



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
INT 5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

Bárbara Rosso Hilsendeger

Caroline Neth

Guilherme Mortari Belaver

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

FLORIANÓPOLIS

2010

Bárbara Rosso Hilsendeger

Caroline Neth

Guilherme Mortari Belaver

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à disciplina INT 5162 –
Estágio Supervisionado II, da 8ª fase do
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora:

Profª. Drª. Eliane Regina Pereira do
Nascimento

FLORIANÓPOLIS

2010

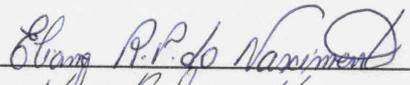
BÁRBARA ROSSO HILSENDEGER
CAROLINE NETH
GUILHERME MORTARI BELAVER

RELATÓRIO DE PESQUISA

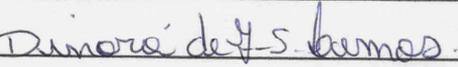
AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora









Florianópolis, 01 de julho de 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA:INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

O trabalho intitulado “Avaliação do acolhimento com classificação de risco na percepção dos profissionais de Enfermagem de um serviço de emergência hospitalar” desenvolvido na disciplina Estágio Supervisionado II da 8ª Unidade Curricular, como requisito para obtenção do título de enfermeiro, retrata o grande empenho dos alunos na sua elaboração. O trabalho está muito bem estruturado, obedecendo às normas de um trabalho científico. O estudo é relevante e certamente poderá contribuir para uma melhor organização do serviço no que se refere ao atendimento do usuário que procura o serviço de emergência. O estudo certamente servirá como fonte de consulta para a realização de outros trabalhos relacionados ao tema. Os resultados serão enviados para publicação na revista UERJ, porém precisam ser adaptados as normas de publicação desse periódico. Parabênizo os alunos pela qualidade do trabalho. Espero que esta pesquisa seja a primeira das muitas que poderão realizar durante sua trajetória profissional, contribuindo assim para o avanço do conhecimento na área da enfermagem em especial no atendimento aos usuários que procuram os serviços das emergências hospitalares.

Assinatura manuscrita em tinta azul de Eliane Regina P. do Nascimento.

Profª Dra. Eliane Regina P. do Nascimento

APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida, como trabalho de conclusão de curso, por acadêmicos da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A Pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade e aprovado (Parecer nº 116/09). Foi desenvolvida no serviço de emergência de um hospital público da rede estadual de saúde de Santa Catarina, nos meses de abril e maio de 2010. O estudo foi do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa e utilizou como método o estudo de caso. O referencial teórico foi o dispositivo do Acolhimento com Classificação de Risco, que está inserido na Política Nacional de Humanização. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, tendo como participantes treze profissionais de enfermagem (três enfermeiras e dez técnicos em enfermagem), e submetidos à análise pelo processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O capítulo dos resultados encontra-se apresentado sob forma de artigo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVO	10
3. CONTRIBUIÇÕES	11
4. REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 Sistema Único de Saúde	12
4.2 Política Nacional de Humanização	13
4.2.1 Princípios da PNH	16
4.3 Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde (QUALISUS)	18
4.3.1 Acolhimento com Classificação de Risco (ACR)	19
4.3.1.1 Protocolo do ACR	21
5. METODOLOGIA	26
5.1 Tipo de Pesquisa	26
5.2 Contexto do estudo	27
5.3 Participantes	28
5.4 Coleta dos Dados	28
5.5 Aspectos Éticos	29
5.6 Organização, Análise e Interpretação dos Dados	29
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
1. INTRODUÇÃO	33
2. REFERENCIAL TEÓRICO	34
3. METODOLOGIA	35
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
6. REFERÊNCIAS	46
7. CONCLUSÕES DO RELATÓRIO DE PESQUISA	49
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	55

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de um trabalho de conclusão de curso (TCC) desenvolvido no primeiro semestre de 2010, pelos acadêmicos da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina no decorrer da disciplina INT 5162 – Estágio Supervisionado II. Cabe registrar que este projeto é um recorte, porém com adaptações, do projeto do Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS), do qual somos membros, intitulado Avaliação da Organização de uma Unidade de Emergência no Contexto da Política Nacional de Humanização: acolhimento com classificação de risco, cuja responsável é a professora doutora Eliane Regina Pereira do Nascimento, coordenadora do GEASS.

O referencial teórico utilizado para esta pesquisa foi a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, que é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde que vislumbra a alteração dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde propondo uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores, como também o estabelecimento de grupalidade e de vínculos solidários (BRASIL, 2008).

A partir disso, são direcionadas ações, articulando usuários, profissionais, gestores e administradores, que almejam a potencialização do cuidado e a garantia de que ele seja prestado de forma integral e humanizada. Assim, surge uma estratégia a fim de instituir esses princípios como uma prática cotidiana da assistência à saúde da população: o QUALISUS (Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde).

O QUALISUS surge em 2004 devido às precárias condições de atendimento dos hospitais do município do Rio de Janeiro. Assim, o programa foi criado para otimizar o serviço prestado nesses estabelecimentos, em especial às emergências. Segundo O'Dwyer et al (2009), o Qualisus defende “um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital”.

Visando colocar todos esses princípios em prática, surge o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) como uma ferramenta de aproximação ao usuário. Segundo Brasil (2009) “o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém”.

O ACR nos serviços de emergência (SE) objetiva priorizar os casos de maior gravidade com risco iminente de morte e proporcionar o correto encaminhamento a todos os usuários que procuram o SE, sendo que muitos destes poderiam ser atendidos em outros serviços de saúde não hospitalar, como Unidades de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde.

O ACR é realizado por enfermeiro devidamente capacitado, que através da consulta de enfermagem obtém subsídios para definir, de acordo com as queixas, sinais e sintomas do usuário, a conduta a ser tomada, classificando-o por cores, que priorizam a ordem de atendimento. São elas (por ordem de prioridade): vermelho, amarelo, verde e azul. Cada uma possui um tempo máximo de espera antes da consulta médica. Assim, pretende-se melhorar o SE, tornando-o mais efetivo, mudando o pensamento de que ele é apenas um depósito de problemas não resolvidos por outros setores da saúde.

Os SE se caracterizam como serviços geralmente existentes em hospitais de médio ou grande porte, que prestam atendimento imediato ao usuário com agravo à saúde, garantindo todas as manobras de sustentação à vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado (CALIL E PARANHOS, 2007).

A crescente demanda por serviços nessa área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana além da insuficiente estruturação da rede são fatores que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga deste setor. Isso tem transformado essa área em uma das mais problemáticas do setor de saúde (BRASIL, 2004). Diante disso, o ACR vem suprir essas deficiências, a fim de melhorar o atendimento e estruturar a rede de atenção às urgências.

Por se tratar de uma área dinâmica, rica em procedimentos técnicos e situações de aprendizado diárias, escolhemos o SE como local de estágio e, conseqüentemente, pesquisa. Observamos que o enfermeiro que atua nessa unidade necessita de grande articulação para unir o processo administrativo com o

processo assistencial, já que a emergência caracteriza-se por ser uma unidade “instável”, onde o fluxo de usuários varia diariamente. Portanto, diante do acima apresentado, vemos na emergência o local em que poderíamos desenvolver as habilidades que julgamos necessárias para o nosso futuro profissional.

O hospital, cenário desse estudo, foi o primeiro da região da Grande Florianópolis a receber o incentivo do QUALISUS para a adequação do SE, a fim de implantar o ACR, que completou seu primeiro ano de funcionamento em fevereiro de 2010. Frente ao exposto e considerando que a avaliação de um serviço de atenção à saúde poderá subsidiar a melhoria da organização do trabalho e qualidade do atendimento, essa pesquisa teve como pergunta norteadora: **Como os profissionais de enfermagem da Emergência de um Hospital da Rede Estadual de Saúde de Santa Catarina avaliam o serviço após a implantação do protocolo de acolhimento com Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde?**

2 OBJETIVO

Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um Serviço de Emergência avaliam a implantação do protocolo de acolhimento com Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 CONTRIBUIÇÕES

Esperamos que os resultados encontrados nesse estudo possam subsidiar o planejamento de ações para a melhoria da organização do trabalho no sentido de tornar efetivo o ACR no serviço de emergência do hospital onde foi realizada a pesquisa e assim aumentar a satisfação dos profissionais e usuários.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O embasamento teórico desta pesquisa terá como fonte a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente o Acolhimento com Classificação de Risco.

4.1 Sistema Único de Saúde

Todo cidadão brasileiro tem direito de acesso ao SUS. Na Constituição Federal Brasileira de 1988 consta que: todos os cidadãos têm direitos civis, tais como liberdade pessoal de expressão, religião, movimentação; direitos políticos, como eleitorais e de associação; e direitos sociais, referentes às condições de saúde, educação, trabalho, condições de vida e de assistência em situações de risco social. Mas, convém observar que tanto a comunidade como o governo são responsáveis pela coordenação de esforços para estruturar o SUS (NEGRI, s/d.).

Ainda existem conquistas a serem alcançadas no SUS, como garantia de atendimento de qualidade aos seus usuários, principalmente nas emergências dos hospitais públicos.

Negri (s/d. p. 7-9) refere que “os gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde têm ciência hoje que o maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços que proporciona à população em termos de eficácia e produção de saúde”. Para resolver esses desafios e melhorar a eficácia no atendimento à saúde, não basta investir na eficiência técnico-científica e na racionalidade administrativa. Qualquer atendimento à saúde, assim como qualquer relação entre gestores e equipes profissionais, é caracterizado pelas relações humanas.

O SUS preconiza, dentro de suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas. A rede de atenção deve agregar serviços de complexidade crescente, configurando, basicamente, três níveis de atenção: as unidades de atenção primária, que são os ambulatórios, devem oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; as unidades de atenção secundária, que podem ser ambulatoriais e hospitalares, devem prestar os cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior

prevalência; e as unidades de atenção terciária constituídas pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob regime de internação hospitalar. Agregados a essa rede, existem os serviços de atenção domiciliar e o SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) com a Regulação Médica (RM) (SANTOS et al, 2003).

