

CURSO DE ENFERMAGEM

Karine Winterhalter

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO DISPOSITIVO DE
CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

Santa Cruz do Sul

2015

Karine Winterhalter

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO DISPOSITIVO DE
CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Maria Salette Sartori

Santa Cruz do Sul

2015

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO DISPOSITIVO DE
CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

Karine Winterhalter

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do título de Enfermeiro

Foi aprovada em sua versão final, em 16/12/2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Ms. Maria Salette Sartori

Prof. Dr. Analídia Rodolpho Petry

Prof. Ms. Aline Fernanda Fischborn

RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde proporcionou um imenso avanço para o sistema de saúde brasileiro, porém surgiram alguns desafios a serem superados como acesso aos serviços, e a garantia de uma assistência à saúde integral e resolutiva. Os serviços de urgência e emergência são reconhecidos como uma das principais portas de entrada dos usuários ao sistema de saúde e inúmeras vezes sofrem com a super lotação. Assim, o Ministério da Saúde no ano de 2003 criou a Política Nacional de Humanização com o objetivo de melhorar a assistência à saúde, nesta política pode-se destacar como uma diretriz, o Acolhimento e Classificação de Risco, que preveem um conjunto de ações, que visam qualificar a atenção à saúde com mudanças nas práticas em saúde, contribuindo com a agilidade no atendimento. À partir de protocolos, pré estabelecidos e análises clínicas, conforme grau de necessidade, proporcionado um atendimento com responsabilização e resolutividade. O enfermeiro é um dos profissionais mais indicados para realização deste processo, devido as peculiaridades da profissão. Este estudo visa compreender como o processo de acolhimento e classificação de risco é realizado, no setor de urgência e emergência de uma instituição hospitalar, com uma base qualitativa, inspirado na teoria da Etnoenfermagem desenvolvida por Madeleine Leininger. A coleta realizou-se através da observação participante e, questões disparadoras, junto aos profissionais envolvidos no processo de acolhimento e classificação de risco. Os resultados encontrados indicam que a realização destes processos não asseguram avanços no processo de assistência em saúde, sendo necessárias qualificações, através da humanização, acolhimento, organização do processo de trabalho e de uma formação holística dos profissionais da saúde.

Palavras-chave: acolhimento; classificação de risco, urgência e emergência.

ABSTRACT

The creation of the Brazilian National Health System (SUS) brought a huge breakthrough for the Brazilian health system, but there were some challenges to overcome as the access to its services and the guarantee of a comprehensive and resolute health assistance. The emergency and urgency services are recognized as the main gateways of the users in the health system and repeatedly suffer from overcrowding. Therefore, the Ministry of Health created the National Humanization Policy in 2003 in order to improve the health care, which can be highlighted in this policy as a guideline, the treatment and the classification of risk, which provide a set of actions that aim to qualify the health care system, with changes in health practices, contributing to service agility from pre-established protocols and clinical analysis, according to the necessity, providing a service with accountability and effectiveness. The nurse is one of the most suitable professionals to carry out this process, due to the peculiarities of the profession. The focus of this study is to understand how the treatment process and risk classification is performed in the emergency sector of a hospital institution, has qualitative basis inspired by the Etnonursing theory developed by Madeleine Leininger. The collection was carried out through participant observation and triggering questions, with professionals involved in the receiving and risk classification process. The results indicate that the application of these procedures do not ensure advances in the health care process, making qualification necessary, through humanization, treatment, work process organization and a holistic education of health professionals.

Key-words: Treatment, classification of risk, urgency and emergency.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo geral	9
2.2	Objetivos específicos	9
3	REVISAO TEÓRICA	10
3.1	Conceituando urgências e emergências	10
3.2	Acolhimento e classificação de risco	10
3.3	O acolhimento e classificação de risco em serviços de urgência e emergência ...	12
3.4	Sistema Manchester de classificação de risco	14
3.5	O enfermeiro frente ao acolhimento e classificação de risco	15
4	METODOLOGIA	18
4.1	Tipo de pesquisa	18
4.2	Local da pesquisa	18
4.3	Sujeitos do estudo	19
4.4	Procedimentos éticos legais	19
4.5	Instrumentos para coleta de dados	20
4.6	Registro dos dados	20
4.7	Coleta e análise dos dados	21
5	RESULTADOS E APRESENTAÇÃO DE DADOS	22
5.1	Categoria 1: O cenário de observação	23
5.2	Categoria 2: A relação operacional do processo de acolhimento e classificação de risco no cenário da prática	24
5.3	Categoria 3: Classificação de risco com gestantes - um processo distinto	31
6	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	36
	ANEXO A – Autorização da instituição	39
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	40

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, como meio de manutenção de um conceito de saúde ampliado. O SUS foi criado em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos brasileiros, garantindo o acesso integral de toda população brasileira à saúde (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, o acesso aos serviços de saúde no Brasil era garantido apenas às pessoas com vínculos empregatícios, sendo beneficiadas apenas aquelas que contribuía com a previdência social, ou seja, somente as pessoas que possuíam carteira registrada possuíam a garantia de acesso à rede pública de saúde no Brasil.

Foram após inúmeras lutas, da população brasileira por um sistema de saúde em que toda população possuísse direito acesso, que surgiu o Sistema Único de Saúde, como uma das maiores conquistas sociais, considerando-se que seus princípios indicam uma democratização dos serviços e ações de saúde. Estas passam a ser universais e não mais limitadas, sendo abolidas as exclusões de qualquer espécie, o que torna evidente o avanço e o acesso aos serviços de saúde para a sociedade (BRASIL, 2000).

No entanto, este avanço enseja alguns desafios a serem superados, como o acesso aos serviços e a garantia de uma assistência de saúde de forma resolutiva e integral, sendo que esta deve ser eficaz nas ações necessárias ao atendimento, de forma a cumprir com as metas estabelecidas pela Constituição Federal.

Sob este enfoque, percebe-se que os serviços hospitalares de urgências e emergências, são reconhecidos pela população como uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde, pois este disponibiliza atendimento de uma forma rápida, simplificada e resolutiva. Este fato, tem como consequência uma superlotação, que dificulta ordenar os atendimentos, a partir de parâmetros clínicos e grau de gravidade, sendo que o modelo anteriormente vigente, estabelecido a partir de filas por ordem de chegada, não é compatível com as necessidades dos usuários (DESCOVI, 2009).

Os serviços hospitalares, de urgências e emergências, possuem como um dos principais propósitos acolher todos os usuários que procuram o serviço, priorizando seu atendimento conforme o nível de gravidade. Assim, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização. Esta nova política, possui o objetivo de melhorar a qualidade de assistência a saúde no Brasil, tornando-a mais humanitária. Humanizar a assistência é oferecer atendimentos de qualidade, reunindo os avanços tecnológicos como

acolhimento, as melhorias nas condições de trabalho e na ambiência. Assim, referindo-se como política transversal, pressupõe que as fronteiras, por vezes rígidas do poder e saber, sejam de fato ultrapassadas (BRASIL, 2004).

Esta mesma política, que humaniza a assistência, instituiu como umas de suas diretrizes o Acolhimento e Classificação de Risco. Seguindo a linha de raciocínio de Descovi (2009, p. 8), o acolhimento com classificação de risco “é um processo que se envolve de forma multiprofissional, otimizando o atendimento e possibilitando uma escuta qualificada dos problemas de quem busca o serviço.” Considere-se ainda que, o acolhimento e classificação de risco, é um modo de organização das filas de espera dos prontos atendimentos, de acordo com a gravidade de cada caso, prevenindo mortes e complicações decorrentes do tempo de espera por atendimento (BRASIL, 2010).

A ação do acolher e acolher com classificação de risco, possuem metas diferentes, porém se complementam entre si. Acolher, com a intenção de proporcionar uma assistência integral e resolutiva, pressupõe que todos os usuários que procuram o serviço de saúde sejam acolhidos por profissional da equipe técnica. Este deverá proporcionar uma resposta responsável ao acolhimento, assim, nem todos os usuários terão acesso ao atendimento médico, porém serão abertas as portas do sistema de saúde, articulando com os demais níveis de atenção à saúde, quando a resolução não está ao alcance do próprio serviço (BRASIL, 2010).

Cabe ressaltar que o enfermeiro, pelas peculiaridades da profissão, é um dos profissionais mais indicados para a realização do acolhimento e classificação de risco, pois é o profissional mais próximo dos usuários, e possui papel central neste processo, atuando e articulando, em cima das reais necessidades dos usuários (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2011).

Sob esta perspectiva, questiona-se: De que forma é realizado o acolhimento e classificação de risco em um setor de urgência e emergência de uma instituição hospitalar do vale do Rio Pardo? Quais são os profissionais envolvidos neste processo? De que forma vem sendo construída essa prática, operacionalmente, no dia a dia?

