procurar outras unidades, procurar o 0800 (...) Isso é uma soma, né?”. (E2)

As enfermeiras concordam que, embora com dificuldades, o serviço melhora a qualidade dos serviços de urgência e emergência, principalmente pela priorização dos atendimentos graves em detrimento dos menos graves, e a estratégia de AACR

passou a ser vista pelas participantes como essencial nos serviços de urgência e emergência:

“Depois que iniciou a classificação de risco, melhorou muito o atendimento, porque diminuiu o risco dos pacientes graves morrerem na fila, né? (...), mas eu acho que ainda tem muito a melhorar... Se tivesse uma estrutura mais adequada, com mais recursos humanos, com certeza melhoraria ainda mais! Mas, mesmo assim, já contribuiu bastante para a melhora do atendimento da emergência (...). Então, eu acho (...) que é essencial, que não tem como mais ficar sem a classificação de risco, né? (...) Um grande ganho!”. (E1)

“Sim, porque não morre mais ninguém na fila. Melhorou muito sim, porque, pela cara, você não sabe quem é grave (...).” (E2)

“Contribui e muito! Pensa se não tivesse a classificação de risco!... Apesar de todas as deficiências e todos os problemas que a gente tem (...), nossa... quando não tem, aí é terrível!”. (E4)

Algumas participantes ressaltaram que a maioria dos pacientes que buscam os SUE não necessitam de atendimento nessas unidades, por desejarem apenas atestado médico ou por outro motivo que não requer atendimento emergencial. Esse fato realça a importância da classificação de risco para possibilitar atendimento médico imediato aos pacientes que realmente necessitam dele.

“Com certeza! Porque, hoje, realmente os pacientes mais graves (...) são atendidos primeiro e os menos graves... vai atendendo por ordem de, de risco mesmo”. (E6)

“Sim, pelo menos assim o paciente que realmente necessita de atendimento, ele é atendido na hora (...) a maioria a gente sabe que está aqui porque precisa de um atestado, ou por qualquer motivo que não seja uma doença. Mas quem realmente está com algum problema, pelo menos ele é atendido com prioridade (...).” (E7)

Os depoimentos confirmam que, mesmo na falta do profissional médico, o fato de atender o paciente, orientando-o quanto ao seu estado de saúde ou em relação a outras unidades e dar resposta a suas demandas torna o serviço confiável, resultando em tranquilidade para aguardar ou buscar atendimento médico em outras unidades:

“Quando você atende o paciente, acolhe e já olha a queixa dele e já olha os sinais vitais dele, e já fala pra ele que tá tudo bem com os sinais vitais, por exemplo, ele já fica mais tranquilo pra esperar (...).” (E1)

“A gente procura sempre manter o paciente bem, bem informado, bem orientado e, quando é azul, a gente já (...) encaminha pra unidade básica de saúde, pro 0800, (...) também ao serviço social. A gente nunca deixa o

paciente sem resposta. Com certeza, a gente contribui! Assim, porque mesmo não tendo médico, a gente encaminha o paciente pra o lugar certo, tá? (...) orienta também... Então, mesmo sem o médico, o serviço é necessário (...). (E5)

5.1 Fatores que interferem na qualidade do serviço de AACR

Entre os aspectos que exercem influência sobre a qualidade do atendimento nos serviços de AACR, as participantes destacam as questões estruturais, que parecem marcantes e repetitivas no seu cotidiano, tanto em relação à estrutura física, como à disponibilidade de materiais e recursos humanos. Para melhor visualização dos dados encontrados, estes foram agrupados em duas subcategorias especificadas a seguir:

5.2.1 Fatores que dificultam a realização do AACR

Os fatores apontados pelas participantes como dificultadores para a realização do Acolhimento e classificação de risco do paciente são aqueles relacionados principalmente à área física destinada às instalações do serviço e à falta dos recursos humanos e materiais necessários para o bom desempenho profissional, com realização de exame físico adequado do paciente.

As dificuldades inerentes à estrutura física e carência de pessoal aliadas à alta demanda dos usuários inviabilizam a realização adequada da consulta de enfermagem, o que pode prejudicar a classificação de risco, contribuindo para prejuízo na qualidade do serviço ofertado:

“A grande demanda dos pacientes e a falta de tecnologia aqui em Goiânia... Porque todas as fichas têm que ser manuscritas... A gente não segue (...) um protocolo como (...) o de Manchester. (...) isso dificulta muito!”. (E3)

“(...) a coisa do acolhimento... Às vezes você precisa ter mais tempo e nem sempre você tem esse tempo, infelizmente!”. (E2)

“(...) a consulta é muito rápida... pela demanda (...) você não pode demorar muito, senão começa a reclamação e assim tumultuar (...)”. (E4)

“(...) a Secretaria queria que fosse consulta de enfermagem e, pra ser consulta de enfermagem, eu tenho que ter muito tempo e... Ah! aí fica essa coisa, nem é e nem deixa de ser...”. (E2)

Do mesmo modo, a inadequação de recursos humanos também foi apresentada pelos sujeitos nesse estudo como uma realidade comum a todos os serviços e um aspecto significativo que determina a baixa qualidade do serviço:

“(...) o que dificulta é (...) a falta de estrutura física, a falta de um lugar, de uma sala com privacidade pra gente atender o paciente, falta de recursos humanos... Nós somos poucos e tem muita demanda, muito paciente... A emergência é sempre muito cheia, acaba que não tem tempo de ficar muito tempo com cada paciente, porque tem paciente que já começa a brigar e a xingar (...) e (...) é uma confusão danada, né?”. (E1)

“(...) eu acho que é um... um número pequeno, né, de profissionais pra classificar (...). Dificulta também!”. (E6)

Além de serem em número insuficiente para a demanda da unidade, os funcionários do serviço ainda se defrontam frequentemente com problemas gerados pela falta de servidores licenciados pela administração da unidade ou por instâncias superiores por motivos variados. Uma participante afirma que, quando um funcionário sai de férias, por exemplo, ele não é substituído, o que gera sobrecarga de trabalho ao funcionário que permanece em serviço:

“Olha, (...) acontece de colega sair de férias, atestado... Fica só uma! Se ficar só uma enfermeira, a gente não fica lá fora [referindo-se à sala de classificação de risco], fica no bloco. Se tiver dois médicos, passa. Só fica a técnica de enfermagem vendo sinais vitais e passando todo mundo sem classificação. Se tiver só um médico e uma enfermeira, a enfermeira tem que ficar lá fora classificando (...) aí, só passa paciente grave mesmo, classificado de amarelo e vermelho...”. (E4)

Outras participantes reforçaram que essa inadequação dos recursos humanos determina a demora no atendimento, o que, por sua vez, gera a insatisfação dos usuários que o interrompem para esclarecimentos. As repetidas interrupções na avaliação do risco fazem com que o profissional perca o foco momentâneo da avaliação que está realizada. Isso aumenta o tempo despendido para conclusão da classificação de risco, atrasando ainda mais os outros atendimentos:

“(...) o paciente às vezes abre a porta e fala (...) ‘Não vai me chamar não? ‘ Tem tantas horas que eu estou aqui (...) ‘já me chamou?’ (...) ele marca consulta, ele sai, vai tomar um lanche, na casa dele (...) volta... Aí, a gente chamou e ele não respondeu a chamada. Aí, ele briga com você”. (E4)

“(...) às vezes, a gente tá atendendo e tem gente chamando, e às vezes é um enfermeiro, e ‘ai acode aqui’, ‘acode ali’... E isso dificulta muito o trabalho...”. (E2)