4.2 Política Nacional de Humanização

Nas duas últimas décadas, tem-se falado muito em satisfação do usuário com o Sistema de Saúde gerando bastante debate sobre os temas humanização e acolhimento.

A partir da década de 90, a idéia de humanização passa a fazer parte do glossário da saúde, primeiramente como um conjunto de princípios que reparam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, e que mais tarde será manifestado em diferentes propostas tendo em vista a modificação das práticas assistenciais (VAITSMAN; ANDRADE; 2005, p. 600).

No ano 2000, o governo federal lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2004, o PNHAH passou a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS com o desafio de viabilizar os princípios do SUS.

A PNH (Humaniza SUS) é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde que vislumbra a alteração dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde propondo uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores como também o estabelecimento de grupalidade e de vínculos solidários (BRASIL, 2008).

A PNH é expandida para todos os níveis de atenção à saúde. Neste contexto, faz-se necessário uma definição do conceito de humanização para proporcionar uma compreensão adequada do que o governo pretende instituir como a nova proposta de Humanização como Política Pública.

Para o Ministério da Saúde humanização é entendida como a:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2008 p.18-19).

Para isso, a Humanização do SUS operacionaliza-se com:

A construção de diferentes espaços de encontros entre os sujeitos; a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar; a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de gestores, trabalhadores e usuários desta rede; o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS; a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2008, p. 19-20).

De acordo com a PNH, o processo de humanização na assistência à saúde inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e da clientela (BRASIL, 2008). Sendo assim, as relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários influenciam diretamente na terapêutica e cuidado realizado.

É indiscutível que os avanços tecnológicos refletem em grandes melhorias na área da saúde, tanto no diagnóstico quanto na prevenção e cura de doenças, trazendo maior qualidade e longevidade para as pessoas (BALLONE, 2008).

Porém todo este avanço gerou alteração nas relações entre as pessoas. Quando se trata do cuidado em saúde, percebe-se ainda, uma valorização maior aos aspectos biológicos apresentados pelos usuários que são facilmente detectados por exames laboratoriais e por imagem, radiografias etc. Esta atitude favorece para que os profissionais de saúde tencionem suas atenções e ações de cuidado no tratamento dos aspectos físicos referidos pelo usuário (sinais/sintomas), esquecendo de olhar/cuidar deste ser na sua integralidade e subjetividade.

Para Negri (s/d) a ciência e a tecnologia se tornam desumanizantes quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva. Não adianta termos um hospital nota dez do ponto de vista tecnológico e ser desumano no atendimento.

Não é aceitável, do ponto de vista humanístico e ético, que numa consulta médica ou de enfermagem o trabalhador de saúde preste mais atenção ao que digita no computador do que no usuário, nas suas reações transmitidas através do olhar, entonação de voz e expressão corporal que só serão percebidas quando se estabelece uma relação trabalhador de saúde/usuário.

Não é possível a um usuário que procura o serviço de emergência hospitalar devido a terríveis dores provenientes de cólica renal, seja o órgão em questão, o único a ter direito a ser percebido e cuidado. O ser humano é um ser indissociável, que está preso num corpo que é conduzido pelo cérebro que tem como premissa reagir e agir conforme suas crenças, costumes, religiosidade, experiências antigas, medo, dor, enfim, no contexto em que está inserido. Por isso quando pensamos em cuidado humanizado ao ser humano devemos fazê-lo de forma acolhedora e singular.

Ayres (2004, p.17) chama a atenção quando reforça que “humanizar é abrir-se ao outro e acolher solidária e legitimamente a diversidade [...]”. Para Minayo (2004, p.17) o ato de humanizar necessita “articular qualidade técnica dos atendimentos aos usuários com a qualidade das relações”. Subtende-se, então, ser necessário mudar o modelo de atenção à saúde e o processo de trabalho em saúde.

Acredita-se que o cuidado ideal em saúde para o usuário que busca o serviço de emergência seria a junção do cuidado individualizado, tendo em mente o ser humano em sua totalidade e o uso racional das inúmeras técnicas assistenciais disponíveis visando amenizar ou restaurar suas necessidades afetadas, tanto no âmbito biológico como psíquico.

Mas, por outro ângulo os trabalhadores de saúde também precisam ter condições favoráveis para o exercício pleno de sua profissão. Isto compreende em trabalhar num local estruturado e equipado, com carga horária condizente, profissionais suficientes, com salário justo e com acesso à educação permanente.

Segundo Benevides e Passos (2005, p.563), se fazem imprescindível:

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS por meio da qualificação das práticas de saúde dentre as quais: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo.

A propósito Benevides e Passos (2005, p.570) escrevem “humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde conforme a PNH é considerar a humanidade como força coletiva que estimula e direciona o movimento das políticas públicas”.

Segundo Backes, Lunardi Filho, Lunardi (2005, p. 230) a humanização “significa rever o clima organizacional, ou seja, mais do que o estímulo à alta

tecnologia e às belíssimas estruturas, é necessário respeitar, estimular e valorizar o ser humano – trabalhador – que produz a assistência ao usuário”.

4.2.1 Princípios da PNH

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 21-22) define os seguintes princípios norteadores da Política de Humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em torno das práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo de sujeitos coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS e
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

A PNH abrange: atenção básica; Urgências e Emergências, pronto-socorros, pronto-atendimentos, assistência pré-hospitalar, outros; Atenção especializada; e Atenção hospitalar.

Nas Urgências e Emergências, pronto-socorros, pronto-atendimentos, assistência pré-hospitalar e outros, a PNH compreenderá os seguintes parâmetros:

- Acolher a demanda através de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Comprometer-se com a referência e contra-referência, aumentando a resolução da Urgência e Emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade do usuário, e
- Definir protocolos clínicos evitando intervenção desnecessária e respeitando a individualidade do sujeito (BRASIL, 2008, p.42-43).

Os resultados almejados com a implementação da PNH são: reduzir as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; informar a todos os usuários quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; definir responsabilidades aos serviços de saúde por sua referência territorial e atenção integral; garantir a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação da ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas de encontro) (BRASIL, 2008).

As Diretrizes gerais para a implantação da PNH tencionam: ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa; implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização, com plano de trabalho definido; sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência intra-familiar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos; adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável; implementar sistema de comunicação e informação que promova o auto-desenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde; promover ações de incentivo e valorização da jornada integral, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS (BRASIL, 2008)

A PNH tem como objetivo resgatar a qualidade na atenção à saúde, incluindo resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; redução dos riscos à saúde; humanização das relações em todos os níveis; presteza e conforto no atendimento ao usuário; motivação dos profissionais de saúde; controle social na atenção e organização do sistema de saúde.

Propõe, portanto, implantar o SAMU - 192 para prestar assistência imediata em situações de risco de vida, no domicílio ou via pública; instalar a Central de Regulação de Emergência; melhorar a qualidade de atendimento nas Emergências hospitalares; definir a retaguarda de leitos hospitalares e a atenção domiciliar e organizar os pronto-atendimentos (BRASIL, 2008).

Alguns centros urbanos de médio e de grande porte têm optado, em sintonia com as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências (PNAU) e de Humanização

(PNH), pela organização de uma rede de assistência às urgências, a partir da atenção básica. As unidades básicas e de saúde da família, nos seus horários de funcionamento, devem estar preparadas para resolverem as pequenas urgências e as agudizações dos casos crônicos de sua clientela adscrita.

Para os contingentes populacionais entre 30 mil e 250 mil habitantes, estão previstas unidades não hospitalares de atenção às urgências. Estas são chamadas de Unidades de Pronto-Atendimento (UPA). Devem funcionar nas 24 horas por dia, acolher a demanda, fazer a triagem classificatória de risco, resolver os casos de média complexidade, estabilizar os casos graves e fazer a interface entre a atenção básica e as unidades hospitalares. Dentre as atribuições das UPAs estão a garantia de retaguarda às unidades de atenção básica, a redução da sobrecarga dos hospitais de maior complexidade e a estabilização dos pacientes críticos para as unidades de atendimento pré-hospitalar móvel. Para tanto, as UPAs devem possuir dimensão arquitetônica, tecnológica e de recursos humanos compatíveis com o seu papel na rede assistencial (SANTOS et al, 2003).

4.3 Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde (QUALISUS)

O Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde (QUALISUS), lançado pelo Ministério da Saúde em junho de 2004 para 27 regiões metropolitanas das capitais brasileiras e para cerca de 80 hospitais com serviços de emergência, visa melhorar a qualidade da atenção à saúde realizada pelo Sistema Único de Saúde. O início do programa ocorre no município do Rio de Janeiro, onde o sistema de saúde municipal, em especial os serviços de emergência, passou por uma de suas maiores crises, atestado pela mídia televisiva e chegando ao ponto de ser declarada como situação de “calamidade pública” (BITTENCOURT e HORTALE, 2007). É resultado da parceria entre o Ministério da Saúde com governos estaduais e municipais.

O Programa QUALISUS estabelece como objetivo a busca da qualidade na atenção à saúde no SUS enquanto política estratégica de governo. Qualidade é definida como o grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos indivíduos e suas famílias. O desafio é

fazer funcionar o SUS com todo seu potencial de qualidade, sua capacidade instalada e repercussão para todo o país (BITTENCOURT e HORTALE, 2007).

4.3.1 Acolhimento com Classificação de Risco (ACR)

No âmbito das Emergências, o ACR configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. Engloba os seguintes aspectos: ampliar o acesso sem sobrecarregar a equipe e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica interagindo profissionais de saúde e usuários; re-configurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe, transformar o processo do trabalho nos serviços de saúde, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos, adequando à resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria (BRASIL, 2004).