Para tantos questionamentos foi realizado um estudo de cunho qualitativo, inspirado na teoria da Etnoenfermagem desenvolvido por Madeleine Leininger, sendo um tipo de pesquisa que se apoia nas pressuposições da etnografia adaptada para a enfermagem, através da observação participante e questões disparadoras no decorrer das observações. Este método considera a importância dos fatores culturais e de suas influências no processo de assistência à saúde, perspectiva dos indivíduos, suas práticas e convicções.

A motivação da autora para realização deste estudo baseou-se na necessidade em apreender e compreender em profundidade o processo de acolhimento e classificação de risco, à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde, e, o modo em que eles se traduzem em um setor de pronto atendimento de uma instituição hospitalar.

Tem-se a pretensão, através deste estudo, que as percepções e descrições levantadas possam acrescentar subsídios para as reflexões e análises dos profissionais que prestam a assistência aos usuários, gestores e formadores de profissionais, com o intuito de incentivar a qualificação da assistência, através dos pilares de humanização, acolhimento, organização do processo de trabalho e de uma formação holística, dos profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender como o processo de acolhimento e classificação de risco é realizado no setor de Pronto Atendimento de um Hospital do interior do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever como é realizado o processo de acolhimento e classificação de risco no cenário da pesquisa, a luz dos princípios do Sistema Único de Saúde.
- Verificar se há relação operacional entre acolhimento e classificação de risco, para subsidiar uma reflexão acerca da atenção a saúde ofertada no cenário da prática.

3 REVISAO TEÓRICA

3.1 Conceituando urgências e emergências

Segundo a Resolução Conselho Federal de Medicina (nº 2.077/14), serviços Hospitalares de Urgência e Emergência são os encontrados em prontos atendimentos, prontos socorros e emergências hospitalares.

As emergências são identificadas de acordo com a condição clínica de agravo a saúde, que implicam em sofrimento ou risco de morte, necessitando de atendimento imediato. No que se refere as urgências, são agravos à saúde, com ou sem risco potencial, do qual o usuário necessita de assistência imediata (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

E ainda de acordo com Oliveira et al. (2011), situações de emergência são caracterizadas por casos nos quais o atendimento deve ser de forma imediata. E no que se refere as urgências são os casos em que o atendimento pode esperar por até duas horas.

3.2 Acolhimento e classificação de risco

Diversos avanços surgiram no campo da saúde pública no Brasil, em especial nas últimas duas décadas, porém ainda há muitas dificuldades a serem ultrapassadas. Muitos avanços podem ser notados na descentralização e na regionalização da gestão em saúde, com expansão dos padrões de universalidade, equidade, integralidade. Porém o fracionamento e a verticalização dos processos de trabalho tornam árduas as relações entre os diferentes profissionais, usuários, e, o trabalho em equipe. Assim as práticas de atenção tornam-se vulneráveis, se não houver um preparo para compreensão destas dimensões sociais.

As discussões acerca dos modelos de atenção e gestão de saúde, concernente as formações dos profissionais e as maneiras com que se realiza o controle social, são essenciais e imprescindíveis. É por estes aspectos que o Ministério da Saúde no uso de suas atribuições propôs a Política Nacional de Humanização, da atenção e gestão da saúde, ao enfatizar a humanização na assistência saúde, surgem indagações essenciais para orientar a construção das políticas em saúde.

Humanizar é fornecer assistência de qualidade, articulada aos inúmeros progressos tecnológicos com acolhimento, com qualificações dos ambientes de assistência, articulado a melhores condições de trabalho dos profissionais da saúde. Como política transversal de

saúde, baseia-se que sejam ultrapassadas as fronteiras dos distintos núcleos do poder/saber que se fazem necessários na construção da saúde (BRASIL, 2004).

A humanização é uma estratégia desenvolvida para qualificar a atenção e a gestão em saúde no Sistema Único de Saúde, estabelece construções de atitudes ético-estético-políticas com co-responsabilidade e construção de vínculos, entre profissionais e usuários, na produção de saúde (BRASIL, 2004).

Na perspectiva de Brasil (2010, p. 8), “o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.” O acolhimento em saúde caracteriza-se por uma ação tecno-assistencial que assume mudanças entre a relação dos profissionais e usuários, e na sua rede através critérios éticos, humanitários e técnicos. Sendo os usuários legitimados como participantes ativos e valorizados no processo de construção de sua saúde.

É um modo de executar o processo de trabalho, de maneira que atenda todos os usuários que procuram o serviço, ouvindo suas aflições, possuindo a capacidade de escutar, acolher e dar conforto. Desta forma, é proporcionado um atendimento com responsabilização e resolutividade para os usuários dos serviços. Para realização do acolhimento não é necessário um profissional específico, ou que seja da área da saúde, ou até mesmo um local específico, necessita somente da partilha de conhecimentos, angústias e possibilidades. Partindo deste ponto de vista, o entendemos como uma ação que deve acontecer em todos os momentos e locais dos serviços de saúde.

Apesar do acolhimento e a classificação de risco serem tecnologias com objetivos diferentes, elas complementam-se, a partir da singularidade dos serviços, podendo até funcionar em ambientes físicos separados, mas nunca em situação desigual no processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Brasil (2004, p. 20), define “a classificação de risco é processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.”

A classificação de risco é uma ferramenta de mudança na lógica dos atendimentos, na qual a priorização de atendimentos seja realizada de acordo com parâmetros clínicos de gravidade, ou, de sofrimento dos usuários, e não mais por ordem de chegada ao serviço. É realizada por um profissional da saúde, que utiliza protocolos pré definidos, para avaliação dos usuários (BRASIL, 2009).

A classificação de risco e o acolhimento determinam a agilidade no atendimento, a partir das análises clínicas, e protocolos pré-estabelecidos, que definem assistência à saúde,

conforme o grau de necessidade do usuário. Sendo assim, todos os usuários que procuram o serviço serão atendidos, de acordo com a análise e a classificação de suas necessidades, distanciando-se assim do modelo tradicional de triagem por ordem de chegada (BRASIL, 2004).

3.3 O Acolhimento e classificação de risco em serviços de urgência e emergência

Após a criação do Sistema Único de Saúde um dos maiores problemas enfrentados tem sido a garantia de acesso do usuário aos serviços e o atendimento à demanda, de forma satisfatória. Em especial, os serviços Prontos atendimentos que vem sendo considerados pelos usuários como a principal e melhor porta de entrada à rede de saúde, sendo o que acaba colaborando para a super lotação destes serviço, causando obstáculos em satisfazer as necessidades dos usuários e dificuldades em organizar os fluxos, de forma a identificar e priorizar os que mais necessitam (DESCOVI, 2009).

São Diretrizes específicas nos pronto-atendimentos: acolher a demanda dos usuários, através de critérios de avaliação de risco, garantindo referências a outros níveis de assistência, caso seja necessário; comprometer-se com a referência e a contra-referência destes usuários, aumentando a resolutividade e promovendo o acesso ao serviço, conforme a necessidade; definir protocolos que garantam a eliminação de intervenções desnecessárias, sempre primando pelo respeito as necessidades de cada sujeito (BRASIL, 2004).

Os serviços de urgência e emergência tem como propósito prestar atendimento aos usuários que procuram o serviço em estado clínico grave ou alterado, acolher e direcionar os casos não urgentes que podem ser tratados em outros serviços de menor complexidade. A proposta principal dos serviços hospitalares de emergência é a preservação do acesso e acolhimento aos usuários que necessitem de atendimento imediato, de modo estruturado, a fim de prevenir complicações e efeitos decorrentes de um tratamento médico, por tratamentos ou manipulações inadequadas, assim evitando a incapacidade física temporária ou permanente ou a até mesmo a morte (SOUZA, 2011).

O acolhimento deve, nos serviços de saúde, ser compreendido como diretriz política/ético/estético típico das maneiras de se fazer saúde e como ferramenta tecnológica utilizada na escuta, na construção de vínculos entre os diferentes atores deste processo, na garantia do acesso, e na responsabilização e resolutividade dos serviços.

O acolhimento e classificação de risco caracterizam-se como uma das ações primordiais na reorganização do fluxo das portas de urgência e emergências e na construção da produção de saúde em rede (BRASIL, 2009).

Segundo Oliveira et al. (2010, p. 47), “a implementação da Política Nacional de Humanização possui quatro marcas de governo específicas e uma delas pretende a redução de filas por meio de acolhimento com avaliação de risco e agilidade.”

Se referindo ao processo de trabalho das equipes dos Prontos atendimentos os profissionais devem realizar o acolhimento, de forma que garanta uma escuta qualificada, análise de vulnerabilidades com o propósito de responsabilização e resolutividade a demanda espontânea e ao primeiro atendimento.