Ainda relacionada à estruturação dos recursos humanos para atender à demanda, à falta do técnico de enfermagem, que auxilia o enfermeiro na classificação do risco, agilizando o atendimento, foi colocada como aspecto dificultador do serviço por uma das participantes:

“A falta do técnico dificulta, né? A demanda aqui é muito grande!...”. (E4)

“Em relação a recursos humanos, tem a dificuldade de às vezes você não ter o técnico. Aí, você tem que fazer tudo, que acaba atrasando... Não tem os colegas, muitas vezes só tem uma enfermeira na classificação... Então, essa enfermeira tem que ficar praticamente doze horas sentada aqui... Você não pode sair pra tomar uma água, tem que sair comer rapidinho...”. (E5)

Além de responder sobre a demora para o atendimento, os classificadores ainda costumam ter que interromper seu atendimento na sala de AACR para atender a usuários que questionam a demora do atendimento médico:

“(...) quando nós classificamos os pacientes e os médicos... eles demoram a atender. Isso dificulta pra gente, porque os pacientes, eles voltam na nossa sala, perguntando por que, que o médico ainda não atendeu, (...) o que está acontecendo, como se a culpa fosse nossa!...”. (E6)

A falta de profissionais médicos e de materiais básicos para a avaliação primária do paciente contribui sobremaneira para a baixa qualidade do serviço, pois impede a avaliação adequada e o atendimento médico do usuário que busca o serviço, como sugerem alguns depoimentos:

“A falta de médico e até instrumentos, né, mais apropriados, né? (...) vive faltando coisas elementares, igual termômetro digitais... Muitas vezes, a gente compra e traz? Porque esses analógicos, de ficar toda hora abaixando, não dá não! Haja punho pra aguentar isso [risos]! Falta aparelho de pressão... Às vezes, o mesmo aparelho que está sendo usado aqui [no AACR] está sendo usado na emergência... Então, a gente fica pra lá e pra cá, e isso é justamente uma dificuldade!... (...) A maior dificuldade é essa questão de falta de materiais...”. (E5)

“(...) ainda falta muitos equipamentos pra ajudar a gente, né? Igual oxímetro, que também é essencial, né? (...) vive faltando equipamentos (...) às vezes (...) o aparelho estraga e você demora ter outro pra substituir...”. (E1)

“Os equipamentos (...) às vezes faltam equipamentos! A gente tem um aparelho de pressão, um glicosímetro só. A gente não tem um oxímetro, a gente não tem uma maca, (...) não tem tempo pra auscultar um paciente... Então, assim, o exame físico mesmo é o visual, né? (...) porque são poucos profissionais e a demanda é grande!”. (E6)

A falta de equipamentos adequados para avaliação do risco gera dificuldades para a classificação do paciente por não permitir sua adequada avaliação. Além disso, os enfermeiros se deparam com problemas relacionados a não confiabilidade do relato dos pacientes, o que prejudica a qualidade do serviço.

“Muitos pacientes infelizmente mentem (...) sinais e sintomas. Isso atrapalha um pouco, porque às vezes ele fala uma coisa, mas você tá vendo que realmente ele não tem esses sinais e sintomas e, pelo que ele tá te relatando, você é obrigado a passar ele na frente de um outro que poderia estar sendo atendido primeiro pela situação...”. (E3)

Outro aspecto apontado por uma das participantes como dificultador do atendimento no AACR foi a falta de segurança dos profissionais que trabalham no serviço, o desrespeito e a falta de conhecimento da população quanto ao tipo de serviço oferecido por essas unidades e sobre o protocolo de classificação de risco:

“A falta de profissional, a falta de segurança, até a falta de conhecimento da população. (...) as pessoas não entendem o que significa isso!... Acho que até mesmo a educação da população no geral, a falta de educação...”. (E7)

Na opinião das enfermeiras entrevistadas, a estrutura da sala de classificação de risco é inadequada, dificultando o funcionamento da classificação de risco do usuário e a atuação dos profissionais classificadores:

“(...) A sala é muito pequena! Você fica do lado de outra, outra enfermeira, que (...) se o paciente falar alto, você não escuta o que seu paciente tá falando e vice-versa. Então, atrapalha o atendimento, demora (...), você tem que perguntar de novo! Aí, isso tudo eu acho que atrapalha...”. (E6)

“A gente não tem tempo pra isso [realização de exame físico] nem tem estrutura. Nós ficamos em uma sala pequena (...) com duas pessoas, duas enfermeiras juntas... Não tem (...) uma privacidade pro paciente (...), são duas pessoas atendendo numa sala só, um do lado do outro, um ouvindo o que o outro está falando. Não tem como examinar direito, porque (...) não pode expor o paciente... Então, essa é a dificuldade (...).” (E1)

Quanto ao protocolo utilizado, uma participante referiu que ele é incompleto e propicia dúvidas na classificação adequada do usuário quanto ao risco, apontando o protocolo de Manchester como possível substituto para diminuir essa dificuldade:

“(...) o protocolo, é um protocolo que não tem nem 10 páginas, né? Então, pra gente, assim, que já viu o de Manchester, que é mais específico e não te dá margem de dúvida, esse, às vezes, você fica assim... Será? Mas será que é?”. (E7)

5.2.2 Fatores que facilitariam a atuação do profissional no AACR

Embora tenham sido solicitadas a apontar os fatores do serviço que favorecem as atividades do AACR, a maioria das participantes fez mais reflexões teóricas sobre o tema do que propriamente uma análise dos pontos fortes do serviço. Assim, confirmaram o que já haviam colocado como aspectos dificultadores do trabalho. Apontam a correção das falhas como principal aspecto facilitador. Nesse sentido, indicaram a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários à adequada avaliação do paciente, como aparelhos para aferição de pressão arterial, entre outros:

“(...) o que facilita é te dar os instrumentos pra isso [para a classificação de risco], né? (...) quando você tem instrumentos pra utilizar, igual, aparelhos de PA... Como todos os instrumentos que a gente necessita pra fazer uma avaliação, um exame físico adequado pro paciente. Isso facilita!”. (E1)

Uma das participantes confirmou que o esclarecimento dos usuários sobre a finalidade do AACR e seu modo de funcionamento poderia contribuir muito para melhorar o atendimento oferecido. Ela relatou que, no início da implantação do serviço, os usuários questionavam a ordem de atendimento por não entenderem sua lógica. Essa dificuldade parece ter diminuído e o conhecimento da população a respeito do serviço tornou-se um ponto positivo:

“(...) a população já aceitar isso (...) nas emergências... No início, foi complicado! Quando iniciou a classificação de risco, os pacientes queriam ser atendidos na hora que (...) na ordem de chegada e não por ordem de (...) de gravidade, né? Eu acho que isso hoje já facilita mais pra gente, porque eles entendem mais...”. (E1)

De maneira semelhante, as participantes consideram que a estruturação da equipe de AACR, incluindo a presença constante do técnico em enfermagem e de profissionais responsáveis pela segurança no serviço é um aspecto que facilita e poderia agilizar o atendimento, contribuindo para melhoria da qualidade do serviço, como indicam alguns depoimentos:

“(...) O técnico ajuda demais! A equipe completa... Porque ele mesmo já tem esse olho, né, clínico, ele já te avisa aquele paciente tá pior, aquele paciente você tem que fazer uma atenção mais rápida, né? Então, isso aí ajuda muito, a equipe ajuda muito!... (...) quando você fica sozinho lá, (...) sem o técnico, aí você tem que verificar sinais vitais e fazer a consulta. Já dificulta um pouco...”. (E4)

“A gente conta com o técnico de enfermagem. Quando tem técnico suficiente pra unidade toda, aí eles ficam com a gente na classificação, ajudam a aferir sinais vitais, a ver também, analisar como que o paciente tá, controlar o fluxo pra não ficar tanta gente indo lá interromper as consultas toda hora... Isso facilita muito!”. (E3)