O ACR propõe a gestão de cuidados por nível de gravidade do usuário; o direcionamento dos leitos de internação a partir da demanda das Emergências; a instalação do Comitê Gestor reunindo os setores críticos responsáveis pela assistência; a instalação do Conselho Gestor formado pelos usuários, trabalhadores da saúde e gestores; a instalação da ouvidoria e articulação com o SAMU - 192.

A tecnologia da Classificação de Risco,

Pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. O fato de haver indivíduos que “passem na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado com a divulgação ampla aos usuários na sala de espera (BRASIL, 2004, p. 17-21).

São objetivos da Classificação de Risco:

- Avaliar o usuário logo na sua chegada ao Pronto Socorro;
- Descongestionar o Pronto Socorro;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo;
- Informar os tempos de espera;
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários;

- Retornar informações a familiares (BRASIL, 2004, p.22).

A área de Emergência deve ser ponderada também por nível de complexidade, otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, acolhendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, o espaço físico da emergência deve ser composto por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. A disposição da unidade se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte (eixo vermelho), e o do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência (eixo azul) (BRASIL, 2009).

O processo de Acolhimento e Classificação de Risco (BRASIL, 2004, p. 25) define que o usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento, que terá como finalidade:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher usuários e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Atualmente os serviços reconhecem a necessidade de um método para classificar e identificar os usuários com necessidade imediata de cuidados. No entanto, no que diz respeito ao aspecto “exclusão”, os pressupostos da proposta de Classificação de Risco diferem do entendimento histórico de “triagem”.

A “triagem”, desde que o primeiro Serviço de Emergência foi criado, era entendida com esta característica de exclusão, ou seja, de decisão de quem será e de quem não será atendido, enquanto a Classificação de Risco identifica quem necessita ser atendido primeiro, quem pode aguardar, e até mesmo quem pode ser encaminhado ao outro Serviço, sendo necessário realizar efetivamente o encaminhamento, de modo a garantir o atendimento do usuário. Classificação de risco não pressupõe exclusão e sim estratificação.

Na figura a seguir pode-se ver o fluxo do usuário ao adentrar na emergência e passar pelo acolhimento com classificação de risco. Nota-se que todo esse processo é permeado pelas Unidades Básicas de Saúde e serviços não-hospitalares de atenção às urgências.

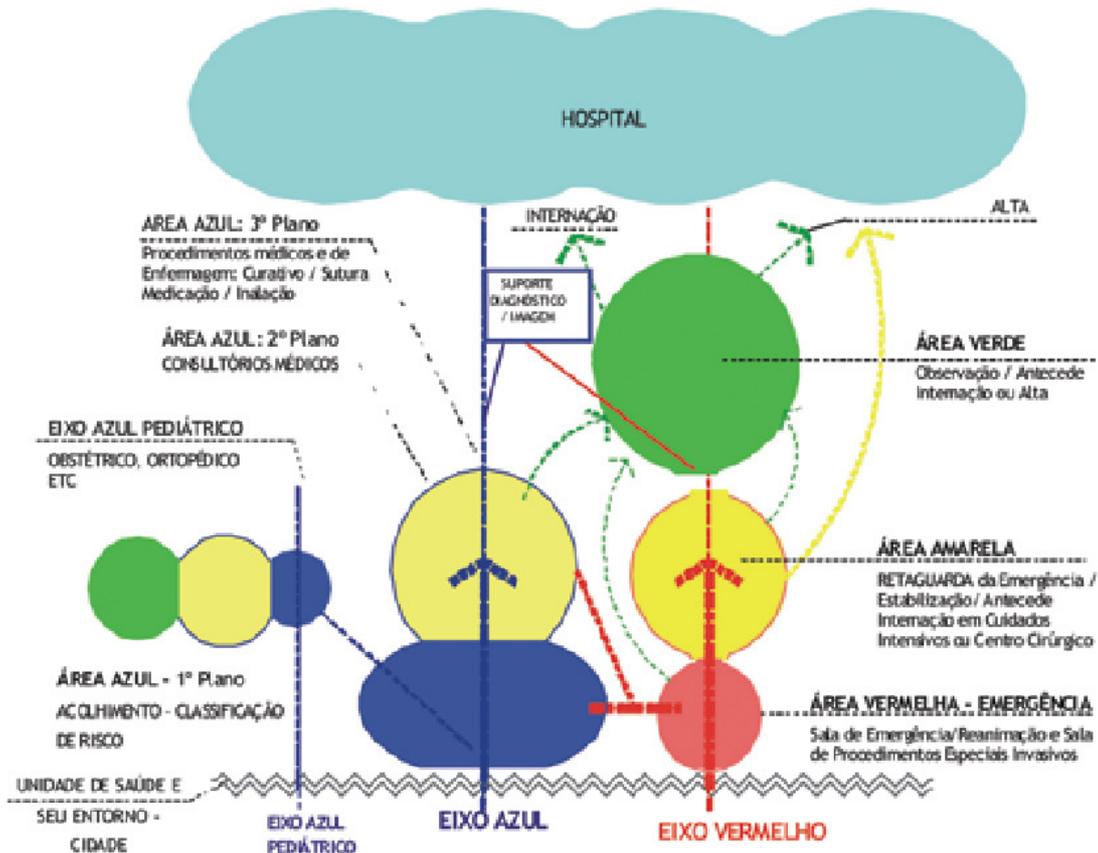


Figura 1: Fluxo do usuário pelo Serviço de Emergência.
Fonte: BRASIL (2009).

4.3.1.1 Protocolo do ACR

Para realizar a Classificação de Risco é indicada a utilização de um protocolo para auxiliar na avaliação e classificação da prioridade do atendimento ao usuário e obter padronização das avaliações.

Existem vários protocolos para a triagem em Emergência, dentre eles o Protocolo de Manchester. O Grupo de Triagem de Manchester foi formado em novembro de 1994 com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência com vista à criação de norma de triagem.

Atualmente o Protocolo de Manchester é o que mais vem sendo difundido e utilizado nas Emergências. É utilizado na Holanda, Suécia, Espanha, Portugal,

Inglaterra e em vários serviços de emergência brasileiros, principalmente no Estado de Minas Gerais, onde o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) difunde e realiza treinamento com os profissionais envolvidos na classificação de risco (GBACR, 2007).

O GBACR (2007) recomenda que ao avaliar um paciente na triagem, deve-se observar a associação da sua aparência geral com as alterações fisiológicas, coletando dados suficientes para determinar a urgência no atendimento e identificar qualquer cuidado imediato necessário. Apesar de muitas vezes ser possível, a triagem não tem a função de realizar diagnóstico. Sua execução não deve demorar mais que 2 a 5 minutos e deve haver um equilíbrio entre rapidez e efetividade.

Após o atendimento inicial, o usuário é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/ Duração (QPD);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário (BRASIL, 2004a, p. 27)

Para operacionalizar a proposta de Acolhimento com Classificação de Risco, foi sugerido pelo Ministério da Saúde um fluxograma de atendimento para os setores de Emergências. Após o usuário ser atendido na classificação de risco, é encaminhado para o atendimento médico, de acordo com a gravidade, seguindo cores.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis (BRASIL, 2004, p. 28):

- Vermelho - prioridade zero: emergência, necessidade de atendimento imediato;
- Amarelo - prioridade 1: urgência, atendimento o mais rápido possível;
- Verde - prioridade 2: prioridade não urgente;
- Azul - prioridade 3: consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

De acordo com o protocolo de acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada de urgências e emergências do Sistema Único de Saúde em Belo

Horizonte, alguns exemplos de situações e a devida classificação em cores são apresentados abaixo:

CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA	EXEMPLOS DE SITUAÇÕES
Prioridade I Vermelho	Atendimento médico imediato; Cuidado de enfermagem contínuo.	Código de Parada; Trauma Maior; Comprometimento Hemodinâmico; Coma (Glasgow 3 a 8); Insuficiência Respiratória; Paciente Típico da Prioridade I; Gravidez com mais de 20 semanas.
Prioridade II Laranja	Atendimento médico inferior a 15 minutos; Reavaliação a cada 15 minutos.	Alteração do estado mental; Trauma Craniano; Trauma Grave; Comprometimento Hemodinâmico; Queimaduras; Dor Torácica; Dor Torácica do Tipo Visceral; Dor Torácica Súbita em Fincada; Intoxicação Exógena; Dor Abdominal; Hemorragia Digestiva, Hemoptise
Prioridade III Amarelo	Atendimento médico inferior a 30 minutos; Reavaliação a cada 30 minutos.	Trauma Craniano; Trauma Moderado; Queimaduras; Dispneia Leve/Moderada; Dor Torácica; Dor Abdominal; História de Diabetes Mellitus; Hemorragia Digestiva; Convulsão; Doença Psiquiátrica ou Comportamental; Dor; Diarréia e Vômitos com Desidratação; Diálise; Dados Vitais Alterados sem Sintomas; Situações Especiais.
Prioridade IV Verde	Atendimento médico inferior a 60 minutos; Reavaliação a cada 60 minutos.	Trauma Craniano; Trauma Menor; Dados Vitais Alterados; Queimaduras e Feridas; Dor Abdominal; Cefaléia; Dor Torácica; Doença Psiquiátrica ou Comportamental; Dor; Sintomas Gripais; Diarréia e Vômitos sem Desidratação; Situações Especiais.
Prioridade V Azul	Atendimento médico no mesmo dia ou no dia seguinte	Trauma Craniano; Trauma Menor; Dados Vitais Alterados; Queimaduras e Feridas; Dor Abdominal; Cefaléia; Dor Torácica; Doença Psiquiátrica ou Comportamental; Dor; Sintomas Gripais; Diarréia e Vômitos sem Desidratação; Situações Especiais.

Quadro 1 - Protocolo de Atendimento: Acolhimento com Classificação de Risco.
Fonte: MAFRA et al (2005).