As análises dos riscos e vulnerabilidades não devem ser competências somente dos profissionais da saúde, deve-se envolver neste processo o usuário e seu contexto social. Estas análises implicam ao profissional atentar-se tanto ao sofrimento físico quanto psíquico dos usuários (BRASIL, 2009).

São objetivos da classificação de risco: Avaliar o paciente na porta de entrada sua chegada de forma a proporcionar o atendimento humanizado; Descongestionar o pronto socorro; Reduzir o tempo de espera para o atendimento médico; Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo; Informar os tempos de espera; Promover ampla informação sobre os serviços aos usuários; Retornar informações a família. (SOUZA, 2009, apud COSTA, 2012, p. 18).

A classificação de risco é um instrumento que, além de ordenar o fluxo de atendimento nos setores de Prontos atendimentos, propõem que os atendimentos sejam realizados conforme parâmetros clínicos e não por ordem de chegada. Possui também outros objetivos significativos, dentre eles assegurar, conforme o grau de risco, o atendimento imediato ao usuário, abordar com usuários e familiares sobre o provável tempo necessário de espera para atendimento, incentivar o trabalho em equipe e, fornecer adequadas condições de trabalho pela ambiência e inserção do cuidado, obter o aprazimento dos usuários ainda possibilitando as articulações com os serviços internos e externos de atendimento (BRASIL, 2009).

Todos os indivíduos que procuram o serviço deverão ser atendidos por profissional da equipe técnica, e este deverá escutar suas queixas, aflições e medos, buscando identificar o nível de risco e vulnerabilidade, proporcionando resolução as necessidades imediatas e articulando com os demais serviços de forma resolutiva, quando este não esta ao alcance do próprio serviço.

O acolhimento e classificação de risco rompe com o modelo de saúde centrado apenas no médico, ao envolver os demais profissionais da saúde no processo de produção à saúde, cada um com suas habilidades e particularidades da profissão. Esta mudança no modelo de atendimento passa a exigir mais dos demais profissionais, que antes pareciam ter seus conhecimentos sub-aproveitados, porém agora se tornam membros ativos na resolutividade dos problemas de saúde dos usuários (DESCOVI, 2009).

3.4 Sistema *Manchester* de classificação de risco

No ano de 1994 surgiu a equipe de classificação de risco de *Manchester*, com o intuito de determinar um acordo entre a equipe de profissionais dos setores de urgência e emergência, em especial médicos e enfermeiros para uma classificação de risco padronizada. Este protocolo firma-se como instrumento fundamental para o planejamento e logísticas dos serviços de urgências e emergências de Portugal. Desde o início, da implantação do projeto no Brasil, no ano de 2007, foi incentivado pelo Grupo Português de classificação de risco. Desde sua primeira edição ocorreram inúmeras transformações no saber científico, tornando plausível as evidências da confiabilidade e utilidade deste protocolo.

O Protocolo de Manchester, possui como propósito único a priorização dos usuários, à partir da gravidade clínica apresentada no momento da avaliação, com o intuito de predicamentar o acolhimento e suas práticas de atendimento nos serviços (DAMASCENO et al.; 2014).

O mecanismo de entrada do *Manchester* é a queixa principal ou situação de apresentação do usuário aplica-se através de algoritmos e discriminadores, agremiado a tempos de espera, que são designados por cores (JUNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014).

Conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Sistema *Manchester* de classificação de risco

Nome	Cor	Tempo-resposta máximo (min.)
Emergência	VERMELHO	0
Muito Urgente	LARANJA	10
Urgente	AMARELO	60
Pouco urgente	VERDE	120
Não Urgente	AZUL	240

Fonte: Jones; Marsden; Windle (2010).

O profissional responsável pela classificação de risco através do protocolo de *Manchester*, segue um fluxograma de apresentação, que encaminha a um determinado discriminador geral e específico, o profissional deve identificar quais discriminadores possuem primazia clínica mais elevada. À partir da coleta e análise das informações capturadas, remetem a qual discriminador geral ou específico utilizar, que leva a decisão de prioridade e sua cor referente, assim como tempo de espera da mesma.

Este processo é uma abordagem sucinta e focalizada, onde as informações são capturadas, e o método definido para se aplicar uma prioridade, os dados desta avaliação e suas decisões devem ser sistemáticos e baseados em informações relevantes, esta competência deve ser adquirida pelo profissional responsável pela sua realização, através de conhecimentos, práticas e comunicação eficaz com os usuários (JONES; MARS DEN; WINDLE, 2010).

3.5 O enfermeiro frente ao acolhimento e classificação de risco

Os serviços de urgência e emergência são tidos como um importante componente na assistência a saúde prestada à população brasileira, sendo considerada como porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, o que acarreta em um crescimento imenso na demanda dos serviços, gerando longas filas de atendimento. A falta da utilização dos critérios clínicos para organização de atendimentos aos usuários, além de causar prejuízos, acaba por interferir no processo de trabalho da equipe, colaborando ainda mais para a superlotação dos serviços. Assim, surge o acolhimento e classificação de risco, como uma forma de reorganizar os atendimentos do serviço, de forma que os usuários não sejam mais direcionados por ordem de chegada, mas sim por critérios clínicos de gravidade (SOUZA et al., 2011).

De acordo com as particularidades da profissão o profissional enfermeiro é o mais indicado para realização do acolhimento concomitante a classificação de risco, pois as peculiaridades da profissão voltam-se a uma ligação mais próxima com o usuário nas unidades de saúde, através da capacidade de percepção, observação, comunicação e de integralidade em torno do paciente. Estas considerações remetem ao enfermeiro papel central no processo de acolhimento e classificação de risco, atuando sobre as vulnerabilidades e reais necessidades dos usuários (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2011).

Segundo a resolução do Cofen (423/2012), “o enfermeiro deve estar dotado de habilidades e conhecimentos, garantindo que a classificação de risco e priorização da assistência aconteça de forma adequada.”

O primeiro contato, dos usuários, com profissional da saúde é na classificação de risco, com o enfermeiro. Neste contato, algumas informações sobre o percurso dentro do setor, além de orientações sobre o tempo de espera para atendimento devem ser realizadas, além da disseminação da promoção à saúde, quando há tempo hábil para sua realização. No decorrer das classificações o enfermeiro pode vir a ter a necessidade de realizar alguns primeiros socorros, quando identifica esta necessidade, deve realizar a fim de agilizar e facilitar a assistência à saúde, causando bem estar ao usuário. Além destas atribuições o enfermeiro realiza encaminhamentos internos de usuários dependendo das instalações do serviço e práticas locais (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Na perspectiva do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (2011), o enfermeiro tem sido considerado o profissional mais indicado para realizar a classificação de risco, através de conhecimentos clínicos, habilidades de associar condições clínicas e protocolo direcionador utilizado pelo serviço.

O marco principal do papel do enfermeiro na classificação de risco é a correta e rápida avaliação de prioridades, através da tomada de decisões e registros precisos. Algumas avaliações requerem a necessidade de um maior tempo, devido a necessidade de verificação de sinais vitais, para o estabelecimento do grau de prioridade.

É preciso interpretar, discriminar e analisar a informação arrecadada dos usuários e realizar uma análise de suas intervenções, após a decisão, estas decisões serão instáveis e aleatórias se não houver sustentação de referência para se basear. A capacidade de tomada de decisão de forma sólida é indispensável para um cuidado adequado ao paciente (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Sob este enfoque Cofen (2012) afirma que “o enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.”

A classificação de risco, um processo realizado pelo enfermeiro de nível superior, que se baseia em consensos pré estabelecidos de acordo com a equipe médica para a realização da avaliação conforme nível de gravidade ou o potencial de agravamento do caso. Os protocolos pré definidos utilizados neste processo sistematizam a classificação (BRASIL, 2009).

A equipe de enfermagem exerce uma articulação central na organização nesta recente dinâmica de assistência, por meio da realização da classificação de risco, os profissionais ampliam suas práticas e conhecimentos, em benefício do cuidado humanizado, integral, efetivo em *prol* de melhorar o acesso dos usuários (VERSA et al., 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

O estudo sobre acolhimento e classificação de risco como dispositivo de construção de práticas, em um serviço de urgência e emergência, trata-se de um estudo qualitativo, inspirado na teoria da Etnoenfermagem, desenvolvido por Madeleine Leininger no ano de 1985. Este tipo de pesquisa é apoiada nas pressuposições da etnografia, adaptada para os estudos e análises de enfermagem, que centra-se na descrição e documentação, dos cuidados de saúde/enfermagem considerando a perspectiva dos indivíduos, suas práticas e convicções (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

As técnicas de pesquisa utilizadas foram a observação participante, que se apoia na oportunidade da realização de uma imersão na constante flutuação e nas ambiguidades da vida tal em conjunturas reais (ANGROSINO, 2009), e o uso de questões disparadoras aos profissionais para que durante a realização da pesquisa, a pesquisadora, pudesse demonstrar interesse e envolver-se durante o processo de coleta de dados.