“Eu acho que, quando você tem (...) um maior número de profissionais, quando você tem os equipamentos adequados, quando você tem uma estrutura adequada...”. (E6)

“(...) o guarda [risos], o guarda facilita muito (...)”. (E7)

Além do ajuste da equipe, com número suficiente de enfermeiros e técnicos em enfermagem, outra participante indica a diminuição da demanda como aspecto facilitador do AACR, e que pode ser alcançada com o funcionamento efetivo dos outros serviços de saúde, incluindo as equipes da Estratégia de Saúde da Família:

“(...) facilitaria se tivesse mais profissionais e se a demanda fosse menor, né? Se as unidades de PSF funcionassem, na verdade, acho que melhoraria pra gente aqui!...”. (E7)

5.3 Sugestões para melhorias do serviço

De maneira geral, as sugestões dadas pelas participantes para melhoria dos serviços de AACR incluem a questão estrutural, especialmente no que se refere à necessidade de adequação do espaço físico, disponibilidade de materiais e equipamentos e recursos humanos em quantidade e qualidade adequadas para atender à demanda:

“Estrutura, quantidade de profissionais, RH... A demanda é grande demais!”. (E2)

“Em relação a equipamentos, eu acho que deveria ser melhorado, e a estrutura, porque eu acho que não está o ideal...”. (E6)

“Olha, esse serviço seria melhor, né, se tivesse recursos humanos mais adequados, né? Se tivesse mais médicos, né? A gente vê que é realmente muito sobrecarregado...”. (E5)

Um aspecto citado pela maioria das participantes como essencial para melhorar a qualidade do atendimento no AACR foi a adequação do número de enfermeiros classificadores à demanda do serviço. Elas destacaram que isso evitaria a sobrecarga e, conseqüentemente, favoreceria o desempenho dos profissionais:

“(...) deveria ter mais enfermeiros pra gente poder atender o paciente com mais tranquilidade, fazer exame físico detalhadamente. Porque se tivesse mais enfermeiros classificando, a gente tinha mais tempo pra poder classificar o paciente da forma adequada, fazendo exame físico mais detalhado”. (E1)

“(...) a única coisa seria aumentar o número dos profissionais. Teria que ter dois enfermeiros lá fora [no AACR]. Ajudaria, assim, por causa da demanda... É aumentar os equipamentos mesmo, as condições de trabalho...” (E4)

As falas sugerem que a existência de uma sala adequada em relação ao espaço físico e equipamentos / materiais necessários para a realização de exame físico apropriado, que permita privacidade para o atendimento individualizado dos pacientes são aspectos essenciais para melhorar a qualidade desses serviços:

“Uma sala mais ampla, mais tempo... Falta, assim, um espaço adequado (...) uma maca...”. (E 4)

“Uma sala individualizada para cada enfermeiro classificar, com maca pro paciente deitar, com aparelho de pressão, com oxímetro, com termômetro, de tudo que a gente necessita para realizar um exame (...) do paciente mais detalhado, para que a gente tenha mais parâmetros, para gente conseguir fazer uma classificação mais fidedigna, mais confiável... Porque, só de conversar, às vezes, não... não é suficiente. A gente precisa (...) de ter instrumentos para isso também...”. (E1)

Em relação às condições de trabalho, também incluídas na questão estrutural do serviço, uma das participantes relatou a importância de haver tempo e local para repouso dos enfermeiros do AACR, pois eles lidam com agressões verbais e excesso de problemas trazidos pelos pacientes, chegando mesmo a receber ameaças por parte de pacientes e ou familiares, além de problemas relacionados a outros setores da unidade:

“(...) A gente, na verdade, precisa de descanso na cabeça (...) ouve informações o dia todo, brigas, ofensas, ameaças, né? Então, tem que ter um descanso também...”. (E5)

A adequação do protocolo utilizado para a classificação de risco, adotando um modelo mais completo, de melhor aplicação e que permita maior agilidade do serviço também apareceu nas falas dos sujeitos como sugestão de melhoria para o setor:

“Bom, (...) acho que, de cara, com o que a gente tem, sem mudar a estrutura, seria mudar o protocolo mesmo... Eu acho que é o ideal...”. (E6)

“Eu gosto muito do sistema Manchester, porque, apesar dele ser muito direto, mas ele traz uma segurança boa! Eu gosto dele, do que eu li (...) Pra agilizar o serviço, acho que seria melhor...”. (E5)

“(...) deveria implantar o protocolo de Manchester em Goiânia (...), adicionando essa tecnologia, né? (...) ele é computadorizado e facilitaria muito mais o serviço dos profissionais, porque você não perderia tanto tempo assim escrevendo...”. (E3)

Uma das entrevistadas também sugeriu a necessidade de construção de um fluxograma de atendimento. Outra indicou a estruturação ou o funcionamento adequado das unidades básicas de saúde como indispensável para diminuir a demanda de pacientes nos serviços de urgência e ajudar a melhorar a qualidade desse atendimento:

“Se os ambulatórios e PSFs em Goiânia realmente funcionassem bem, a qualidade no atendimento da urgência e emergência seria bem melhor”. (E3)

“Eu acho assim, que se tivesse uma estratégia de saúde da família eficaz, que tivesse o agente comunitário, que visitasse a casa do paciente, que estivesse sempre presente na casa daquela família, né? Se ele tivesse um vínculo com essa estratégia de saúde da família, eu acho que esses casos não parariam aqui no CAIS não! Então, é por isso que eu imagino que há uma falha muito grande! (...) esses casos não parariam aqui no CAIS...”. (E1)

5. DISCUSSÃO

Diante da realidade da superlotação dos serviços de urgência e emergência, evidente em nossa realidade atual, as participantes do estudo reconhecem as contribuições do AACR para a melhor qualidade desses serviços. Apesar das dificuldades apontadas, concordam que a estratégia de AACR é fundamental para o atendimento, principalmente por priorizar o atendimento médico aos pacientes graves e permitir que o paciente menos grave ou que não demande atendimento emergencial aguarde com tranquilidade pelo atendimento médico.

Outros estudos também verificaram que a implantação do dispositivo de AACR nos serviços de urgência e emergência foi positiva para o controle da demanda e priorização do atendimento aos pacientes mais graves (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012c) e os participantes reconhecem esses aspectos como potencialidades do serviço de AACR, juntamente com o fato de favorecer a humanização da assistência (NASCIMENTO et al., 2011).

Observamos, assim, que os enfermeiros percebem a importância do AACR para organizar o atendimento nos SUE e o consideram essencial para o bom funcionamento das instituições de saúde que prestam esse tipo de atendimento. Mesmo que o serviço ainda não esteja completamente implantado e haja muito a ser feito, eles reconhecem suas potencialidades como estratégia para criação do vínculo de confiança profissional-usuário e para melhorar a qualidade do atendimento oferecido a seus usuários. Esse aspecto ficou claro quando as enfermeiras declararam que, mesmo diante da falta de profissional médico na unidade, o ato de acolher, ouvir o paciente, aferir seus sinais vitais e orientá-lo quanto à sua queixa ou situação era suficiente para proporcionar-lhe tranquilidade para esperar que o problema da falta de profissional fosse resolvido ou para procurar atendimento em outra instituição de saúde.

No entanto, a qualidade no atendimento oferecido no serviço está diretamente relacionada às condições de trabalho e disponibilidade dos recursos físicos, humanos e materiais necessários ao bom desempenho dos profissionais e ao adequado funcionamento do serviço. É fundamental que os gestores dessas

unidades valorizem o vínculo afetivo como elo na relação trabalhador-usuário (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011). A falta de estrutura física, a insuficiência de recursos humanos e a elevada demanda aparecem como dificuldades comuns a todas as participantes, repetidamente expressadas em vários momentos durante a entrevista.