O protocolo acima apresentado é referente à escala Canadense de Triagem, sendo que ela possui cinco níveis de classificação. O Ministério da Saúde, na cartilha de ACR de 2004 sugere a utilização da escala de quatro cores, porém no documento de 2009, sugere que cada SE utilize o protocolo que melhor se adéque às suas características e às da população que a freqüenta.

O protocolo acima estipula os seguintes tipos de atendimentos:

- Casos de ressuscitação serão levados para a sala de reanimação;
- Demais emergências, também casos “vermelhos” irão para a sala de emergências ou serão priorizados nos consultórios.

Usuário com classificação Amarelo:

- Aguardará atendimento médico em cadeira em local pré-estabelecido.

Usuário com classificação Verde:

- Também aguardará atendimento médico em cadeira, mas será informado que o tempo para atendimento será maior e que pacientes mais graves serão atendidos antes;

- Em caso de superlotação, esse paciente poderá eventualmente, ser encaminhado para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de sua referência, após contato telefônico prévio ou por documento escrito (a pactuar) com garantia de atendimento.

Usuário com classificação Azul:

- Serão orientados a procurar o Centro de Saúde de sua referência, com encaminhamento por escrito ou contato telefônico prévio (a pactuar), com garantia de atendimento (MAFRA et al, 2005)

Para Mattos e Duarte (2000) através da triagem é possível fazer uma determinação honesta das prioridades acometidas e através da veracidade e objetividade das informações coletadas é possível classificar o grau de risco apresentado pelo usuário e encaminhá-lo para atendimento médico.

O ACR deve ser realizado por enfermeiro ou profissional apto que seja capaz de atender todos os usuários, ouvindo seus relatos e assumindo uma postura capaz de dar respostas, ou melhor, utilizando recursos disponíveis para a resolução do(s) problema(s) de saúde identificado(s) (MARQUES; LIMA, 2007).

Os resultados esperados com a implantação do ACR nas emergências são: a melhoria do acesso aos usuários, mudando a forma tradicional de entrada por filas e por ordem de chegada; mudança das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar esse usuário em seus problemas e demandas; aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais; aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles; abordagem do usuário para

além da doença e suas queixas; pactuação com o usuário da resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço (BRASIL, 2009).

Inclui-se ainda como resultados esperados: a diminuição do risco de mortes evitáveis; extinção da triagem por porteiro ou funcionário não qualificado; priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada; obrigatoriedade de encaminhamento responsável do usuário a outro serviço quando houver necessidade, garantindo o acesso e aumentando à eficácia do atendimento; redução do tempo de espera; detecção de casos que se agravarão se o atendimento for postergado; melhoria da assistência nas Emergências; diminuição da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários, melhorando assim as relações interpessoais; padronização de dados para estudo e planejamento de ações (ANTUNES, s/d).

5 METODOLOGIA

Nesta etapa descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizados em função do tema, do problema e dos objetivos. Minayo (2007) cita que este é um momento amplo no qual o investigador deve estar atento para que haja coerência nas colocações.

5.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, utilizando como método o estudo de caso.

A pesquisa exploratória objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, através da delimitação do estudo. Dessa forma, pode levantar um novo problema que será esclarecido através de uma outra pesquisa (OLIVEIRA, 2007).

A pesquisa descritiva procura analisar fatos e/ou fenômenos, fazendo uma descrição detalhada da forma como se apresentam esses fatos e fenômenos, ou, mais precisamente, é uma análise em profundidade da realidade pesquisada (OLIVEIRA, 2007).

A abordagem qualitativa responde a questões muito particulares.

Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007, p.21).

O estudo de caso segundo Yin (2005) é uma estratégia metodológica do tipo exploratório, descritivo e interpretativo. Para este autor:

O método de estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, tais como: ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos [...] (YIN, 2005, p.20).

O estudo de caso é um estudo aprofundado a fim de buscar fundamentos e explicações para determinado fato ou fenômeno da realidade. Ele permite se chegar a generalizações amplas baseadas em evidências que facilita a compreensão da realidade (OLIVEIRA, 2007).

5.2 Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Emergência Adulto, de um hospital público, localizado na região da Grande Florianópolis, sendo referência para a sua área de abrangência. Pertence à Secretaria do Estado de Santa Catarina e a única forma de atendimento é via SUS.

Este hospital possui atualmente 300 leitos distribuídos nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Terapia Intensiva e Pediatria. Possui ainda Serviço de Emergência Adulto e Infantil, Ambulatório, Centro Cirúrgico, Centro de Esterilização, Centro Obstétrico, Serviço de Ortopedia, de Nutrição, Lavanderia, entre outros. O hospital é referência para atendimento em saúde nas áreas de Neonatologia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, UTI adulto, Traumatologia, Ortopedia, Emergência Oftalmológica e Infectologia (Hospital Dia).

O Serviço de Emergência fica localizado no andar térreo do hospital. Atende principalmente usuários em situações de emergência/urgência clínica e cirúrgica. Disponibiliza quinze leitos para internação na área de clínica médica e cirúrgica e quatro leitos para cuidados semicríticos.

Permanecem em média no serviço de emergência sessenta usuários internados. Alguns pacientes aguardam liberação de leitos nas unidades de internação do hospital ou a estabilização de seu quadro clínico. A superlotação do hospital e do serviço de emergência ocasiona a acomodação de muitos usuários em macas, cadeiras de rodas, ou poltronas na sala de medicação e corredores.

O SE, após sofrer a reforma de sua área física para a implantação do ACR, foi reinaugurado em fevereiro de 2009. Sua estrutura física atual é constituída de uma unidade de observação para internação, uma unidade de cuidados semicríticos, dois quartos para isolamento com banheiro, um almoxarifado, uma sala de materiais; banheiros para pacientes, rouparia, expurgo, copa para a equipe de saúde, copa para pacientes, banheiros para a equipe de saúde, uma sala de chefia de enfermagem, recepção, sala para triagem, sala de espera, consultórios, sala de reanimação e salas cirúrgicas.

Para atender a demanda que chega a esse serviço, em média 800 usuários/dia, o hospital conta com uma equipe constituída por: quatorze Enfermeiros, quarenta e quatro auxiliares/técnicos de enfermagem, dez funcionários na zeladoria e setor administrativo, quinze médicos. Esse quantitativo e qualitativo

de trabalhadores foi ampliado recentemente para a implantação do ACR, porém é insuficiente (SIC). Pela emergência, ainda, em caráter não permanente, passam médicos residentes, acadêmicos de enfermagem e medicina e estagiários do curso técnico de enfermagem.

5.3 Participantes

Os participantes desta pesquisa foram os trabalhadores de saúde (profissionais de Enfermagem) que atuam no Serviço de Emergência. Não foi estipulado o quantitativo numérico de trabalhadores de saúde que participariam da pesquisa, uma vez que a pesquisa qualitativa utiliza uma amostragem expressiva em diversidade e profundidade de informações até atingir a saturação dos dados.

Foram utilizados como critérios de inclusão dos trabalhadores de enfermagem: ser do quadro funcional da Emergência; estar em exercício pleno das funções no período de coleta de dados; atuar no serviço de emergência no período anterior à implantação do ACR, quando o atendimento ao usuário era por ordem de chegada ou gravidade, e aceitar participar da pesquisa confirmando sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A).

5.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi por nós realizada e ocorreu no período de Abril a Maio de 2010, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (Parecer nº 116/09) e do hospital (Protocolo Nº 018/09) além do consentimento da Chefia de Enfermagem do Serviço de Emergência.

Para coleta dos dados foi realizada entrevista semi-estruturada. O roteiro de entrevista (apêndice B) contemplou questões relativas à caracterização dos participantes e a percepção sobre a implantação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco da PNH do Ministério da Saúde. A média de tempo das entrevistas foi de 30 minutos, realizadas com os profissionais no local e no horário de trabalho em ambiente privativo. As entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados e por nós transcritas.

5.5 Aspectos Éticos

As questões éticas permearam todas as etapas do processo dessa investigação em conformidade com os princípios contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e pelos princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem (BRASIL, 2000). O projeto, como já mencionado, foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Homero de Miranda Gomes e da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo parecer favorável. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), sem a utilização de qualquer tipo de coação; foi garantido o direito de participar ou não da pesquisa, bem como a desistência em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo aos participantes; foi garantido o anonimato das informações com identificação dos entrevistados com a primeira letra da sua qualificação profissional (E: Enfermeiros, T: Técnicos de Enfermagem), seguido de numeral para diferenciar os profissionais, preservando os valores éticos e morais; os pesquisadores ficaram disponíveis para qualquer esclarecimento sobre a investigação; ao término da pesquisa (saída do campo) os acadêmicos se comprometeram à apresentação oral e escrita do relatório dessa pesquisa à Instituição.

5.6 Organização, Análise e Interpretação dos Dados

Para ordenação e organização dos dados, utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre; Lefèvre; (2003). O DSC consiste em um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular que traduz o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema que é visto como o conjunto de discursos, ou formações discursivas, ou representações sociais existentes na sociedade e na cultura sobre o tema. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Para a montagem dos DSC, deste estudo, foram utilizadas três das quatro figuras metodológicas, descritas pelos referidos autores:

- **Expressões Chaves (ECH):** são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem revelar a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos que correspondem às perguntas da pesquisa. É com a matéria prima das expressões chaves que se constroem os DSC.

- **Idéias Centrais (IC):** é o nome ou expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.

- **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):** é a soma de ECH e IC, que agregados visam tornar mais claro um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça como constituinte desse todo.