A principal característica desse método é que o pesquisador participa em profundidade do campo em estudo, observa a partir de uma perspectiva de membro, porém também pode influenciar o que é observado através de suas participações, o pesquisador tem acesso a informações mais reais e completas do que aquelas obtidas pelos métodos tradicionais de coleta de dados (FLICK, 2009).

4.2 Local da pesquisa

A presente pesquisa foi desenvolvida em uma instituição hospitalar de referência regional, filantrópico e de ensino, situado no interior do Rio Grande do Sul. Local este, onde a autora esteve presente no serviço durante dez dias, pelo tempo, em média, de três horas diárias, nos turnos tarde e noite mantendo contatos, observando, registrando, perguntando e se envolvendo em ações simples de participações no campo.

A instituição possui, em média, duzentos e trinta e quatro leitos, cerca de novecentos funcionários que são distribuídos em quatro turnos de trabalho.

A estrutura física do campo em estudo é composta por uma recepção, um saguão de espera, uma sala de classificação de risco, três consultórios médicos, uma sala de observação com capacidade para oito leitos, uma sala de medicação, uma sala de sutura, uma sala de

isolamento, uma sala vermelha com capacidade para seis leitos, uma sala de emergência, uma sala de Raio-X, uma sala de regulação de leitos, expurgo, além de banheiros para usuários e profissionais do setor.

O estudo teve seu foco no setor de Pronto Atendimento da instituição, o qual realiza em torno de seis mil e trezentos atendimentos ao mês. Para atender a esta demanda, o setor conta com a seguinte composição de trabalhadores nos turnos do dia: quatro funcionários da recepção, dois enfermeiros, sete técnicos de enfermagem, três médicos plantonistas e uma funcionária de higienização. No turno da noite encontram-se no local, quatro funcionários da recepção, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, três médicos plantonistas e uma funcionária de higienização.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais, de ambos os sexos, dos turnos tarde e noite, que realizam atividades de acolhimento e classificação de risco no setor de pronto atendimento na instituição hospitalar, no interior do Rio Grande do Sul. Os critérios de inclusão dos profissionais foram os seguintes: que atuassem no setor há pelo menos dois meses, sendo este período considerado suficiente para que o profissional esteja familiarizado com as rotinas do setor, destes somente foram observados os que concordaram expressamente a fazer parte do estudo.

Sendo atingida no estudo a totalidade de vinte e quatro profissionais, sendo destes quinze funcionários da recepção, dois vigias e sete enfermeiros.

4.4 Procedimentos éticos legais

Antes de iniciar a coleta dos dados propriamente dita, foi necessária a realização da revisão da literatura sobre o tema “Acolhimento e classificação de risco em um setor de urgência e emergência” sendo que, a partir desta pesquisa, havia subsídio para desenvolver as fases iniciais do estudo, como objetivos da pesquisa, metodologia a ser utilizada bem como a forma de coleta dos dados.

Posteriormente, foi encaminhado a Secretaria de Ensino e Pesquisa da instituição o formulário de protocolo para desenvolvimento da pesquisa no local, para solicitação de autorização para realização do estudo. Neste formulário foi destacado que será mantido o anonimato dos sujeitos, instituição e município.

Após a autorização da instituição (ANEXO A) foram contatados os profissionais do setor de Pronto Atendimento, que aceitaram participar da pesquisa, os mesmos tiveram seus nomes substituídos pela respectiva letra “E”, seguido de um número, para garantir aspectos éticos e assegurar o anonimato das participantes, além disso, foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que foi assinado em duas vias, sendo que uma via permaneceu com o sujeito entrevistado e a outra preservada com a entrevistadora, que por questões éticas da pesquisa será guardado por quatro anos e, após incinerado.

4.5 Instrumentos para coleta de dados

No projeto inicial de pesquisa, havia sido previsto que a coleta de dados seria realizada através da observação participante e, entrevistas semi estruturadas, porém ao entrar no campo para a coleta de dados, notou-se que perguntas disparadoras durante as observações, seriam de maior valia para o estudo, por englobarem questões pontuais no momento em que aconteciam as práticas, garantindo maior fidedignidade nas respostas, por serem realizadas informalmente, em forma de conversa.

A coleta de dados foi realizada no ambiente de Pronto atendimento por meio de observação participante, com o apoio de um diário de campo e perguntas disparadoras no decorrer da observação aos enfermeiros do setor. As perguntas de pesquisa são realizadas voltadas aos fenômenos, temas e processos no presente momento em que o pesquisador as julga necessário para descobertas em profundidade do assunto (FLICK, 2014).

4.6 Registro dos dados

Para o registro das observações foi utilizado o diário de campo, onde a autora procurava registrar as atividades desenvolvidas, as impressões, observações, considerações e sentimentos.

As observações e perguntas de pesquisa eram registradas todos os dias, imediatamente após o período de saída do setor, em uma sala da instituição, onde registrava as falas dos profissionais, usuários e familiares, ou mesmo parte delas que fossem pessoalmente consideradas importantes para o estudo. Tais como, alguns sentimentos, posturas corporais, formas comunicacionais e outras.

4.7 Coleta e análise dos dados

A análise dos dados transcorreu conforme abordagem da etnoenfermagem, descrita por Leininger (1985), utilizando o modelo de observação participante, que prevê quatro fases:

A primeira é a fase de observação, em que o pesquisador possui uma visão abrangente do contexto, os ápices desta fase são a observação, escuta e a familiarização com o pesquisador por parte dos pesquisados. Além de conhecer o contexto de modo amplo, e possuir uma visão mais próxima da cultura daquela população em estudo, esta fase estabelece o primeiro contato com os pesquisados.

A segunda fase é caracterizada pela observação com alguma participação, a observação contínua, porém vai se tornando mais detalhada e focada nas situações que abrangem o fato a ser investigado, com a presença de algumas participações e diálogos informais por parte do pesquisador com os pesquisados.

A terceira fase, é a ênfase da participação, é o momento em que a observação vai diminuindo, e o pesquisador vai transformando-se em um participante das ações cotidianas dos pesquisados. As observações, associadas às participações diretas em campo, favorecem a construção de vínculos, a captação das experiências e sentimentos dos pesquisados, neste período a familiarização dos pesquisados com o pesquisador é essencial, pois auxilia na compreensão melhor dos fenômenos daquela cultura. Este foi o momento em que a pesquisadora sentiu-se autorizada para ouvir, perguntar sobre seu objetivo central da pesquisa e, a conversar com obtenção de respostas livres, nos dias subsequentes eram checadas novamente em relação ao acolhimento e classificação de risco e as respostas vinham de forma livre, carregadas de significados e ricas em detalhes o que aumentou o grau de responsabilização do pesquisador junto a seus informantes da pesquisa. Sendo assim, nesta fase foram realizadas as entrevistas com os pesquisados.

A quarta fase é a de observação reflexiva, é o momento em que o pesquisador reflete sobre as situações e acontecimentos vivenciados no período da pesquisa, fazendo uma sinopse sobre todo o processo e analisando as informações coletadas no estudo (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

5 RESULTADOS E APRESENTAÇÃO DE DADOS

No primeiro momento, com o propósito explícito de aproximação com o contexto de campo, a fim de descobrir um percurso para a inserção junto aquele grupo, a pesquisadora apresentou-se aos enfermeiros do setor de Pronto atendimento, desta forma, justificando a permanência no campo para que fosse realizada a coleta de dados no local. Explanando então sobre o estudo, objetivos que pretendia alcançar, tempo de permanência no campo. Após, me apresentei aos demais profissionais do setor, explicando sobre a minha pesquisa, como seria realizada a mesma, bem como manteria o anonimato de todos participantes do estudo e, a não implicância de riscos ou prejuízos aos mesmos.

A observação participante acontece sob duas dimensões, o pesquisador como participante ativo no campo, acolhido pelos profissionais, e a observação tornando-se cada vez mais precisa e centralizada nas dimensões imprescindíveis para a pesquisa (FLICK, 2009).

A primeira visita ao campo de estudo foi para familiarização com o cenário de pesquisa, usuários e os profissionais, assim como compreender melhor as rotinas e fluxos do serviço. Primeiramente a autora se deteve em observar o processo de acolhimento e classificação de risco utilizado pela instituição, e outras rotinas do setor ainda de forma observacional, sem questionamentos aos envolvidos.