Ficou evidente que os profissionais se ressentem das precárias condições de trabalho no setor e que isso influencia significativamente sua opinião sobre as contribuições do AACR para melhorar a qualidade dos SUE. Além de contribuir para a baixa qualidade do serviço, as reiteradas queixas quanto à inadequação da estrutura física e equipamentos / materiais e à insuficiência de recursos humanos para atender à alta demanda refletem a insatisfação dos profissionais com o trabalho. Esses aspectos apareceram em vários momentos de todas as entrevistas, mostrando-se relevantes para as enfermeiras.

Todas as participantes atribuem eventuais erros na classificação de risco à dificuldade para realizar a avaliação detalhada do usuário, uma vez que as unidades não dispõem dos recursos materiais mínimos e espaço que ofereçam conforto e privacidade para o exame do paciente e correta classificação de seu risco. Em consequência, os atendimentos, via de regra, tornam-se meras conversas rápidas com o usuário. Além disso, o número de profissionais é insuficiente para atender à demanda, gerando sobrecarga de trabalho e estresse para os profissionais atuantes.

Entretanto, tais dificuldades não são exclusivas dos SUE goianienses. A inadequação estrutural e a falta de materiais necessários para o atendimento no AACR também já foram constatadas em estudo anterior (ROSSANEIS *et al.*, 2011a) e parecem ser características da maioria das unidades públicas de saúde. Nesse sentido, a ausência de inovações tecnológicas nos serviços exerce uma influência importante na sobrecarga laboral dos profissionais, exigindo deles tempo e esforço adicionais para realizar manualmente tarefas que poderiam ser executadas de modo mais rápido e menos trabalhoso se contassem com dispositivos específicos para auxiliá-los.

Um exemplo bastante ilustrativo é a necessidade do registro manuscrito dos atendimentos realizados por falta de equipamentos informatizados. Isso aumenta sobremaneira o tempo despendido com cada atendimento, gerando insatisfação e queixas dos outros usuários que aguardam para serem atendidos. Além de

aumentar o tempo e exigir maior esforço dos profissionais, isso diminui o número de atendimentos que eles poderiam realizar e, conseqüentemente, a fluidez do serviço, prejudicando sua qualidade de maneira global. A consulta de enfermagem prescrita para esse momento acaba tendo que ser substituída por uma conversa rápida e superficial, que pode induzir a erros na classificação do risco, tanto para mais quanto para menos. A carência de equipamentos / materiais e a inadequação estrutural prejudicam não apenas os atendimentos, mas também as relações entre trabalhadores e usuários, que acabam atribuindo ao profissional classificador a responsabilidade pela falta de recursos na unidade (ROSSANEIS *et al.*, 2011a).

Culturalmente, a discussão sobre o funcionamento dos SUE conduz, de imediato, à busca de estratégias para organizar a fila de espera, principalmente quando se toma como ponto de partida a recepção do usuário. Assim, a adequação das ações de enfermagem para atingir o que se tem como padrões de qualidade acabam por representar um grande desafio setorial (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011).

A afirmação das participantes quanto ao fato de que a maior parte dos usuários que buscam os SUE não necessita de atendimento imediato corrobora com os achados de outros estudos, demonstrando grande demanda desses serviços por pacientes que, originalmente, deveriam receber atendimento na rede básica de saúde. Entretanto, como os pacientes, nas unidades básicas de saúde, precisam enfrentar enormes filas para agendamentos de exames e consultas médicas, terminam procurando um caminho mais rápido e garantido para o atendimento que necessitam nos SUE (CAVEIÃO *et al.*, 2014; ROSSANEIS *et al.*, 2011a). A procura por atendimento nas unidades consideradas como “porta aberta” também pode ser explicada pela ausência de definições políticas que, aliada à baixa resolutividade dos demais serviços e dificuldade de mudanças de hábitos culturais, leva os usuários a buscarem por essas instituições para solucionar qualquer problema de saúde (SHIROMA; PIRES; REIBNITZ, 2008).

A fragilidade da atenção básica também foi apontada em outro estudo, onde os participantes apontaram o encaminhamento dos pacientes à rede básica como uma dificuldade do AACR. No estudo, a responsabilidade de dizer ou encaminhar o usuário para a rede básica é vista como importante obstáculo do serviço, por acreditarem que esta não seja uma solução adequada, principalmente por

conhecerem a vulnerabilidade dessas unidades. Além disso, muitas vezes o usuário não aceita a orientação para procurar outro serviço e gera conflito nas relações, quando seu estado de saúde não condiz com a necessidade de atendimento emergencial (NASCIMENTO et al., 2011).

Outro aspecto que aparece como dificultador do serviço no AACR, apresentado pelas enfermeiras que participaram desse estudo, foi a sobrecarga de trabalho. A busca indiscriminada pelos SUE determinou sua superlotação e o consequente excesso de trabalho pelos profissionais, somados à insuficiência quanti-qualitativa de funcionários no setor levam os profissionais a exercerem várias funções ao mesmo tempo em um curto espaço de tempo e com poucos recursos, sendo esse um importante aspecto determinante de sobrecarga (TORRES; LELIS, 2010). Além da busca de atendimento nessas unidades por problemas simples ou considerados não urgentes, outros fatores que podem contribuir para a sobrecarga de trabalho e insuficiência de recursos humanos são o crescimento populacional, aumento na incidência dos eventos originados de causas externas e de doenças cardiovasculares (CAVEIÃO et al., 2014).

A superlotação das urgências e emergências é uma realidade tanto nos serviços públicos, quanto nos privados e não apenas do Brasil, mas também de países desenvolvidos. E o quadro de profissionais, infelizmente, não tem acompanhado a elevação espontânea da busca por atendimentos nos SUE (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

A demora do atendimento pelo médico ou pela enfermagem foi outro fator dificultador citado pelas entrevistadas. Muitas vezes. O enfermeiro que atende no serviço de AACR precisa interromper os atendimentos para ajudar a resolver problemas de outros setores da unidade, gerando insatisfação e reclamações por parte dos usuários que aguardam. Isso confirma a insuficiência de recursos humanos nos SUE e foi motivo para que duas unidades fossem excluídas desse estudo, uma vez que não havia enfermeiro para realizar a classificação de risco.

Além da falta de profissionais, as enfermeiras entrevistadas também se queixaram da falta de segurança em seu ambiente de trabalho. Diante de situações em que precisam lidar com a ira de usuários insatisfeitos com o atendimento, elas se sentem impotentes e vulneráveis por não contarem com a retaguarda de agentes de segurança no serviço. Mais uma vez, a insuficiência quanti-qualitativa de

profissionais para o serviço nas unidades públicas de saúde aparece como importante aspecto dificultador do desempenho de seus servidores.

A falta de conhecimento da população sobre o tipo de serviço ofertado nos SUE também foi apontada como aspecto dificultador. Algumas entrevistadas declararam que, embora já tenha melhorado muito, ainda é frequente a procura do serviço por usuários que desconhecem suas finalidades e não se conformam ao serem encaminhados a outras unidades de saúde. Para outras participantes, no entanto, a população já compreende a finalidade das unidades de atendimento a urgências e emergências e o funcionamento do AACR e isso foi apontado por elas como aspecto facilitador de seu trabalho nesses serviços. Seus relatos sugerem que os usuários já entendem a dinâmica de atendimento dos SUE, mas continuam buscando tais serviços para casos não urgentes por não encontrarem eco para suas necessidades nas outras unidades básicas de saúde.