Os procedimentos de construção do DSC foram realizados seguindo as seguintes etapas:

- a) agrupamento dos discursos individuais relacionados a cada pergunta/tema;
- b) extração das ECHs dos discursos individuais;
- c) agrupamento das ECHs de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar;
- d) extração da IC de cada agrupamento de ECHs;
- e) construção do DSC com as ECHs relacionadas a cada IC.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados a seguir, estão no formato de um artigo respeitando o Regulamento da Disciplina Estágio Supervisionado II. O artigo tem como título: *Acolhimento com classificação de risco: percepção dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência*, o qual organiza e analisa os dados obtidos em todo o processo da pesquisa. O mesmo será encaminhado à Revista Enfermagem UERJ após atender as normas vigentes para publicação nesse periódico.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA¹

Bárbara Rosso Hilsendeger²

Caroline Neth²

Guilherme Mortari Belaver²

Eliane Regina Pereira do Nascimento³

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA¹

Resumo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa cujo objetivo foi conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar avaliam o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). A coleta de dados ocorreu em abril e maio de 2010 através de entrevista semi-estruturada com treze profissionais de enfermagem (três enfermeiras e dez técnicos em enfermagem), do serviço de emergência de um hospital público de Santa Catarina. Para o tratamento dos dados adotou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. Dos relatos surgiram cinco temas, entre eles: mudanças no atendimento com a implantação do ACR; falta de suporte da atenção básica. Para a análise dos discursos utilizou-se o ACR além das referências bibliográficas consultadas. O estudo evidenciou que houve melhora no atendimento com o ACR, porém à falta de referência e contrarreferência, dentre outros, dificulta a garantia de um atendimento de qualidade aos usuários e geram insatisfação dos profissionais de enfermagem.

Palavras- chave: acolhimento; emergência; enfermagem; classificação de risco.

¹ Esta pesquisa faz parte de um Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membros do GEASS (Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas Nas Situações Agudas de Saúde). Participaram da coleta de dados, análise e formatação final do artigo.

³ Professora Dra. Adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do GEASS. Participou da análise e formatação final do artigo.

1 INTRODUÇÃO

As unidades de emergência são serviços geralmente existentes em hospitais de médio ou grande porte, nos quais são recebidos pacientes em situações de urgência e emergência, graves, potencialmente graves, que necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados e preparados para o seu atendimento e a sua recuperação¹.

Esses serviços têm por característica uma alta rotatividade de pessoas, e foram criados para prestar atendimento imediato a pacientes com agravo à saúde, a fim de oferecer serviços de alta complexidade e diversidade para atender essa demanda e garantir todas as manobras de sustentação à vida, com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado¹.

Entretanto, grande parte da população não tem acesso regular a um serviço de saúde, contribuindo para condições inadequadas de saúde dos habitantes e a utilização caótica dos SE, seja para atendimentos relacionados a doenças crônicas ou situações em que pouco se tem a fazer².

Ainda com relação a esse aspecto, a falta de leitos para internação na rede pública e ao aumento da longevidade da população resulta na lotação dos SE e nas inúmeras dificuldades para o atendimento².

Nesse contexto, a enfermagem vem atuar na “indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho”^{3:4}, fortalecendo a idéia de integralidade na assistência do indivíduo, tentando amenizar a dificuldade de acesso dos usuários e proporcionando uma boa recepção ao serviço de saúde.

Diante disso, a humanização em SE deve fazer parte de um grande processo dentro de uma instituição. É uma filosofia de trabalho que tem que estar alinhada com as crenças e com os valores do hospital, principalmente porque será o diferencial do atendimento⁴.

Para organizar o atendimento nos serviços de emergência e dar o destino correto aos usuários, além de atendê-los conforme os preceitos do SUS foi criado o Acolhimento com Classificação de Risco.

Este estudo tem como objetivo conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar avaliam a implantação do

Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o embasamento teórico desta pesquisa utilizamos a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente o Acolhimento com Classificação de Risco.

A PNH é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde que vislumbra a alteração dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde propondo uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores como também o estabelecimento de grupalidade e de vínculos solidários⁵.

Nos SE, o ACR configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. Engloba os seguintes aspectos: ampliar o acesso sem sobrecarregar a equipe e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica interagindo profissionais de saúde e usuários; re-configurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe, transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos, adequando à resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria⁶.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento³.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, e a pesquisa descritiva procura analisar em profundidade a realidade pesquisada⁷.

Essa pesquisa ocorreu no serviço de emergência de um hospital público da rede estadual de saúde de Santa Catarina. Participaram treze profissionais de enfermagem (três enfermeiras e dez técnicos em enfermagem) atuantes nesse serviço desde o período anterior à implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2010 através de entrevista semi-estruturada que contemplou a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a implantação do protocolo de ACR da PNH do Ministério da Saúde. As entrevistas foram realizadas no local e no horário de trabalho, em data previamente agendada, em ambiente privativo. Foram gravadas em formato MP3, com duração média de trinta minutos, sendo transcritas posteriormente, substituindo os nomes dos participantes pelas letras “E” para enfermeiros e “T” para técnicos em enfermagem, seguidas de um número para diferenciá-los.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Instituição Hospitalar (Protocolo Nº. 018/09) seguindo as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para ordenação e organização dos dados, utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁸.

Os procedimentos de construção do DSC obedeceram às seguintes etapas: agrupamento dos discursos individuais relacionados a cada pergunta/tema; extração das expressões-chave (ECHs) dos discursos individuais; agrupamento das ECHs de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar; extração da ideia central (IC) de cada agrupamento de ECHs; construção do DSC com as ECHs relacionados a cada IC. Para esta apresentação não utilizamos as ECHs, somente os DSC que as contém.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue abaixo quadro que demonstra os temas e suas respectivas idéias centrais e, em seguida a apresentação e análise dos discursos. A análise teve como

sustentação o referencial teórico e a literatura sobre os temas que emergiram dos dados.

Tema	Idéias Centrais - IC
1 - Percepção e potencialidades do ACR	1 - Prioridade e agilidade no atendimento 2 - Humanização no atendimento
2 - Mudanças no SE com a implantação do ACR	3 - Organização do Trabalho
3 - Fragilidades do ACR	4 - Estrutura pouco adequada 5 - Desconhecimento do protocolo pela população
4 - Dificuldades para a realização do ACR	6 - A grande demanda 7 - Ausência de referência e contrareferência

--

FIGURA 1: Temas e ICs dos Discursos do Sujeito Coletivo dos profissionais de enfermagem do Serviço de Emergência

Tema 1: Percepção e potencialidades do ACR.

IC 1: Prioridade e agilidade no atendimento

DSC 1: *O ACR é o primeiro contato com o usuário que chega ao serviço de emergência, classificando-o de acordo com o grau de risco que ele apresenta, baseado no protocolo de atendimento do SE. O ACR prioriza os casos graves que necessitam de atendimento mais ágil, rápido e dinâmico e proporciona à equipe uma segurança maior por saber que quem está ali fora pode aguardar um pouco mais pelo tratamento. Antes da implantação do ACR o atendimento era por ordem de chegada, independente da gravidade. Agora não, agora o enfermeiro avalia e já classifica pelas cores, que traduzem a prioridade do atendimento. Não é mais um simples ato de atender alguém que entrou pela porta, e sim, estamos atendendo esse paciente pela situação de risco que ele está enfrentando. (E1, E2, E3, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9).*

Os entrevistados expressaram que houve mudanças com a implantação do ACR, ficando claro para todos que esse novo método veio para guiar o atendimento

no serviço de emergência, dando uma resposta mais rápida aos usuários que estão com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção médica e de enfermagem imediatas.

Pelos depoimentos dos participantes do estudo constata-se que o entendimento sobre o ACR vem ao encontro do que a PNH do MS preconiza sobre o atendimento nas Urgências e Emergências, uma vez que tem como um dos parâmetros “acolher a demanda através de critérios de avaliação de risco”^{5:42,43}. O ACR se preocupa com “a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada”^{6:17-21}.

Os casos mais graves, com potencial risco de morte sempre tem o atendimento priorizado. Ocorre o acesso livre e imediato à sala de emergência. Nesse momento os profissionais da equipe voltam suas ações para manter a vida da pessoa que chegou com algum agravo de saúde⁹.

Diante do exposto vê-se a importância do trabalho em equipe para o bom andamento do SE, já que este é um setor onde a interdisciplinaridade deve estar presente em todos os momentos, e o ACR não foge disso, pois a correta classificação da condição de saúde do usuário pelo enfermeiro é o primeiro passo para sua adequada inserção no serviço de saúde, a correta utilização dos recursos disponíveis, a maior resolutividade e menor tempo de espera.

Ao mesmo tempo em que os usuários que mais necessitam de atendimento são passados à frente, cria-se uma sensação de segurança aos funcionários do setor, pois se sabe que as pessoas que estão do lado de fora e que já foram classificadas pelo enfermeiro realmente podem esperar pelo atendimento, e tem menos chances de que algum agravo aconteça durante sua permanência ali. E caso algum agravo aconteça, já se sabe a situação pela qual houve a procura do SE, facilitando o atendimento.

Diante desse contexto, pode-se afirmar que os usuários procuram os serviços hospitalares de urgência como uma das alternativas de acesso, pois entendem que eles reúnem um somatório de recursos, como consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, que os tornam mais resolutivos¹⁰.

Tempos prolongados de espera para pacientes em situação de emergência estão associados à reduzida satisfação do paciente e aumento do risco de sair sem ser atendido. Isso, por sua vez está associado com altos índices de reclamações e piores resultados na saúde¹¹.

Portanto, é fundamental que o enfermeiro tenha um bom conhecimento clínico e saiba encaminhar os usuários corretamente, seguindo os protocolos estabelecidos e priorizando o atendimento dos casos graves, diminuindo o risco de morte e aumentando a expectativa de vida.