Após esse período de observação no local, para poder ir se inserindo ao grupo, a autora aprimorou a observação e a escuta, iniciando a participação em tarefas simples como encaminhamentos internos dos pacientes, ajuda na retirada de senhas, recepção de pacientes, informações em geral e alguns procedimentos relacionados à verificação de sinais vitais na sala de classificação de risco. Estas foram inseridas de forma progressiva à medida que os profissionais começaram a se sentir mais confiantes, em relação ao pesquisador e a introduzir o mesmo no seu cotidiano.

Para Angrosino (2009), ao pesquisador cabe realizar um esforço para ser aceito e respeitado como pessoa e não somente como pesquisador, tendo muitas vezes de adquirir um comportamento que agrade aos sujeitos em estudo. O observador participante não consegue possuir controle sob todos os elementos que envolvem o estudo, visto que por vezes, deve se deixar levar com os acontecimentos, sendo dependente da benevolência dos sujeitos em estudo. Essa questão necessita manter a reflexão e a autocrítica para não prejudicar a coleta de dados, no sentido de não comprometê-la.

Para a análise e em busca da melhor compreensão dos resultados deste estudo, realizou-se o agrupamento de informações que permitiu categorizar os dados, a saber: O cenário de observação; A relação operacional do processo de acolhimento e classificação de risco no cenário da prática; e Classificação de risco com gestantes- Um processo distinto.

5.1 Categoria 1: O cenário de observação

Durante o período de coleta dos dados o cenário de observação em estudo foi o setor de Pronto Atendimento de uma instituição hospitalar no interior do Rio Grande do Sul. O setor conta com um quadro de funcionários distribuídos no turno da manhã e tarde da seguinte forma: quatro funcionários da recepção, dois enfermeiros, sete técnicos de enfermagem, três médicos plantonistas e uma funcionária de higienização. O turno da noite tem um efetivo composto por quatro funcionários da recepção, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, três médicos plantonistas e uma funcionária de higienização. O setor ainda possui como responsáveis um coordenador médico e uma coordenadora de enfermagem.

A pesquisa tem como foco preciso os ambientes em que ocorre o processo de acolhimento e classificação de risco, à partir do momento em que o usuário chega ao serviço, até o momento da classificação de risco, sendo o cenário então, mais precisamente a entrada, recepção, sala de espera e sala de classificação de risco.

Ao adentrar no setor os usuários deparam-se com um totem para retirada de senhas, o mesmo possui a opção de atendimento preferencial que se enquadram os idosos acima de 60 anos e atendimento normal o qual se enquadram os demais usuários que procuram o serviço. No local permanece um funcionário da recepção o qual realiza orientações e ajuda aos usuários na retirada das senhas, para posterior cadastro na recepção. Na recepção há três balcões de atendimento, os quais permanecem em constante funcionamento. Neste, encontram-se folhetos explicativos sobre acolhimento e classificação de risco, com o intuito de educar os usuários do serviço quanto ao processo. No local, há ainda, um painel eletrônico que ordena os atendimentos conforme senha retirada na entrada do setor. Este o local possui cinco cadeiras para os usuários aguardarem atendimento, considerando que estas, por vezes, são insuficientes, devido ao grande fluxo de usuários e acompanhantes. Além dos já referidos o local ainda possui um banheiro de uso unissex, para os usuários, e, um purificador de água. Neste ambiente há uma janela ampla que permite a visualização da rua, que em dias ensolarados permitem que a iluminação do ambiente ocorra através dela, de forma natural.

Posteriormente ao cadastro os usuários aguardam a classificação de risco na sala de espera, que é um cômodo amplo, com iluminação predominantemente artificial. No local, há um painel eletrônico que organiza o fluxo de atendimentos, conforme a senha dada no cadastro. Este mesmo divide-se em vermelho e azul, o vermelho indica as senhas para a classificação de risco com o profissional enfermeiro, o azul para as consultas médicas, através da senha do cadastro recebido na recepção. Neste espaço existem, em média, sessenta cadeiras, alguns cartazes informativos dentre eles sobre a classificação de risco, que informa o que é a classificação de risco, sua respectiva cor, assim como, o que se enquadra na mesma, como sinais e sintomas, e o tempo de espera para a respectiva classificação. Este material serve de orientação e visualização para ajudar aos usuários a compreender o processo e suas características.

A sala de classificação de risco é um cômodo pequeno, de paredes claras, possui uma janela com vista para o pátio da instituição, no local há uma pia para lavagem de mãos, um computador, impressora, aparelhos de verificação de sinais vitais, além de folhetos informativos, em um painel de recados. As informações dos mesmos são sobre picadas de animais, sepse, classificação de risco e informações gerais do setor, dentre outras. No local permanece o profissional enfermeiro que é designado como responsável pela instituição para realização da classificação de risco.

Neste setor circulam profissionais de diversas áreas, da enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia, farmácia, assistência social, assim como recepcionistas e vigias. Porém os profissionais envolvidos no processo de acolhimento e classificação de risco são somente vigias, recepcionistas e o profissional enfermeiro.

5.2 Categoria 2: A relação operacional do processo de acolhimento e classificação de risco no cenário da prática

Ao chegar ao serviço de Pronto atendimento a procura de atendimento o usuário é recebido por um funcionário o qual presta auxílio na retirada de senhas, realizando os encaminhamentos internos e esclarecendo dúvidas em geral. Logo após, o usuário é guiado até a sala de recepção para realizar o cadastro de entrada no sistema informatizado de atendimentos do hospital.

Esta prática, de acolhimento, não pode restringir-se as dificuldades da recepção da demanda dos usuários e acompanhantes, na porta de entrada dos serviços de saúde, este só possui propósito de compreender-se como um elemento essencial da produção de saúde, como

elemento de qualificação das relações, suscetível de ser compreendido e realizado em todo e qualquer local do serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Na recepção do setor é realizado, pelos funcionários administrativos, o cadastro do usuário no sistema da instituição. Para efetuar este cadastro o usuário deve dispor de informações pessoais, tais como nome, número do cartão do Sistema Único de Saúde, data de nascimento e nome da mãe. Neste momento, os usuários são questionados quanto a sua queixa principal, ou seja, o que o levou a buscar o serviço de Pronto atendimento, sendo com este dado concluído o cadastro. Após este procedimento operacional, é feito o encaminhamento ao saguão de espera do setor, portando seu cadastro e senha para atendimento.

Durante as observações deste fragmento do processo de saúde e recepção dos usuários, foi possível verificar que as relações vinculadas ao acolhimento do serviço, aparecem distintas do esperado, pois há certa falta de paciência e desgaste emocional por parte dos profissionais, que podem estar sendo gerados pelo quantitativo diário de atendimentos no setor.

Segundo Brasil (2010, p.8), “o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.” É essencial que não se delimite a ação de acolher ao problema da recepção a demanda espontânea, deve ser realizado em qualquer encontro dentro do serviço de saúde e não apenas na condição particular do ambiente de recepção da unidade. Esta ação na porta de entrada dos serviços compreende-se como um caminho para o acolhimento em todos os processos de produção de saúde no setor, esta proposta articulada com mudanças no processo de gestão e de trabalho é essencial para a humanização da assistência nos serviços de saúde. Tais questões também precisam levar em conta o ambiente, o preparo e a disposição em atender, casos que em sua grande maioria não se caracteriza como urgência ou emergência (BRASIL, 2010).

O acolhimento adjunto a classificação de risco segue parâmetros clínicos, e protocolos pré-estabelecidos, que colaboram com a assistência à saúde a ser prestada ao usuário, atentando a seu grau de necessidade tanto psíquica, quanto física (BRASIL, 2004).

Ao adentrar a sala de classificação de risco, é permitida ao usuário a presença de somente um acompanhante. Este fato, muitas vezes observado, causou certa revolta por parte de alguns usuários que não compreendem tal conduta, sendo evidente nos casos de acompanhantes de idosos, que questionavam o porquê e o que influenciaria no fluxo da unidade.

Na sala de classificação de risco o paciente é recebido pelo profissional enfermeiro, sendo este designado pela instituição, para realização da mesma. O enfermeiro tem sido o profissional mais indicado na realização do acolhimento e classificação de risco aos usuários que procuram os serviços de urgência e emergência, devido à capacidade de percepção, observação e comunicação que são características da profissão (DESCOVI, 2009).

Ao disparar questões sobre o exposto os enfermeiros relatam a participação em um treinamento sobre o protocolo de Manchester para aprimorar seu olhar clínico e objetivo em torno do paciente:

E1: “Antes da implantação do Manchester aqui no setor de Pronto Atendimento, recebemos um treinamento este que foi essencial para que tivéssemos um olhar ampliado para realizar a classificação”.

E3: “Participamos de um treinamento para fazer a classificação de risco conforme o protocolo de Manchester foi bem interessante, direcionou nossa assistência e nos sanaram dúvidas”.