Mesmo havendo um fluxo hierarquizado, proposto na construção do modelo de atenção a saúde, isso nem sempre é claro para os usuários que procuram pelo serviço, que terminam enxergando as emergências como porta de entrada do sistema público de saúde (CAVEIÃO et al., 2014). Para alguns autores (NASCIMENTO et al., 2011), aliado à falta de esclarecimento da população, esse comportamento está relacionado ao hábito, comum entre usuários de serviços públicos, de procurar a fila, se posicionar e esperar atendimento por ordem de chegada, mesmo que o serviço seja para atendimento à situações emergenciais. Uma opção viável para ajudar nesse sentido pode ser maior investimento dos gestores do sistema em campanhas de esclarecimento público sobre que serviços os usuários devem procurar para resolver diferentes tipos de problemas de saúde.

Outra dificuldade registrada pelas entrevistadas diz respeito ao protocolo adotado para a classificação de risco no município. As queixas estão ligadas à insuficiência de informações, que gera dúvidas e incerteza quanto à correta classificação de risco do usuário. Isso pode fazer com que os enfermeiros classificadores sintam-se incompetentes para realizar seu serviço de maneira eficiente, produzindo um conflito interno e questionamentos sobre suas habilidades profissionais.

A dificuldade dos enfermeiros classificadores em localizar as queixas do paciente no protocolo institucional também foi documentada em outro estudo,

juntamente com a necessidade de não realizar julgamentos pessoais sobre as queixas relatadas pelo paciente. Seus autores colocam esse processo como um dos mais complexos na classificação de risco, por exigir do profissional a capacidade de escuta qualificada, avaliação e registro apropriados e detalhados, capacidade de observação, julgamento clínico, tomada de decisão e conhecimento das demais redes de apoio ao sistema assistencial (CAVEIÃO et al., 2014).

O modelo usado nas unidades de urgência e emergência, mantidas pela prefeitura de Goiânia, é uma adaptação do protocolo sugerido pelo Ministério da Saúde do Brasil. O modelo encontra-se disponível para consulta no *site* da Secretaria Municipal de Saúde e nas respectivas unidades, em versão impressa (GOIÂNIA, 2011). O protocolo segue os princípios da Política Nacional de Humanização nos SUE, que indica que os atendimentos sejam com base na avaliação do risco e não mais por ordem de chegada, além da responsabilidade do profissional em acolher e buscar resolutividade do problema trazido pelo paciente, mesmo que este não demande atendimento emergencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Considerando que um protocolo geralmente é construído para ser aplicável em diferentes realidades e na população-alvo como um todo, parece evidente que, por mais completo que ele seja, sempre haverá possibilidade de que ele não expresse a queixa exata do paciente. Assim, no momento de tomada de decisão, o enfermeiro vai precisar pautar-se em sua experiência como classificador, bem como nos conhecimentos sobre sinais e sintomas das diferentes emergências clínicas para tentar minimizar a possibilidade de erros na classificação de risco. No entanto, isso não tira dos enfermeiros a responsabilidade em contribuir para as modificações que possam colaborar para melhoria do instrumento usado. Esse é um princípio básico da prática clínica baseada em evidências - aliar as evidências científicas externas, advindas de pesquisas já realizadas, às expectativas do cliente / paciente e família e à sua experiência profissional (SACKETT et al., 2003).

No documento em que dá orientações para a implantação do AACR nos SUE, o próprio Ministério da Saúde do Brasil reconhece que, embora seja útil e necessário, o protocolo não consegue abranger os aspectos além do físico, que também são indispensáveis para a avaliação segura do risco e vulnerabilidade de cada usuário. Também indica a necessidade de adaptar os protocolos existentes na

literatura à realidade e contexto de cada local como forma de promover a integração entre os diferentes profissionais e valorizar os trabalhadores do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As sugestões das participantes para facilitar o trabalho no AACR foram no sentido de eliminar os aspectos apontados como dificultadores desse processo. As principais mudanças indicadas giram em torno de ajustes no espaço físico, adequação dos recursos humanos e materiais às necessidades do serviço e melhoria da rede básica, especialmente no que se refere à sua capacidade de atendimento e resolutividade.

Na opinião das entrevistadas, o espaço físico, adequado para a classificação de risco, seria uma sala ampla e que permitisse privacidade durante a consulta de enfermagem, com maca e com todos os aparelhos / equipamentos para o exame físico, incluindo a aferição de sinais vitais. Tal expressão é justificada pelo fato de que, na maioria das unidades, a classificação de risco de um usuário é feita concomitantemente a de outro, no mesmo espaço físico, negligenciando seu direito à privacidade. Embora isso seja feito com a intenção de contribuir para melhorar o fluxo e agilizar o atendimento dos usuários, costuma gerar constrangimentos desnecessários e desaconselhados.

Em relação a recursos humanos, as enfermeiras sugerem a contratação de mais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, para garantir agilidade do atendimento, além da presença constante de um profissional que garanta a segurança dos demais. A necessidade da adequação dos recursos humanos, em relação ao quantitativo e à capacitação dos profissionais tem sido apontada como forma de garantir tanto a qualidade do atendimento no serviço, quanto a melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros classificadores. O redimensionamento de profissionais de enfermagem é tida como questão inevitável para o gerenciamento do cuidado em conflitos econômicos, técnicos e éticos no setor (CAVEIÃO et al., 2014).

Outro ponto fundamental, na opinião das entrevistadas, foi a necessidade de substituir o protocolo adotado para a classificação de risco pelo protocolo de Manchester e implantar a informatização do sistema. O preenchimento manual de formulários e, de outros documentos durante a classificação de risco aumenta o tempo dispensado a cada atendimento, pode gerar inconsistências e sobrecarrega

os profissionais do setor. O protocolo de Manchester (MTS) é reconhecido e aceito em todo o mundo (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012), mas, no Brasil, é utilizado apenas no estado de Minas Gerais. O MTS constitui um bom preditor para a gravidade clínica, com correspondência da gravidade de classificação e a evolução clínica do paciente, bem como para avaliar outros desfechos, como alta, transferência e óbitos (GUEDES; MARTINS; CHIANCA, 2015).

Para solucionar o problema gerado pela alta demanda especialmente no que, se refere àqueles usuários que buscam o serviço para atendimentos considerados não urgentes, as participantes sugerem a melhor estruturação da rede básica de atenção à saúde. Afirmam que esse pode ser um aspecto determinante na qualidade dos SUE, uma vez que, em sua percepção, a grande demanda de atendimentos nesses serviços se dá principalmente, por estrutura deficiente e funcionamento ineficaz da rede básica. A insuficiência de profissionais capacitados, de recursos materiais e de medicamentos na rede básica, juntamente, com o reduzido número de consultas e vagas para realização de exames, contribui para a superlotação nos SUE que, são vistos como uma forma de conseguir atendimento para condições que poderiam ser atendidas nas UBS e isso dificulta o acesso dos usuários que de fato necessitam do serviço (ROSSANEIS *et al.*, 2011b).