IC 2: Humanização no atendimento

DSC 2: *O ACR oportuniza que o usuário seja acolhido no momento em que ele chega. A visão do profissional em relação a esse usuário dá-se de forma integral. Ele tem a possibilidade de ser ouvido, informado sobre a rotina hospitalar e de ter algum atendimento. (E3, T4, T7, T8).*

Este discurso mostra claramente a importância do ACR em promover atendimento humanizado àqueles que buscam o SE, e oferece uma resposta ao problema de saúde apresentado pelo usuário. A humanização da assistência encontra subsídios no Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, que se destina criar uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. Esse programa objetiva aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais, e entre hospital e comunidade, visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições.

Humanização é também designado a forma de assistir ao usuário, de modo a valorizar a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, aliada ao reconhecimento dos direitos desse, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional.

A humanização se apresenta como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que os sujeitos envolvidos e mobilizados são capazes de transformar realidades, transformando-se nesse processo¹².

A humanização no cuidado acontece com a entrega sincera e leal ao outro, sabendo ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios¹³.

O acolhimento, além de ser a principal atividade que propicia a produção de humanização em um ambiente hospitalar, também promove a reorganização do

processo de trabalho, pois a assistência é prestada por uma equipe multiprofissional, e não mais centrada na figura do médico, que se compromete a resolver o problema de saúde do usuário. Bem como busca qualificar a relação dele com o trabalhador, que deve conter parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento.

Humanizar a relação com o cliente exige que o trabalhador tenha a afetividade e a sensibilidade como elementos imprescindíveis ao cuidar. No entanto, compreendemos que tal relação não supõe um ato de caridade, mas um encontro entre sujeitos que podem construir uma relação saudável, compartilhando saberes e experiências.

Tema 2: Mudanças no SE com a implantação do ACR.

IC 3: Organização do trabalho.

DSC 3: *A maneira como está organizado o trabalho com a implantação do ACR facilita nosso dia a dia na emergência. Por exemplo, os pacientes que são classificados como “amarelos” ficam todos juntos no local destinado a eles e então sabemos que ali é onde estão os pacientes mais graves e isso facilita o cotidiano no serviço. As pessoas são atendidas na sala de triagem e de lá já saem informadas, não ficam perdidas, sem saber para onde ir. (E3, T3, T8, T9).*

Fica claro que na visão dos profissionais o ACR trouxe uma maior segurança para desenvolver suas atividades e conseqüentemente, uma maior atenção ao paciente com risco iminente de morte.

Observa-se pelo discurso que o atendimento do SE está em consonância com o que determina o MS, ou seja, a área de Emergência deve ser ponderada também por nível de complexidade, otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, acolhendo ao usuário segundo sua necessidade específica³.

O trabalho em saúde ocorre através do encontro entre pessoas que apresentam necessidades de saúde e aquelas que possuem conhecimentos ou ferramentas para dar conta da situação. Ocorrem sentimentos e emoções que ajudam ou atrapalham o trabalho do profissional perante as necessidades da população. Assim, o cuidado não acontece sem o processo que o produziu; é a

própria realização da atividade, consumida pelo usuário ao mesmo tempo em que é produzida¹⁴.

Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia na sua relação com o usuário, o ACR pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finais de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com o que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si¹⁴.

Trata-se de um ambiente de trabalho no qual o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige que o profissional faça tudo para afastá-lo de risco de morte iminente¹⁵. O trabalho em saúde é considerado essencial para a vida humana. Ao longo da história da humanidade, tem assumido diversas formas, mas sempre considerado como uma atividade humana especial, cujo produto é indissociável do próprio processo de realização da atividade¹⁶.

Assim, o ACR pode ser visto como uma estratégia que influencia no processo de trabalho, que consiste em uma atitude de mudança no fazer em saúde, sugere mistura de saberes, necessidades, possibilidades, angústias, que tornam o ambiente de trabalho mais acolhedor para os profissionais e conseqüentemente gera como produto final um bom atendimento em saúde.

Tema 3: Fragilidades do ACR.

As expressões chaves que deram origem ao DSC 4 e 5, remetem as fragilidades do acolhimento com classificação de risco relacionadas principalmente a infra-estrutura, tecnologias, materiais e recursos humanos no serviço de emergência.

IC 4: Estrutura pouco adequada

DSC 4: *Uma das fragilidades com a implantação do ACR é a própria estrutura do SE. Muitos setores não se adequaram à classificação. Por exemplo, os exames que são pedidos não chegam ao laboratório com a cor para identificar o tipo de atendimento e isso dificulta a prioridade do resultado, o andamento do atendimento. Outro fato importante é que mesmo depois da reforma no serviço de emergência continuamos sem conforto para trabalhar, pouco espaço físico*

e materiais disponíveis. Não gostaria de chegar aqui passando mal e precisar de uma cadeira de rodas e não ter. (E2, E3, T2, T9).

Nesse discurso a percepção dos profissionais com relação à infra-estrutura, a inadequação dos setores do SE e o déficit de materiais se caracterizam como maiores fragilidades apontadas do ACR, que geram conseqüências negativas para o conjunto de atividades hospitalares pela falta de espaço físico.

Estudos apontam que as condições de infra-estrutura para o trabalho com espaço físico inadequado para a realização das atividades assistenciais, propiciam tensões e conflitos que se manifestam de forma intensa e estressante sobre os profissionais da unidade, mais especificamente sobre a enfermagem. Assim, a deficiência de recursos humanos e materiais configuram-se como condições impróprias para o trabalho e ameaça à saúde dos trabalhadores que atuam nos serviços hospitalares de emergência¹⁷.

Aumenta-se a dificuldade quando coexiste déficit de estrutura e de organização da rede assistencial. A emergência precisa de uma estrutura que propicie maior segurança ao profissional e ao usuário¹⁷. Cabe ressaltar que essas dificuldades são encontradas na maioria das emergências brasileiras. Elas são visivelmente expressas por meio da estrutura física e tecnológica inadequada, insuficiência de equipamentos, recursos humanos limitados, capacitação insuficiente para o trabalho⁹.

De modo geral, a estrutura, logística, materiais e recursos humanos deveriam acompanhar essa nova ferramenta em saúde que é o ACR e crescer com a demanda. Apesar das propostas de mudanças do modelo de atenção da saúde, que pregam a integralidade e a humanização da assistência, hoje se torna um grande desafio desenvolver uma assistência de qualidade com a falta desses recursos, fragilizando o ACR.

IC 5: Desconhecimento do protocolo pela população.

DSC 5: *A nossa maior dificuldade é conseguir conscientizar a população, fazer entender que aqui é um hospital, e esse serviço é destinado ao atendimento de urgência/emergência, e explicar para o usuário que chegou antes que ele pode ser atendido depois daquele que acabou de chegar, que o atendimento não é por ordem de chegada (E2, T1, T3, T4, T8).*

A distinção de entendimento sobre o que é realmente urgente entre usuários e profissionais interfere na relação entre estes, onde o julgamento do profissional a fim de classificar casos urgentes de não urgentes é mal interpretado pela pessoa que busca a solução do problema que lhe aflige e desconhece sua causa.

O conceito de urgência é conhecido, em grande parte, somente pelo trabalhador. O usuário que sofre de algum mal, tem como referência, qualquer serviço onde possa encontrar profissionais que possam lhe atender rapidamente, independente de quão grave lhe pareça os sintomas.

Há diferença no entendimento entre usuários e profissionais da saúde sobre o que é urgente, ou seja, os achados biológicos da doença pelo profissional não correspondem à realidade de quem sofre a doença¹⁸.

O conhecimento dos usuários sobre o protocolo utilizado pelo SE se torna fundamental para a organização do fluxo de pacientes, e conseqüentemente, diminuição da demanda de casos não urgentes. Porém, do ponto de vista do profissional que classifica, tornar o protocolo acessível aos usuários pode acarretar em aumento da cobrança de um atendimento apropriado às suas queixas. O usuário pode vir a não concordar com a classificação dada pelo trabalhador, baseado no que está sentindo e no tempo em que está esperando por um atendimento.

A capacidade do profissional em realizar esta atividade passa a ser questionada a partir da insatisfação demonstrada por usuários que não aceitam suas classificações, e por isso, muitas vezes tem que retornar à Unidade Básica para conseguir atendimento.

Deve-se estabelecer o mais rápido possível nos SE o ACR. Não é mais aceitável que os usuários sejam atendidos por ordem de chegada, colocando em risco pessoas com potencial risco de morte, e prestando atendimento primeiramente àqueles que deveriam estar em unidades básicas de saúde¹⁹.

Desse modo, entende-se que a realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência³. A informação sobre o protocolo faz parte da assistência e deve ser fornecida aos usuários que aguardam atendimento, para a possível diminuição da demanda de casos não urgentes, o encaminhamento a níveis de atenção básica, e conseqüentemente, a diminuição da tensão provocada pela cobrança por atendimento.

Tema 4: Dificuldades para a realização do ACR

IC 6: A grande demanda.

DSC 6: *A demanda de usuário é muito grande e isso faz com que haja acúmulo nos corredores e na recepção. Esse usuário, geralmente é o que deveria ser atendido na Unidade Básica de Saúde e não é, por que alegam que não tem atendimento médico. Aqui, pela demanda, esse paciente que não é de risco, espera, muitas vezes durante muito tempo para ser atendido, e a qualidade do atendimento prestado fica prejudicada. (E1, T2, T5)*

Neste discurso está retratado a dificuldade que encontram os trabalhadores na implantação do ACR, com prejuízo na qualidade do atendimento, conseqüente aos escassos recursos disponíveis na atenção básica.

É comum no SE o grande fluxo de usuários à procura de atendimento. A implantação dos serviços de ACR deveria dar o destino correto a essa clientela, porém a população cada vez mais numerosa e com poucos recursos disponíveis na atenção básica acaba encontrando no SE o único lugar possível para atender as suas necessidades.

A inadequada ou inexistente referencia e contra-referencia, a falta de implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em todas as suas instancias, desconhecimento da população da oferta de serviços de saúde ou a utilização inadequada dos mesmos faz com que o ACR se torne ineficiente em alguns aspectos, já que o atendimento prestado aos usuários classificados como menos graves se torna superficial e inadequado.