E5: “Todos os enfermeiros do pronto atendimento fizeram um treinamento, achei bem valioso, pois nos guiou, direcionou a como seguir as classificações de risco”.

O protocolo de *Manchester* foi elaborado com o intuito de assegurar que aos usuários aguardem somente o tempo considerado seguro para o atendimento médico, organizando as filas e fluxos nos serviços de Prontos atendimentos. Este protocolo trabalha com uma sequência de instruções e discriminadores, que são simbolizados por cores, sendo destas cada uma referente a um tempo de espera. O mecanismo principal do protocolo se dá pela queixa ou situação de apresentação do paciente (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2014).

Como a instrução da instituição é da aplicação do protocolo, conforme o relato dos profissionais, o enfermeiro dentro de suas atribuições questiona as queixas do usuário e o avalia. A partir desta avaliação e partindo da queixa principal, o enfermeiro “enquadra” no protocolo de Manchester, que direciona aos aspectos a serem observados no paciente de forma ordenada, seguindo o fluxo do protocolo para cada queixa, direcionando aos sinais que devem ser verificados, dentre eles: nível de consciência, escala de dor, e outros.

Para o enfermeiro é indispensável a capacidade de interpretação para analisar a informação colhida do usuário e familiares (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010). Observe-se isso nas seguintes falas dos sujeitos em estudo:

E1: “O protocolo vai nos guiando, então não é o enfermeiro que classifica o paciente, e sim as fases do protocolo que vão sendo preenchidas, até chegar a uma classificação final”.

E2: “Acontecia muito dos pacientes se irritarem por ter que esperar, agora eles já entendem melhor o que é a classificação”.

E3: “O Manchester veio para facilitar a classificação antes realizada, pois agora o profissional possui um embasamento para classificar”.

E5: “Agora com o Manchester ficou fácil, tu tem um apoio por trás, não é o enfermeiro que decide quem vai ser atendido primeiro, antes era complicado”.

A utilização do acolhimento e classificação de risco permite a organização dos atendimentos, indo ao encontro das necessidades dos usuários, pois, o apoio de protocolos pré definidos auxiliam as necessidades e tempo necessário para intervir nos agravos clínicos, expostos no momento da classificação, definem a ordem de atendimento, proporcionando uma melhor organização do fluxo no setor (DESCOVI, 2009).

A adesão ao Protocolo de Manchester beneficia a todos os usuários do sistema de saúde, evitando mortes e causando melhorias nos fluxos internos das instituições (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

Dentre estas perspectivas, de forma unânime, todos os observados ressaltam o acolhimento e classificação de risco como um facilitador do processo de trabalho:

E1: “Sistematiza o processo de trabalho da equipe, valoriza o mesmo a partir das prioridades a serem atendidas”.

E2: “Organiza os atendimentos, prioriza os mais importantes e a equipe possui um respaldo legal para isso”.

E3: “Ordena os atendimentos dentro da unidade fazendo com que os profissionais atendam primeiramente os pacientes que necessitem de atendimento mais rápido”.

E4: “É um processo dinâmico, é preciso, vai direto a queixa principal e ao encaminhamento correto, facilita”.

E5: “Organiza o fluxo de atendimento conforme prioridades, facilitando pra equipe”.

E6: “Prioriza as necessidades, organizando a equipe e o serviço, de forma que garante uma melhor assistência”.

Durante as visitas ao campo, a pesquisadora se questionava sobre os aspectos positivos e negativos do fluxo operacional deste processo, tendo em vista que, ao operacionalizar o processo de tal forma este se torna rígido e objetivo, perdendo a essência acerca das relações humanas. Estas relações são essenciais nos processos de produção em saúde, com vínculo e

responsabilização. Estes processos partem do trabalho grupal e cooperativo, entre sujeitos envolvidos, exige as interações e confabulações permanentes, pois em meio a elas que questionamentos são produzidos, afirmando a autonomia e corresponsabilização das pessoas envolvidas na construção deste, afirmando a indissociabilidade entre os sujeitos e a produção de saúde (BRASIL, 2009).

A classificação de risco serve de alicerce para organização de filas de espera, propõe uma ordem de atendimento, através de parâmetros clínicos, e não mais pela ordem de chegada ao serviço. Além de outras metas, como: assegurar atendimento imediato ao usuário com alto índice de risco; informar aos usuários e acompanhantes sobre a provável duração de espera; aprimorar o trabalho da equipe através da análise constante do processo; melhorar a ambiência e implantação do cuidado horizontal e interdisciplinar; incentivar a estruturação das redes internas e externas dos atendimentos (BRASIL, 2009).

Através da realidade do campo, foi possível perceber que ainda há insatisfação por parte dos usuários, que não compreendem completamente a necessidade de esperar o tempo previsto, após a classificação de risco, estabelecendo por vezes uma relação desrespeitosa com os trabalhadores. Essas evidências merecem atenção, vez que receptividade e respeito são considerados importantes na relação entre trabalhadores e usuários, resultando em uma avaliação positiva de acolhimento e classificação de risco, no setor estudado.

Na unidade de saúde em estudo este processo é realizado de forma rápida e objetiva, porém a classificação de risco requer certa agilidade, informações e questionamentos são realizados superficialmente ou, nem são, acarretando em uma classificação mecanizada, sem oportunizar ao enfermeiro uma melhor análise. O protocolo é um mecanismo útil, entretanto não satisfatório em sua totalidade por se tratar de um processo integral, não tratando dos aspectos subjetivos dos usuários e as vulnerabilidades daqueles que procuram o serviço para uma avaliação eficaz, este protocolo não substitui o acolhimento, a escuta, o diálogo do profissional com o usuário, pois, somente organiza fluxos de atendimento (BRASIL, 2009).

No campo em estudo observa-se a grande procura da população pelo serviço, utilizando-o como principal porta de entrada a rede de saúde municipal. Esta procura pode estar relacionada a vários fatores, como: localização central, resolutividade, atendimento rápido, garantia de atendimento, assim como a realização de exames, raio x, e encaminhamentos a especialidades. Referente a isto, Descovi (2009) em seu estudo afirma que as portas dos prontos atendimentos têm sido reconhecidas pelos usuários como a melhor e mais rápida forma de garantir atendimento, o que acarreta em superlotações dos serviços, e

nas dificuldades destes serviços em satisfazer as necessidades de cada usuário, além de causar dificuldades na priorização de atendimentos.

Através dos conhecimentos adquiridos durante a graduação e a partir da análise deste período, dentro do setor, a autora pode observar que o fluxo de pacientes que procuram o serviço é imenso, sendo que destes, grande parte dos casos não se enquadram no propósito do setor de urgência e emergência, em grande maioria poderiam ser atendidos na Atenção Básica do município. Os relatos dos enfermeiros a respeito do exposto apontam como causa destes:

E1: “A Estratégia de Saúde da Família não resolve, aqui tem resolutividade sempre”.

E2: “Aqui no setor de emergência tudo se resolve, e é rápido e prático”.

E3: “A atenção básica do município não dá conta de atender a população com as consultas eletivas”.

E4: “Aqui no setor o atendimento é rápido, a localização é central, dentre outras facilidades, na atenção básica falta profissional”.

E5: “A atenção básica não funciona como deveria, as pessoas vem aqui por coisas fúteis”.

E6: “O pronto atendimento a localização é central, é rápido o atendimento.. tem exames, encaminhamentos, tem tudo”.

Conforme orientações do Ministério da Saúde todos os usuários que procuram o serviço de pronto atendimento devem ser acolhidos e avaliados, de acordo com suas necessidades individuais (BRASIL, 2004).

Segundo Cofen (2012), art. 1º No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.

Ao questionar, os enfermeiros, sobre os usuários que não se enquadram ao propósito do serviço de pronto atendimento estes poderiam ser encaminhados para outra unidade de saúde que atendesse a suas reais necessidades, após serem acolhidos e avaliados pelo enfermeiro do setor, os mesmos afirmam que:

E1: “Algumas vezes encaminho o usuário a unidade básica de saúde, porém no município a referência e contra referência não funciona de fato, na maioria dos casos os usuários retornando ao serviço”.

E2: “Foram poucas as vezes que encaminhei algum usuário, acredito que se veio até o serviço, temos a obrigação de atender, mesmo que demore”.

E3: “Acabo por direcionar todos para consulta médica aqui no setor, porém os casos que não se enquadram são classificados em azul”.

E5: “Eu encaminho todos os pacientes à consulta médica, o médico que decide se o caso que se enquadra na finalidade do serviço, porém, na maioria das vezes, todos são atendidos”.