Assim, a solução para esse problema parece estar na mudança do modelo de atenção básica, com priorização da atenção primária, por meio da oferta de uma assistência forte e com resolutividade (CAVALCANTE *et al.*, 2012). Os usuários considerados não urgentes não podem ser considerados “inadequados” para os SUE e encaminhados a outros serviços sem a garantia de que serão atendidos. É preciso assegurar aos usuários que, ao procurarem ou serem encaminhados para as UBS para tratamento de condições clínicas não urgentes, eles receberão o atendimento que necessitam, sem que eles tenham que recorrer aos SUE. Enquanto isso não ocorre, os SUE continuarão sendo vistos como porta de entrada ao sistema de saúde pelos usuários que não encontram atendimento na atenção básica (ROSSANEIS *et al.*, 2011a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo mostram que, na opinião dos enfermeiros classificadores, o AACR, sem dúvida, contribui para melhorar a qualidade dos SUE, sobretudo pela nova forma de organização dos atendimentos, que garante prioridade aos casos considerados graves. As participantes foram bastante ágeis para identificar diversos aspectos tidos como dificultadores de sua atuação no serviço, mas nenhuma delas conseguiu apontar qualquer facilitador existente. Cabe-nos questionar se realmente não há nada que efetivamente contribua para o bom desempenho dos profissionais ou se essa dificuldade em enxergar os pontos positivos seria um reflexo do excesso de trabalho e dos problemas vivenciados em sua prática diária.

Na verdade, é sabido que trabalhar em locais que não oferecem as condições necessárias para um bom desempenho profissional não é tarefa fácil. Entretanto, ninguém se moverá no sentido de mudar a realidade se não houver uma movimentação dos profissionais que se sentem prejudicados por ela. Não há como reconhecer um problema para o grupo, se seus integrantes não o denunciarem. Eximir-se de responsabilidade não contribui para a solução dos problemas. Ainda que as soluções possam não ser a curto prazo, a continuação das reivindicações é essencial para que elas aconteçam.

Quanto às sugestões que facilitariam seu trabalho, todas elas apontaram a necessidade de adequação do quantitativo de profissionais, adaptação do espaço físico, aquisição de equipamentos e materiais e, principalmente, a reestruturação da rede básica de atenção à saúde. Observa-se que todas essas mudanças são política e economicamente dependentes de alterações sob a responsabilidade de instâncias superiores. Entretanto, considerando que os problemas não são vivenciados pelos representantes de tais instâncias, seria recomendável que, no momento de tomadas de decisões, os responsáveis pelas disposições políticas que envolvem o atendimento público à saúde conhecessem e levassem em conta a opinião dos profissionais que encontram-se na ponta dos serviços sobre os problemas

encontrados e sugestões para sua melhoria. Quem pode falar melhor de uma dificuldade é quem a vivencia.

Talvez o único aspecto em que possam exercer influência mais diretamente seja a adaptação ou mudança no protocolo adotado pelos serviços municipais para a classificação de risco. Entretanto, isso requer competência técnica e envolvimento ativo dos profissionais que aplicam o protocolo. É importante que os profissionais que sentem a inadequação do protocolo à sua realidade proponham as alterações necessárias e se movimentem no sentido de que elas sejam implementadas. A baixa qualidade dos serviços de saúde não pode ser atribuída exclusivamente aos gestores. Embora cada um em sua circunscrição, é preciso que todos os envolvidos se movimentem no sentido de buscar melhorias, especialmente os executores dos serviços.

Infelizmente, as dificuldades relatadas pelas enfermeiras participantes são comuns à maioria dos profissionais que atuam em outras unidades de urgência e emergência do Brasil, amplamente divulgadas na mídia. Assim, melhorar a qualidade do atendimento ofertado à população nos SUE deixa de ser uma necessidade local para tornar-se nacional e a luta precisa encampar todas as categorias profissionais. De maneira semelhante, é preciso que cada profissional, independentemente de sua formação e função exercida, sinta-se também responsável pelo serviço oferecido. É preciso refletir sobre a qualidade dos atendimentos que tem realizado e sua responsabilidade na manutenção do Os resultados do presente estudo mostram que, na opinião dos enfermeiros classificadores, o AACR, sem dúvida, contribui para melhorar a qualidade dos SUE, sobretudo pela nova forma de organização dos atendimentos, que garante prioridade aos casos considerados graves. As participantes foram bastante ágeis para identificar diversos aspectos tidos como dificultadores de sua atuação no serviço, mas nenhuma delas conseguiu apontar qualquer facilitador existente. Cabe-nos questionar se realmente não há nada que efetivamente contribua para o bom desempenho dos profissionais ou se essa dificuldade em enxergar os pontos positivos seria um reflexo do excesso de trabalho e dos problemas vivenciados em sua prática diária.

Na verdade, é sabido que trabalhar em locais que não oferecem as condições necessárias para um bom desempenho profissional não é tarefa fácil.

Entretanto, ninguém se moverá no sentido de mudar a realidade se não houver uma movimentação dos profissionais que se sentem prejudicados por ela. Não há como reconhecer um problema para o grupo, se seus integrantes não o denunciarem. Eximir-se de responsabilidade não contribui para a solução dos problemas. Ainda que as soluções possam não ser a curto prazo, a continuação das reivindicações é essencial para que elas aconteçam.

Quanto às sugestões que facilitariam seu trabalho, todas elas apontaram a necessidade de adequação do quantitativo de profissionais, adaptação do espaço físico, aquisição de equipamentos e materiais e, principalmente, a reestruturação da rede básica de atenção à saúde. Observa-se que todas essas mudanças são política e economicamente dependentes de alterações sob a responsabilidade de instâncias superiores. Entretanto, considerando que os problemas não são vivenciados pelos representantes de tais instâncias, seria recomendável que, no momento de tomadas de decisões, os responsáveis pelas disposições políticas que envolvem o atendimento público à saúde conhecessem e levassem em conta a opinião dos profissionais que encontram-se na ponta dos serviços sobre os problemas encontrados e sugestões para sua melhoria. Quem pode falar melhor de uma dificuldade é quem a vivencia.

Talvez o único aspecto em que possam exercer influência mais diretamente seja a adaptação ou mudança no protocolo adotado pelos serviços municipais para a classificação de risco. Entretanto, isso requer competência técnica e envolvimento ativo dos profissionais que aplicam o protocolo. É importante que os profissionais que sentem a inadequação do protocolo à sua realidade proponham as alterações necessárias e se movimentem no sentido de que elas sejam implementadas. A baixa qualidade dos serviços de saúde não pode ser atribuída exclusivamente aos gestores. Embora cada um em sua circunscrição, é preciso que todos os envolvidos se movimentem no sentido de buscar melhorias, especialmente os executores dos serviços.

Infelizmente, as dificuldades relatadas pelas enfermeiras participantes são comuns à maioria dos profissionais que atuam em outras unidades de urgência e emergência do Brasil, amplamente divulgadas na mídia. Assim, melhorar a qualidade do atendimento ofertado à população nos SUE deixa de ser uma necessidade local para tornar-se nacional e a luta precisa encampar todas as

categorias profissionais. De maneira semelhante, é preciso que cada profissional, independentemente de sua formação e função exercida, sinta-se também responsável pelo serviço oferecido. É preciso refletir sobre a qualidade dos atendimentos que tem realizado e sua responsabilidade na manutenção do *status quo*.

O fato de a classificação de risco ser uma atividade privativa do enfermeiro representa importante ganho para a profissão, ainda pouco valorizada e reconhecida, mas as precárias condições de trabalho podem fazer com que seu desempenho seja prejudicado. Não obstante, os enfermeiros precisam considerar que a falta de equipamentos e materiais, recursos humanos insuficientes e espaço inadequado por si só não justificam a baixa qualidade nos SUE. A qualidade dos serviços vai além dos recursos que a unidade tem para oferecer; ela envolve também a maneira como os profissionais têm oferecido sua atenção à população que busca o serviço. Portanto, mesmo diante das dificuldades, é importante garantir a qualidade do atendimento, demonstrando interesse pelo usuário e por suas necessidades e, especialmente, competência técnica para as atividades.