A carga de trabalho aumentada para os profissionais do SE, em decorrência do número elevado de usuários não urgentes também contribui para a má qualidade do atendimento oferecido. Esforços para triar usuários com pequenos agravos podem consumir o mesmo tempo gasto no seu tratamento²⁰.

Frequentemente a consulta médica é uma duplicação da consulta na triagem. Referenciar o paciente de volta à sala de espera após a triagem aumenta a carga de trabalho da equipe, assim como quando o paciente precisa ser reorientado a voltar à área de consulta²⁰.

A grande quantidade de usuários nos SE ocorre nos setores públicos, em todos os países do mundo. No Brasil, os SE atuam acima de sua capacidade máxima, com poucos funcionários e sem treinamentos ou reciclagem para os

mesmos. A demanda é inadequada, as verbas são insuficientes, o gerenciamento de recursos é precário e não há leitos de retaguarda²¹.

A grande demanda prejudica o atendimento de casos graves e agudos, pois ocorre aumento no número de tarefas e custos de atendimento e gera sobrecarga para os profissionais⁹.

A grande procura aos serviços de emergência nos hospitais proporciona uma grande tensão por parte tanto de usuários, em cobrar atendimento digno, como de funcionários, ao tentar dar conta do número de atendimentos e problemas que parecem se multiplicar a cada minuto no SE. Desse modo, a atenção fica debilitada e a qualidade do atendimento diminui, à medida que cresce a procura ao SE.

IC 7: ausência de referencia e contra-referencia

DSC 07: *Aqui não existe referência e contra referência. A referência que existe é da unidade de saúde para nós, mas não de nós para eles. Infelizmente o usuário que passa pela classificação de risco e é classificado como azul não é referenciado para a unidade de saúde, pois não temos um local onde possamos encaminhá-lo para receber o devido atendimento. Os usuários são orientados a procurar sua unidade de saúde, mas poucos querem ir. Então, mesmo demorando, todos são atendidos na emergência. (E1, E2, E3).*

Segundo os entrevistados, não existe um consenso entre o SE e outros serviços de atenção a urgências ou unidades básicas de saúde, e os usuários que apresentam agravos menores acabam esperando atendimento no próprio SE, ocasionando a alta demanda.

Normalmente os SE são caracterizados pela alta demanda de usuários que extrapola os recursos oferecidos, ocasionando as longas esperas por atendimento. Porém, essa procura comumente acontece por pessoas cujos problemas poderiam ter sido resolvidos em serviços de atenção ambulatorial, e cerca de 65% dos usuários se encaixam nessa situação²¹.

O acesso aos serviços de saúde pelos usuários deve ocorrer a partir da atenção básica, preferencialmente. De acordo com as necessidades apresentadas pelo usuário, deve ser feita referencia para outros níveis²¹.

Assim, o ACR não é apenas um serviço existente no SE, mas atua como um intermediador, unindo recursos internos, externos e multidisciplinares, comprometidos com as necessidades dos cidadãos⁹.

Além disso, usuários que apresentam agravos de saúde e que procuram a UBS são orientados pela mesma a ir ao SE, porém sem contato prévio. Esses usuários acabam sendo atendidos no próprio SE, pois não há algum outro serviço de saúde para o qual possam ser encaminhados.

A PNAU coloca as UBS, PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde como integrantes do sistema de urgência e emergência, caracterizando-os como serviços de atendimento pré-hospitalar fixo, devendo dar o primeiro atendimento para estabilizar o usuário e posterior encaminhamento a um serviço de maior complexidade, através da central de regulação²³, caso seja necessário. Porém constatamos que essa orientação da PNAU não se dá na realidade onde esse estudo foi realizado.

Os diversos níveis de atenção à saúde devem formar uma rede de recursos, de modo que um complemente a ação de outro através de pactuações prévias. Porém isso só acontecerá se cada um se vir como integrante do sistema de atendimento às urgências, utilizando os recursos disponíveis no seu nível de atenção para atender o usuário no que seja necessário⁹.

Assim, há uma descontinuidade no tratamento desse usuário, pois o mesmo procura o SE apenas para tratar o sintoma que o está incomodando, deixando de lado a causa do problema. Cerca de 65% dos pacientes que procuram o SE poderiam ter sido atendidos em ambulatorios. Desses, 36% não seguirão tratamento ambulatorial para acompanhar o agravo que motivou a procura ao SE²¹.

Deve-se procurar redirecionar os usuários para a atenção básica para que o devido tratamento e seguimento de sua situação de saúde sejam realizados, garantindo que não apenas os agravos sejam tratados, mas que todos os recursos de promoção e prevenção à saúde desse nível de atenção sejam oferecidos²³.

O ACR se mostra como uma ferramenta que visa diminuir as chances de insatisfação por parte de clientes e profissionais, pois agiliza o serviço prestado ao cliente, reconhece prioridades e proporciona os devidos encaminhamentos para a continuidade do tratamento do usuário. Porém ainda existem falhas que devem ser corrigidas, como pactuar entre hospitais e unidades não-hospitalares de atenção às

urgências a referência e contrarreferência, garantindo a continuidade no cuidado e o tratamento adequado em longo prazo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da visão dos profissionais de saúde relacionada à implantação do ACR evidenciou quatro temas: percepção e potencialidades do ACR; mudança no SE com a implantação do ACR; fragilidades do ACR; dificuldades para a sua realização. Os participantes conhecem a finalidade do ACR e apontam como potencialidade o atendimento mais rápido aos usuários que estão com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção médica e de enfermagem imediatas; a falta de espaço físico e materiais são algumas das fragilidades apontadas; entre as dificuldades sinalizam a inexistência de referência e contra referência com consequente acúmulo de usuários no serviço interferindo na qualidade do atendimento assim como na satisfação dos profissionais do SE.

Seu uso deve ser difundido entre os SE hospitalares e não-hospitalares para que a entrada do usuário no sistema aconteça corretamente e seja encaminhado ao serviço que possua os recursos necessários para lhe assistir em seu agravo de saúde.

Constatou-se que os profissionais apontam que o ACR organizou e dinamizou o processo de trabalho, pois priorizam o atendimento a pacientes graves, assegurando-lhes maior segurança, estabilidade e controle da situação.

6 REFERÊNCIAS

1. CALIL, Ana Maria. PARANHOS, Wana Yeda. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. São Paulo: Atheneu, 2007. 795p.
2. SIQUEIRA, Ivana Lucia Correa Pimentel de. Qualidade em Serviços de Emergência. In: CALIL, Ana Maria. PARANHOS, Wana Yeda. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. São Paulo: Atheneu, 2007. 795p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56p.
4. SANTOS, Audrey Elizabeth dos. Humanização em Serviços de Emergência. In: CALIL, Ana Maria. PARANHOS, Wana Yeda. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. São Paulo: Atheneu, 2007. 795p.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008
6. BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48p.
7. OLIVEIRA, Maria Marly de. Como fazer pesquisa qualitativa. Rio de Janeiro:Vozes, 2007.
8. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa desdobramentos. Caxias do Sul: EDUCS, 2003. 256 p.
9. GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 18, n. 2, June 2009 . Acesso em 12 Junho 2010.
10. MARQUES, Giselda Quintana. LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008. Acesso em 22 Out. 2009.
11. GOODACRE, S. WEBSTER, A. Who waits longest in the emergency department and who leaves without being seen? Emergency Medical Journal. V. 22, 2005; 93–96.
12. BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571. 2005.
13. BEDIN, E. et al. Humanização da Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br. Acesso em 15 de junho de 2010.
14. FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E.; O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 15 n.2 Apr./June 1999.
15. ALMEIDA, PJS; PIRES, DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007; 9(3):617-29. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 14 de junho de 2010.
16. PIRES, D. Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil. São Paulo, Anabrume/CNTSS. 1998.
17. ALVES, Marília; RAMOS, Flávia Regina Souza; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 14, n. 3, Sept. 2005 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun 2010.

18. SIMONS, D.A. Avaliação do perfil da demanda da unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa saúde da família. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008
19. ALBINO, R.M. et al. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 36, no. 4, de 2007. Acesso em 15 de junho de 2010.
20. SUBASH, F. Dunn, F. McNicholl, B. Marlow, J. Team triage improves emergency department efficiency. Emergency Medical Journal. V. 22, 2004; 542-544
21. O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009.
22. SANTOS, José S.dos et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às Urgências e de Humanização. Medicina, Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP. 36:498:515, abr./dez. 2003.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 236p.

7 CONCLUSÕES DO RELATÓRIO DE PESQUISA

A análise da visão dos profissionais de saúde relacionada à implantação do ACR evidenciou cinco temas principais. Os profissionais apontam sua percepção, potencialidades, mudanças na organização e no atendimento do serviço de emergência, fragilidades e a deficiência no suporte da atenção básica, onde não há referência e contra-referência.

Podemos afirmar que o conhecimento adquirido através dessa pesquisa nos fez refletir sobre a realidade do atendimento à saúde *in loco* e nos proporcionou conhecimento com relação ao funcionamento de uma grande emergência e em especial às fragilidades e potencialidades encontradas no serviço com a implantação do ACR.

A procura por atendimento nos serviços de emergência hospitalar tem inúmeras causas que podem estar associadas pela insuficiência da resolução em níveis primários, às questões socioeconômicas, assim como pela falta de resolutividade de ações e serviços de outros níveis de atenção à saúde. Os profissionais são interpelados por uma demanda que ultrapassa o que os serviços estão organizados para tratar e intervir.

Ficou evidente que o ACR é uma ferramenta útil para priorizar o atendimento no SE, possibilitando aos usuários o acesso mais rápido aos cuidados necessários, de acordo com a constatação pelo enfermeiro da gravidade de cada caso. Assim, usuários que se encontram em situações de emergência podem receber o devido tratamento no menor espaço de tempo possível.