Sob este enfoque Coren-ES (2015), ao profissional enfermeiro não cabe a exclusão ou impedimento de acesso a consulta médica do usuário. Sobre encaminhamentos também não se encontra embasamento legal, ainda confrontando-se com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.079/201 que diz: “o paciente classificado por enfermeiro não pode ser liberado ou encaminhado a outro local sem ser consultado por médico”.

Todo usuário que acessar ao Serviço de Pronto Atendimento obrigatoriamente, deverá ser atendido pelo profissional médico, em hipótese alguma poderá ser encaminhado a outro serviço de saúde ou dispensado de atendimento, por outro profissional de saúde, que não seja o médico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

Os princípios do Sistema Único de Saúde especificam que para a produção de oportunidades de responsabilização, vínculo e integralidade das ações, os prontos atendimentos devem desenvolver articulações com a atenção básica dos municípios, ambulatórios de especialidade, e internação domiciliar, entre outras. Promovendo não só uma assistência de saúde eficaz ao usuário, de forma integral e resolutiva, afirmando, nas rotinas das práticas em saúde, a existência simultânea das macro e micropolíticas (BRASIL, 2009).

É essencial, para que haja a possibilidade de encaminhamentos, a elaboração de um protocolo acordado entre todos os profissionais da saúde, do setor, de forma que facilite e garanta uma boa comunicação e interação entre as instituições. O protocolo deve prever vias internas e externas de encaminhamentos, a partir da classificação de risco (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Após a classificação realizada pelo enfermeiro, os usuários são encaminhados à sala de espera ou, em casos de sutura ou outros procedimentos invasivos, são conduzidos a uma sala especial para realização dos mesmos, ou ainda, os que são classificados como emergências são direcionadas ao consultório médico imediatamente, prevenindo agravos ao estado de saúde.

O setor possui ainda uma porta de entrada distinta, através da qual entram as emergências, trazidas por serviços pré hospitalares de apoio, como: Samu, bombeiros e ambulâncias do município, além de carros particulares. Nestes casos, as mesmas são avaliadas de forma rápida, pelo enfermeiro do setor que se encontra responsável pela assistência, e se identificada a emergência, são imediatamente atendidos, e, somente após o atendimento, o enfermeiro realiza a classificação de risco no sistema. Tal sistema está

disponível em outro computador, na sala de emergência. Este processo reafirma-se nas seguintes falas dos sujeitos em estudo:

E1: “O enfermeiro que está responsável pela assistência, classifica lá na porta da frente também, depois de avaliar”.

E4: “As emergências chegam, e são atendidas, só depois classificamos no sistema. Afinal a vida é mais importante que o protocolo né...”.

E6: “Na porta de entrada das emergências o paciente é classificado depois de ser atendido, mas sempre é classificado pelo enfermeiro responsável pela assistência”.

No período de observação, notou-se que em alguns casos, esta porta de entrada é utilizada de forma inadequada, tanto por pessoas da comunidade, como serviços de primeiros socorros à pacientes, por vezes ocorre que usuários inserem-se no setor pela porta de emergência, porém, não são casos de emergência, então, o paciente é classificado e encaminhado para sala de espera para posterior consulta médica.

Em relação a isto os enfermeiros em suas falas, afirmam:

E2: “Os profissionais responsáveis pela emergência, encaminham o paciente aqui pro setor de consultas, pra ser atendido da mesma forma dos demais usuários, participando das mesmas etapas do processo de classificação de risco”.

E3: “Muitas vezes isso acontece no setor, sendo os usuários encaminhados para o atendimento médico normal, com todas as etapas referentes ao processo”.

5.3 Categoria 3: Classificação de risco com gestantes - um processo distinto

- **Gestantes**

O processo de classificação de risco das gestantes, que procuram o serviço de pronto atendimento, na instituição estudada ocorre de forma distinta.

A entrada disponibilizada com exclusividade para as gestantes do Sistema Único de Saúde ocorre somente pelo pronto atendimento, sendo que a principal porta de entrada do hospital é a do setor.

Na entrada as gestantes retiram a senha de atendimento no totem, realizam o cadastro na recepção, informando seus dados pessoais. São questionadas pelo funcionário da recepção sobre o motivo da sua busca de atendimento, bem como quantas semanas de gestação a usuária se encontra.

Durante o período da pesquisa no campo, a autora pode observar que se a motivação da busca por atendimento tiver alguma relação com a gestação, ou se estiver com o numero de

semanas de gestação elevada, essas gestantes são imediatamente encaminhadas ao centro obstétrico da instituição.

Cabe ressaltar que as gestantes não realizam o processo de classificação de risco padrão, no setor de urgência e emergência, sendo apenas eventualmente classificadas conforme avaliação do enfermeiro. Sobre isto os enfermeiros dizem que:

E4: “Os recepcionistas sempre vem nos avisar, para só depois as gestantes subirem ao centro obstétrico”.

E5: “O enfermeiro que decide as gestantes que necessitam direcionar-se ao centro obstétrico, e as que não necessitam, pois os clínicos gerais aqui do PA podem atender, por não se tratar de queixa específica da gestação”.

E6: “As queixas específicas da gestação vão para o centro obstétrico, as demais são atendidas aqui”.

Notou-se através de conversas com os diversos profissionais envolvidos neste processo e nas observações no campo, que o processo não é realizado desta forma, conforme referem os enfermeiros. Talvez o grande fluxo de atendimentos, ou falta de orientação, por parte dos profissionais da recepção, os enfermeiros, foram raras vezes comunicados sobre as gestantes que procuravam o serviço e sua situação. Na prática a maioria dos encaminhamentos, ao centro obstétrico, partiram da avaliação do funcionário da recepção, o qual designou se este seria necessário, sem a prévia avaliação de um profissional da saúde.

Referentes ao exposto o Ministério da saúde afirma que, o processo de classificação de risco deve ser realizado exclusivamente por um profissional da área de saúde, que deve estar dotado de conhecimentos tecnocientíficos, e utilizar protocolos pré definidos, para a eficácia da classificação, de acordo com parâmetros clínicos, identificando riscos, vulnerabilidades e sofrimento dos usuários. Este processo prevê que todos os usuários que procuram o serviço sejam atendidos conforme suas necessidades, e tenham uma assistência com responsabilização e resolutividade (BRASIL, 2009).

Desta forma, pode-se observar, que existe uma falha no processo no que diz respeito as gestantes, visto que, todas as gestantes deveriam realizar a classificação de risco com o enfermeiro no setor estudado, para que seja uma assistência a saúde adequada e que se de o encaminhamento ao centro obstétrico da instituição somente em casos que realmente sejam necessários.

6 CONCLUSÃO

O acolhimento e classificação de risco é uma tecnologia que prevê melhorias na qualidade do serviço de Pronto Atendimento, visando mudanças nas práticas de saúde, sendo um instrumento ponderável na implantação de redes de atenção, reorientação da política assistencial nos serviços de urgências e emergências, articulando os pressupostos da humanização e qualificação da assistência.

Desde sua criação o Sistema Único de Saúde Brasileiro, enfrenta alguns problemas nos setores de urgências e emergências, dentre eles esta a superlotação e as explicações para a mesma são multifatoriais, mas é provável que por estes fatores o processo de acolhimento e classificação de risco ainda encontre dificuldades de efetivação. Apesar dos constantes avanços, estas tecnologias requerem muitos aperfeiçoamentos, em prol de alcançar o que foi idealizado pelas políticas, protocolos e cartilhas oficiais. Um caminho longo ainda deve ser trilhado para que possamos visualizar mudanças significativas no processo de saúde.

Embora o atual processo mantenha-se efetivado de acordo com o modelo do protocolo de Manchester, reforça-se a responsabilidade da equipe que trabalha no setor de pronto atendimento em restaurar práticas e compreensões individuais e coletivas, na busca constante pela assistência individualizada e humanizada, respeitando fatores sociais, culturais, psicológicos e biológicos como modo de qualificação da essência, do cuidado e processo da assistência em saúde de modo integral.

Acreditando que o sucesso de qualquer pesquisa seja determinado em grande parte pelo caminho metodológico nele adotado, a pesquisa de cunho qualitativo, através da observação participante e, questões disparadoras no decorrer das observações, inspirada na teoria de Etnoenfermagem desenvolvida por Madelaine Leininger, permitiu maior aproximação com o cenário de assistência a saúde direta aos usuários do setor de Pronto Atendimento. Ao utilizar essa referencia metodológica, a autora não é uma pessoa separada dos sujeitos em estudo e das atividades dos mesmos, é um integrante daquele círculo de práticas e vivências. Partindo do pressuposto que ao, tornar-se uma pessoa familiar e conhecida, a pesquisadora teve acesso a informações reais e íntegras, do que aquelas obtidas pelos métodos tradicionais de coleta de dados.