Por fim, vale lembrar que, ainda que a opinião dos profissionais que realizam os atendimentos seja fundamental para a proposição de alterações visando melhorar a qualidade do atendimento às urgências e emergências, também é indispensável ouvir quem recebe o serviço. É igualmente recomendável que os gestores das políticas públicas de saúde procurem ouvir as partes interessadas antes de propor mudanças, pois tanto os profissionais executores quanto a população atendida têm muito a contribuir nesse sentido.

O fato de a classificação de risco ser uma atividade privativa do enfermeiro representa importante ganho para a profissão, ainda pouco valorizada e reconhecida, mas as precárias condições de trabalho podem fazer com que seu desempenho seja prejudicado. Não obstante, os enfermeiros precisam considerar que a falta de equipamentos e materiais, recursos humanos insuficientes e espaço inadequado por si só não justificam a baixa qualidade nos SUE. A qualidade dos serviços vai além dos recursos que a unidade tem para oferecer; ela envolve também a maneira como os profissionais têm oferecido sua atenção à população que busca o serviço. Portanto, mesmo diante das dificuldades, é importante garantir

a qualidade do atendimento, demonstrando interesse pelo usuário e por suas necessidades e, especialmente, competência técnica para as atividades.

Por fim, vale lembrar que, ainda que a opinião dos profissionais que realizam os atendimentos seja fundamental para a proposição de alterações visando melhorar a qualidade do atendimento às urgências e emergências, também é indispensável ouvir quem recebe o serviço. É igualmente recomendável que os gestores das políticas públicas de saúde procurem ouvir as partes interessadas antes de propor mudanças, pois tanto os profissionais executores quanto a população atendida têm muito a contribuir nesse sentido.

REFERÊNCIAS

Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/ classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(4):181-90.

Albino RM, Grosseman S, Riegenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arquivos Catarinenses de Medicina.* 2007; 36(4).

Australian Government. Department of Health and Ageing. Emergency triage education kit[serial on the Internet]. 2007 [cited 2015 Jan 19]: Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/387970CE723E2BD8CA257BF0001DC49F/\\$File/Triage%20Education%20Kit.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/387970CE723E2BD8CA257BF0001DC49F/$File/Triage%20Education%20Kit.pdf).

Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Relações de "não cuidado" de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? *Esc Anna Nery.* 2011; 15(1):116-23.

Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(4):797-806.

Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2012a; 16(3):419-28.

Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev bras enferm.* 2012b; 65(5):751-7.

Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. *Cienc Cuid Saude.* 2012c; 11(2):396-401.

Benavente RAS. Sistema de triaje en urgencias generales. Universidad Internacional de Andalucía [serial on the Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 19]: Available from: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1.

Cavalcante RB, Rates Hf, Silva LTdCe, Mello Rad, Dayrret KMB. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. *R Enferm Cent O Min.* 2012; 2(3):428-37.

Caveião C, Hey AP, Montezeli JH, Barros APMM, Sordi JA, Santos SC. Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista. *Rev Enferm UFSM.* 2014; 4(1):189-96.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 145/1995. Dispõe sobre normas mínimas para o funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro. São Paulo: Diário Oficial da União - 17/03/1995; 1995. p. 3666.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358. Dispõe 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 [serial on the Internet]. 2009: Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 423. Normatiza, no âmbito do Sistema COFEN/ Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos [serial on the Internet]. 2012: Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html.

COREN-DF. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. Parecer COREN nº 005/2010. Atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco na urgência[serial on the Internet]. 2010: Available from: <http://www.coren-df.gov.br/portal/index.php/pareceres/parecer-coren/684-no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos>.

Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev Med Minas Gerais. 2012; 22(2):188-98.

Domiciano V, Fonseca AS. Tempo médio para o atendimento do cliente em um departamento de emergência de um hospital privado. Nursing. 2008; 11(119):182-8.

Dubeux LS, Freese E, Reis YAC. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública. 2010; 26(8):1508-18.

Ferreira ABH. Mini Aurélio. Século XXI Escolar. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):17-27.

Gallo AM, Mello HC. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. Revista F@pciência. 2009; 5(1):1-11.

Gilboy N, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): A triage tool for emergency department care. Agency for Healthcare Research and Quality [serial on the Internet]. 2011; version 4: Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>.

Goiânia. Manual de orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco. Goiânia: Coordenação das urgências; 2011. Available from: http://www.saude.goiania.go.gov.br/library_source/acolhimentocomavaliacao.pdf.

Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde. Consultas SUS: Cais, Ciams e Centros de Saúde[serial on the Internet]. 2014: Available from: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/secretaria/sus/Cais-Ciams-Centros.shtml>.

Gomes R. Análise e interpretação dos dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, editor. Pesquisa social. 32. ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 79-106.

Gonçalves LC, Nogueira LT, Silva GRF, Luz MHBA. Transcultural theory on the embracement with risk classification: a reflexive look about possibilities. Journal of nursing. 2012; 6(7):1714-20.

Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. Rev bras enferm. 2015; 68(1):40-5.

Handem PC, Matioli CP, Pereira FGC, Nascimento MAL. Metodologia: interpretando autores. In: Almeida NM, editor. Método e metodologia na pesquisa científica. 3ª. ed. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora; 2008.

Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco - um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2004.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. In: Saúde CND, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

Moura AC, Lopes AMS, Portela ALF, Sousa ID, Sousa SNS. Implantação do acolhimento com classificação de risco: um relato de experiência. Rev Multop Saúde HSM. 2013; 1(2):72-82.

Murray M, Bullard M, Grafstein E, for the CTAS and CEDIS National Working groups. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. ED Administration L' Administration de LA MU [serial on the Internet]. 2004; 6(6): Available from: http://www.lhsc.on.ca/About_Us/Base_Hospital_Program/Education/RevisionstotheCanadianEmergencyDepartmentTriageandAcuityScaleImplementationGuidelines.pdf.

Nascimento ERPd, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Rev Eletr Enf [serial on the Internet]. 2011; 13(4): Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf.

Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2013; 21(2): Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf.

Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADD. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev Eletr Enf* [serial on the Internet]. 2011a; 13(4): Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10182/10195>.

Rossaneis MA, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Sentone ADD, Gabriel CS. Acolhimento e classificação de risco em hospital público de médio porte e a responsabilidade da atenção básica. *UNOPAR Cienct Ciênc Biol Saúde* [serial on the Internet]. 2011b; 13(3): Available from: <http://www.pgss.com.br/revistacientifica/index.php/biologicas/article/view/347/337>.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina baseada em evidências*. 2ª, editor. Porto Alegre - RS: Artmed; 2003.

Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência - um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enfermagem em foco*. 2011; 2(1):14-7.

Shiroma LMB, Pires DEP, Reibnitz KS. Reflexão acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no serviço de emergência. In: *Proceedings of the 2nd Seminário de Trabalho em Enfermagem Curitiba- PR*. 2008 p. 17-9.

Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS* [serial on the Internet]. 2008; 11(1): Available from: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/074-084.pdf>.

Silva LG, Matsuda LM. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(suplem):121-28.

Souza CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Souza CCd, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(1):1-8.

Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *Rev Min Enferm*. 2008; 12(4):581-6.

Stratuss A, Corbin J. *Métodos de pesquisa. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ª ed: Artmed; 2008.

Toledo AD. Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um Hospital Municipal de Belo Horizonte [dissertation]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo MEE, Pai DD. Acolhimento com avaliação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. Cienc Cuid Saude [serial on the Internet]. 2013; 12(1): Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18694/pdf>.

Torres HC, Lelis RB. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. Cienc enferm. 2010; 16(2):107-13.

Zanelatto DM, Pai DD. Prática de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. Cienc Cuid Saude. 2010; 9(2):358-65.