Seu uso deve ser difundido entre os SE hospitalares e não-hospitalares para que a entrada do usuário no sistema aconteça corretamente e seja encaminhado ao serviço que possua os recursos necessários para lhe assistir em seu agravo de saúde.

Sabe-se que o ACR possibilita a humanização do cuidado, em assistir o usuário em sua integralidade. Porém pode-se constatar que há prejuízo para esta atividade quando a realidade hospitalar não favorece essa prática. São muitas as dificuldades encontradas neste SE, onde se destaca a demanda que ultrapassa o esperado, o ambiente tenso ocasionado pelo acúmulo de serviços e cobrança por

atendimento qualificado. Estes fatores proporcionam a defasagem do cuidado e afastam profissionais e usuários da realidade humanizada preconizada pelo MS.

Todavia, constatou-se que os profissionais apontam que o ACR organizou e dinamizou o processo de trabalho, pois priorizam o atendimento a pacientes graves, que estão em uma área pré-estabelecida, assegurando-lhes maior segurança, estabilidade e controle da situação. Nos últimos anos, o sistema brasileiro de atenção às urgências tem apresentando avanços em relação à definição de conceitos e incorporação de novas tecnologias visando à organização do atendimento em rede.

Com relação às fragilidades que existem no ACR, os profissionais assinalam que a falta de estrutura adequada aos padrões de atendimento de grandes demandas, se torna um obstáculo para um serviço resolutivo e rápido. Outro ponto é a escassez de materiais de uso diário, como cadeira de rodas, que torna o dia a dia complicado e diminui a eficácia e o andamento do trabalho e fluxo da unidade. Embora, com a implantação do acolhimento com classificação de risco, existam arestas a ser aparadas, essa ferramenta nos mostra que realmente é útil nos serviços de emergência

Outra fragilidade apontada pela fala dos profissionais é a falta de conhecimento, por parte dos usuários, do protocolo de Classificação de Risco utilizado pelo SE em questão. Assim, a maneira como é direcionado cada usuário que busca o SE passa a ser mal interpretada, pois não há grande divulgação do funcionamento do protocolo de ACR.

A conscientização da classificação por cores é explicada, geralmente, quando o usuário passa pelo ACR, porém como a demanda de atendimento é muito grande, nem sempre o enfermeiro classificador consegue orientar todos que por ali passam, visto que a consulta da classificação de risco deve durar de dois a cinco minutos.

Por mais bem estruturado que um SE possa ser, a demanda populacional que o frequenta parece sempre aumentar, pois é um local com diversos recursos, o que dá a sensação a quem o procura que o seu agravo possa ser curado naquele momento. O SE deveria existir para atender apenas as situações agudas de saúde e dar o devido encaminhamento aos usuários com agravos não urgentes, porém todos que o procuram são atendidos de alguma forma.

Por um lado é direito dos usuários, já que todos devem ter livre acesso aos serviços de saúde, porém os SE não são os únicos serviços de saúde que fazem

parte da rede de atenção às urgências. Assim, a educação em saúde da população, o esclarecimento e a conscientização sobre o que é um SE e os recursos disponíveis para atender urgências, além do hospital, devem ser explicitados à população e estes serviços devem existir e funcionar para dar a cobertura aos SE.

A grande dificuldade do SE em questão é a ausência de pactuações com outros serviços de atenção às urgências, como Unidades de Pronto Atendimento e UBS. Isso é previsto na PNAU como necessário para desafogar os SE hospitalares. Então, como sugestão, deve-se pensar na criação de um protocolo de atendimento que oriente e conduza o usuário pelo sistema de saúde, para que os recursos necessários sejam utilizados corretamente e haja maior resolutividade para os usuários.

Deve-se repensar a estrutura hierarquizada e regionalizada do SUS, não mais semelhante a uma pirâmide, mas como um círculo, com múltiplas alternativas de entrada do usuário ao sistema de saúde. De uma estrutura vertical para uma concepção horizontal, ou seja, onde quer que o usuário busque atendimento, o serviço se responsabilize pelo acolhimento no espaço mais adequado às suas necessidades de saúde (CECÍLIO, 1997).

Diante das conclusões levantadas, sugerimos fazer um estudo sobre como está estruturada a rede de atenção às urgências na área de abrangência do referido hospital, a fim de analisar as potencialidades e fragilidades, e em cima disso criar protocolos de atendimento entre os diversos serviços de saúde para atender adequadamente os usuários, de acordo com a complexidade que exige o seu agravo de saúde.

A educação em saúde da população pode e deve ser realizada em qualquer serviço de saúde, e todos os recursos disponíveis devem ser utilizados. Filmes educativos, cartazes informativos, palestras na sala de espera de atendimento são alternativas para a conscientização da população.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Patrícia. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**. Instituto Consciência, s/d. Apresentação. P. 1 – 28. Disponível em: <http://www.institutoconscienciago.com.br/editsystem/downloads/politica_humanizacao/ESCUA.pdf>. Acesso: 22 outubro 2009.

AYRES, José Ricardo de C. Mesquita. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.15-17. 2004.

BACKES, Dirce Stein; FILHO LUNARDI, Wilson D.; LUNARDI, Valéria Lerch. Humanização no ambiente hospitalar à luz da política de humanização da assistência à saúde. **Enfermagem Brasil**. São Paulo. v. 4, n. 4, jul/ago. 2005. P. 227-231.

BALLONE C.J - **Humanização do Atendimento em Saúde** - in. PsigWeb, Internet, Disponível em: <http://www.psigweb.med.br>, 2008. Acesso: 20 outubro 2009.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571. 2005.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 21 outubro 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 240/2000. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviço de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56p.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48p.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
CALIL, Ana Maria. PARANHOS, Wana Yeda. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. São Paulo: Atheneu, 2007. 795p.

CECILIO, L.C.O. **Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469 – 478, 1997.

GRUPO Brasileiro de avaliação e classificação de risco (GBACR). São Paulo, 2007. **GUIDELINES for implementation of de Australasian triage scale in emergency departments.** Disponível em <http://gbar.com.br/protocoloaustraliano>. Acesso: 21 outubro 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M. **O discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa desdobramentos. Caxias do Sul: EDUCS, 2003. 256 p.

MAFRA, A. A. et al. Protocolo Acolhimento Com Classificação de Risco nas Portas de Entrada de Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. 2005. Disponível em:
<http://www.gbacr.com.br/images/stories/Documentos/protocolo_de_acolhimento.pdf>. Acesso: 21 outubro 2009.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Demandas de Usuários a um Serviço de Pronto Atendimento e seu Acolhimento ao Sistema de Saúde. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso: 22 outubro 2009.

MATTOS, Cláudia Barbeiro; DUARTE, Cristina. **Identificando o Perfil do Usuário de Emergência.** 2000. 118 f. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 26ª Ed. Rio de Janeiro:Vozes, 2007.

NEGRI, Barjas. **Manual PNHAH**. Ministério da Saúde. Brasil, s/d. p. 1-20.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 22 outubro 2009

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

SANTOS, José S.dos et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às Urgências e de Humanização. **Medicina, Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto-SP. 36:498:515, abr./dez. 2003.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência á saúde. **Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599-613, 2005.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Assinando este documento, eu, _____, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA** conduzida pelos acadêmicos da 8ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Guilherme Mortari Belaver, Caroline Neth E Bárbara Rosso e orientados pela Professora Enfª Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Compreendo que participarei de uma pesquisa que irá focalizar a percepção dos trabalhadores de enfermagem do Serviço de Emergência Adulto sobre a implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Este estudo pretende colaborar com o fortalecimento e efetiva implementação do protocolo com a co-responsabilização dos trabalhadores do Serviço Emergência, Gestor do Hospital e representante do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) da Instituição.

Estou ciente de que as informações que eu der poderão ser gravadas e transcritas, mas que o meu nome não aparecerá em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios e respeitados os princípios contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Minha participação é voluntária e poderei me negar a participar da mesma, sem que isto acarrete em qualquer efeito negativo a mim. Também estou ciente de

que poderei deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar ou de não responder algumas questões colocadas.

Estou ciente de que os resultados dessa pesquisa serão do meu conhecimento, caso os solicite, e que os pesquisadores são as pessoas com quem devo entrar em contato, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre o meu direito como participante.

Ao assinar este termo estarei autorizando que as informações dadas também sejam utilizadas para divulgação desta pesquisa em publicações nacionais e internacionais.

Caso concorde em participar, assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará com os pesquisadores e a outra, em meu poder.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através do telefone dos pesquisadores Guilherme Mortari Belaver (48 9946-9047), Caroline Neth (48 8822-0526) e Bárbara Rosso (48 84215388) ou ainda, da Prof^a Eliane Regina Pereira do Nascimento (48 9105-1202).

Data: ____/____/____

Assinatura do voluntário

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com os profissionais

I- Caracterização dos Trabalhadores

1- Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

2- Categoria Funcional:

() Técnico de Enfermagem () Enfermeiro

3- Qual o tipo de vínculo/contrato formal de trabalho com este hospital?

() Concursado () contrato temporário

4- Tempo de trabalho no Hospital:

() há menos de 1 ano () entre 1 a 5 anos () há mais de 5 anos

5- Tempo de trabalho nesta Emergência:

() entre 6 meses e 1 ano () entre 1 a 5 anos () há mais de 5 anos

6- Você já trabalhou em outro Serviço de Emergência?

() Sim () Não Tempo que atuou: _____

7- Você já realizou algum curso na área de Emergência?

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

II - Percepção sobre Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

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

2- O que você acha que mudou para o Serviço de Emergência com a implantação do ACR?

3- Quais as facilidades e dificuldades que você aponta com a implantação do ACR?

a) Facilidades/fortalezas:

b) Dificuldades/fragilidades

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

5 – Qual a sua conduta (Enfermeiro) após classificar um usuário com a cor azul?
Existe a referencia e contra-referencia para níveis primários de atenção à saúde?