Para a autora, o estudo foi de grande valia para refletir e vivenciar que o processo assistencial e a gestão sofrem influência, tanto sociais quanto culturais, não somente dos usuários como das equipes de atendimento á saúde. A pressão exercida pela superlotação, que caracteriza o setor estudado, promove uma assistência fragmentada, em sua maioria por ações

específicas e imediatas. Na maioria das vezes desarticuladas, e que não foram resolvidas na atenção básica, resultando em conflitos e insatisfação para os trabalhadores da saúde.

A partir dessa vivência, foi possível observar e compreender que a qualificação da rede de atenção em saúde, em termos de resolutividade, ainda necessita se consolidar melhor, não deixando como única opção aos usuários os serviços de urgência e emergência. Forma através da qual estes serviços continuaram superlotados, acarretando dificuldades em sedimentar o que as políticas de saúde dizem em relação a humanização das ações de saúde, acolhimento com responsabilização dos usuários que procuram o serviço e, assistência de forma integral aos usuários, conforme suas necessidades físicas e psíquicas.

O setor estudado, ao se orientar em parte pela linha de assistência do acolhimento e classificação de risco, nos serviços de urgências e emergências, possibilitou a garantia dos usuários de uma melhor acessibilidade, assim como maior resolutividade. Porém, ao basear-se, na íntegra do protocolo de Manchester, acaba por não capturar todas as necessidades apresentadas pelos usuários durante o processo de avaliação e classificação de risco.

Sendo assim, o acolhimento e classificação de risco revela-se um desafio para a equipe de profissionais do setor de Pronto Atendimento, por se tratar de uma tecnologia que pressupõem mudanças no processo de trabalho, a fim de garantir maior acessibilidade, resolutividade, organização dos fluxos de atendimento conforme parâmetros clínicos dos usuários. A combinação destas duas tecnologias ao cotidiano dos serviços de urgências e emergências, afirma que nestes setores é necessária a realização do processo de assistência a saúde de acordo com as diretrizes e conceitos do atual sistema de saúde, garantindo a construção deste processo à população.

Conclui-se que somente a realização do acolhimento e classificação de risco em si, não assegura avanços no processo de qualificação da assistência em saúde. São primordiais pactuações, internas e externas, para a construção efetiva deste processo, através da humanização das relações, acolhimento, organização do processo de trabalho e de uma formação acadêmica holística, dos profissionais da saúde.

Tratando-se especificamente do profissional enfermeiro, com atuação destacada na classificação de risco, as evidências demonstradas com base na pesquisa realizada e, leituras referentes ao tema, fica implícito que este é um dos profissionais mais indicados para realização da avaliação e classificação de risco. Esta prática, cada vez mais, ressalta a importância de uma formação holística destes profissionais, que devem possuir uma visão clínica ampliada em torno do paciente, efetivação de diálogos, escutas humanizadas e conhecimentos das práticas de saúde e seus significados.

Pretende-se que as percepções e descrições levantadas durante este estudo, no setor de pronto-atendimento, de uma instituição hospitalar, possam ser analisados e repensados, pelos profissionais que prestam a assistência aos usuários, coordenadores, gestores institucionais, e responsáveis pela formação dos profissionais, com o objetivo de desenvolver iniciativas de qualificação da assistência, humanização de ações, organização do processo de trabalho e de saúde, primando pelo acolhimento a todos os usuários que procuram o serviço.

REFERÊNCIAS

ANGROSINO, M. *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 354, de 10 de março de 2014. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2014/03_marco/PT_GM_N_354_10.03.2014.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: MS, 2000. 41 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

COFEN. Resolução Cofen nº 423/2012. Abril de 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 02 mai. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.077/14. Brasília-DF, 16 set. 2014. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/novaHome.php?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=a&ficha=1&id=12467&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=2077&situacao=VIGENTE&data=24-07-2014>>. Acesso em: 13 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.079/2014. Brasília-DF, 16 set. 2014. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2014/2079_2014.pdf>. Acessado em: 20 agos. 2015.

COREN - ESPIRITO SANTO. Acolhimento com Classificação de Risco: Parecer Técnico do Conselho reafirma que enfermeiro não deve encaminhar paciente. 02 de abril de 2015. Disponível em: <http://www.coren-es.org.br/acolhimento-com-classificacao-de-risco-parecer-tecnico-do-conselho-reafirma-que-enfermeiro-nao-deve-encaminhar-paciente_5312.html>. Acessado em: 25 nov. 2015.

COSTA, Juliana Maria Borges. Relato de experiência da Classificação de risco em UBS - Centro de saúde Maravinda Baleeiro, Lagoa Santa - Minas Gerais. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2012.

DAMASCENO, F. P. C. et al. Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para a enfermagem. *Ciências Biológicas e da Saúde*, Aracaju, v. 2, out. 2014.

DESCOVI, C. A. *A prática de acolhimento com avaliação e classificação de risco em serviços de urgência e emergência*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS PONTOS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2. ed. 2015.

FLICK, U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FLICK, U. *Introdução á pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. *Sistema Manchester de classificação de risco: Comparando modelos*. Abril de 2014.

GUEDES, H. M. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Rev. Enf. Ref.*, Vol. IV, Coimbra, março de 2014.

JONES, K. M.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. *Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na Urgência e Emergência*. Setembro de 2010.

JONES, K. M.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. *Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência*. Tradução do livro *Emergency Triage*, 2. ed. Setembro de 2010.

JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 65, Brasília, out. 2012.

JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Jan.-Mar. de 2012.

JÚNIOR, W. C.; TORRES, B. L. B.; RAUSCH, M. C. P. *Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos*. Abril de 2014.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Rio de Janeiro, 1999.

NASCIMENTO, R. P. et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, jan./mar. 2011.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 2010.

OLIVEIRA, G. N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, março-abril de 2013.

OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Campinas-São Paulo, mai./jun. 2011.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Esc. Anna Nery*, vol. 15, n. 3, Rio de Janeiro, July/Sept. 2011.

PORTAL DA SAÚDE BRASIL. *Entenda o SUS*. junho de 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

ROSA, N. G; LUCENA, A. F; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23508/000396828.pdf?sequenc>>. Acesso em: 03 set. 2015.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e *Manchester*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, jan.-fev. 2011.

VERSA, G. L. G. S. et al. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. *Rev. Gaúcha Enferm.*, vol. 35, Porto Alegre, Sept. 2014.

ANEXO A – Autorização da instituição



Santa Cruz do Sul, 18 de setembro de 2015

Prezados Senhores

Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado **“Caracterização do Acolhimento com Classificação de Risco no Atendimento às Urgências e Emergências de uma Instituição Hospitalar”**, desenvolvido pela aluna do curso de Enfermagem – UNISC, **Karine Winterhalter** sob supervisão da **Profª. Maria Salete Sartori**, bem como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser previamente submetidos à análise da Instituição.

Afirmamos concordar com o parecer ético consubstanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Atenciosamente,

Katiuscia Brandenburg Jacques
Enfª. Katiuscia Brandenburg Jacques
 Coordenadora das Emergências e UTI Adulto / HSC

Giana Diesel Sebastiany
Profª. Drª. Giana Diesel Sebastiany
 Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC

ASSOCIAÇÃO PRÓ-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL - APESC

Rua Fernando Abbott, 174 - 96.810-072 - Santa Cruz do Sul - RS - Fone/Fax: (51) 3713-7400 - www.hospitalstacruz.com.br - hsc@unisc.br

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO DISPOSITIVO DE CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A presente pesquisa será desenvolvida pela acadêmica Karine Winterhalter, sob responsabilidade da pesquisadora Prof^a Ms. Enf^a Maria Salette Sartori. Este estudo tem como objetivo compreender como o processo de acolhimento com classificação de risco é realizado do setor de Pronto Atendimento de um Hospital do interior do Rio Grande do Sul.

Selecionamos como instrumento de coleta de dados para a pesquisa a entrevista individual, será utilizado um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas que a pesquisadora irá preencher no decorrer da entrevista e após realizar a análise e interpretação de dados.

Serão observados os profissionais envolvidos no processo de acolhimento e classificação de risco, e entrevistados os enfermeiros que participam deste processo, em um setor de Pronto atendimento de uma instituição hospitalar do interior do Estado Rio Grande do Sul, no mês de setembro de 2015. Os entrevistados terão total direito de não aceitar participar da pesquisa, assim como de a qualquer momento do processo, desistir de sua participação.

Acredita-se que este estudo possa desencadear reflexões sobre a importância da sua realização de forma satisfatória e quanto à busca constante por novos conhecimentos. E se questionaram a valorização deste processo, frente os benefícios que traz ao processo de trabalho da equipe e a assistência prestada aos usuários.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios.

Fui, igualmente, informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- De que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

Data __ / __ / __

Nome e assinatura do Voluntário

Nome e assinatura do Responsável pela obtenção do presente consentimento