Zem KKS, Montezeli JH, Peres AM. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. Rev RENE. 2012; 13(4):899-908.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Contribuições do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) para a qualidade dos serviços de urgência e emergência”, que tem por objetivo Analisar se o serviço de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas Unidades de Pronto Atendimento do município de Goiânia – Goiás tem contribuído para a qualidade dos serviços de urgência e emergência, segundo percepções dos enfermeiros classificadores.

Após receber as informações sobre a pesquisa acima citada, o senhor (a), terá o tempo que julgar necessário para refletir sobre sua aceitação ou não, em participar desta pesquisa. Lembramos que a participação do referido estudo é de livre e espontânea vontade e sua recusa não acarretará qualquer tipo de discriminação ou dano moral e/ou material a sua pessoa. Salientamos que a participação ou não no estudo é totalmente voluntária.

Caso concorde em participar deste estudo, as informações serão coletadas pelas pesquisadoras, enfermeiras, ou por alunos do programa de iniciação científica da Faculdade de enfermagem – UFG (acadêmicos do curso de enfermagem), por meio de uma entrevista gravada, guiada por um roteiro semiestruturado específico. A entrevista tem duração prevista de 30 (trinta) a 40 (quarenta) minutos, com flexibilidade para atender as considerações de cada participante. A entrevista será realizada em local privativo, preferencialmente nas dependências das unidades de saúde selecionada para este estudo, onde os participantes possam receber orientações sobre a pesquisa e expressar sua opinião livremente.

A entrevista será restrita ao sujeito participante e ao pesquisador, que poderá solicitar a ajuda de um auxiliar de pesquisa. O encontro será gravado e posteriormente transcrito pela própria entrevistadora, garantindo-lhes total privacidade e sigilo das informações. As gravações e sua transcrição ficarão em poder da equipe responsável pela investigação e as informações fornecidas serão usadas com finalidade exclusivamente científica, sendo os resultados divulgados de forma que impossibilite a identificação dos entrevistados. Após a conclusão da pesquisa e divulgação dos resultados, as gravações serão destruídas pelas

pesquisadoras.

É importante que você seja informado de que não haverá qualquer custo para os participantes na pesquisa e que os riscos decorrentes de sua participação são mínimos, restringindo-se ao tempo despendido na entrevista e eventuais constrangimentos relacionados aos questionamentos propostos. Entretanto, garantimos que sua participação poderá ser retirada a qualquer momento, sem que isso implique em quaisquer danos ou prejuízos, pessoais nem profissionais.

De maneira semelhante, esclarecemos que os participantes da pesquisa também não receberão qualquer benefício pessoal ou profissional; porém, os resultados do estudo poderão servir para os profissionais identificarem as contribuições do acolhimento com ACR para a qualidade dos serviços de urgência e emergência e, a partir delas, buscar melhorias.

Salientamos que, em conformidade com a Resolução 466/12, informamos que o participante tem o direito de pleitear indenizações em caso de qualquer tipo de dano decorrente de sua participação neste estudo.

Em caso de dúvidas quanto à autenticidade, a forma como responder o instrumento ou em caso de desejo de desistência, seja antes, durante ou após a realização da pesquisa, o participante poderá procurar as pesquisadoras ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da cidade de Goiânia-GO, o qual se vincula este projeto nos endereços ou *e-mails* citados abaixo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será fornecido e assinado em duas vias, das quais uma será devolvida e permanecerá com a equipe de investigação, enquanto a outra será entregue ao participante.

.....

Pesquisadora Responsável: Karynne Borges Cabral

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu,....., **RG**:....., **CPF**:, abaixo assinado, concordo em participar do estudo sobre “Contribuições do Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco para a qualidade dos serviços de urgência e emergência”, sob a responsabilidade da Enfermeira **Karynne Borges Cabral**, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora.....sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação na pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Goiânia,..../..../ 2014. Assinatura do sujeito:

Assinatura da Pesquisadora Responsável:

Nome: Karynne Borges Cabral

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:Assinatura:.....

Nome:Assinatura:.....

Pesquisadora: Enf^a Karynne Borges Cabral. End.: Rua 227, Qd. 68, S/N, Setor Leste Universitário. CEP: 74.605-080. Goiânia-GO. E-mail: karynneenf26@hotmail.com. Fones para contato: (64) 92057693 / (64) 8123-4027.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lizete Malagoni de A. C. Oliveira. End.: Rua 227 Qd 68 S/N, Setor Leste Universitário. CEP: 74.605-080. Goiânia-GO. E-mail: lizete@ufg.br. Fone para contato: (62) 9977-3541.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas / UFG - Goiânia- GO.

End.: 1ª Avenida S/nº - Unidade de Pesquisa Clínica. Bairro Leste Universitário.

Goiânia-GO. E-mail: cephcufg@yahoo.com.br. Fone: (62)3269-8338.

Apêndice 2

Roteiro para entrevista com o profissional enfermeiro

Unidade de coleta de dados:			
Nome:		Idade:anos Data de Nascimento: .../.../...	
Sexo: () Feminino () Masculino		Tempo de formado(a):anos Ano de Graduação:	
Tempo de atuação no AACR:			
Carga horária semanal nesta instituição:			
Sistema de trabalho:	() plantões diurnos	() plantões noturnos	() outro:
Esquema de plantão:	() 12 x 36 h	() 12 x 60 h	() 6 h / dia () 8 h / dia
Possui outro emprego?	() não	() sim. Quantos no total?	
Cursou pós-graduação?			
() não () sim. Nível (is): () Licenciatura		Área:	
() Especialização		Área:	
() Mestrado		Área:	
() Doutorado		Área:	
1 - Você recebeu treinamento específico antes de começar a trabalhar no serviço de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR)? () Não () Sim. Onde?			
Quem ofereceu?			
Qual a duração desse treinamento?			
2 - Como você avalia o serviço AACR realizado nesta Unidade?			
3 - Você considera que o AACR melhorou a qualidade do serviço de urgência e emergência oferecido aos usuários do serviço? Explique.			
4 - Em sua opinião, o que facilita a atuação do enfermeiro no AACR?			

5 - Em sua opinião, o que dificulta a atuação do enfermeiro no AACR?

6 - Você considera que, da maneira como o AACR tem sido realizado na sua unidade, ele contribui para a melhoria da qualidade do serviço de urgência e emergência? Explique.

7 - O que poderia ser feito para melhorar o serviço de AACR?

Anexo1

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contribuições do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco para a qualidade dos serviços de urgência e emergência

Pesquisador: Karynne Borges Cabral

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25601513.1.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 542.658

Data da Relatoria: 27/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se das respostas da pesquisadora responsável às pendências do projeto de pesquisa em pauta.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora respondeu satisfatoriamente às pendências do projeto de pesquisa em pauta. Não havendo mais nenhum óbice ético entendemos que esta pesquisa pode ser realizada.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 542.658

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

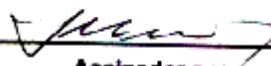
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

GOIANIA, 26 de Fevereiro de 2014


Assinador por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephcufg@yahoo.com.br

Anexo 2

Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde



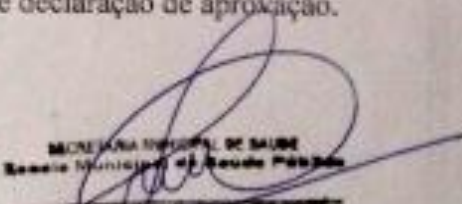
Prefeitura
Municipal
de Goiânia

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Goiânia, 19 de março de 2014

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa **"CONTRIBUIÇÕES DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA"** de responsabilidade da pesquisadora KARYNNE BORGES CABRAL e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Secretaria Municipal de Saúde Pública
José Carlos de Sousa Pires
Diretor
Resolução nº 1466/2013