



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E
BIOLÓGICAS**

EDUARDO FERREIRA SILVA

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

PETROLINA-PE

2022

EDUARDO FERREIRA SILVA

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada a Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Campus Petrolina-PE, como requisito para obtenção do título de mestre em ciências da saúde e biológicas.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria

Coorientadora: Prof^a Dr^a Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

PETROLINA-PE

2022

Silva, Eduardo Ferreira
S586p Profissionais de saúde no acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência e emergência / Eduardo Ferreira Silva - Petrolina, 2022.
x, 67 f. : ; il. 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina-PE, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria.
Coorientadora: Profª Drª Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira.

Banca examinadora: Gabriel Pugliese Cardoso, Erika Carolina Fernandes Lima.

Inclui bibliografia

1. Acolhimento. 2. Profissionais de saúde. 3. Triagem. 4. Serviço hospitalar de emergência. I. Título. II. Faria, Marcelo Domingues de. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 362.10685

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

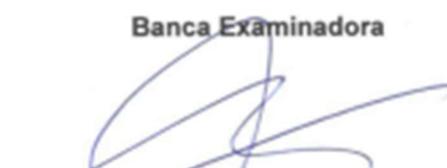
EDUARDO FERREIRA SILVA

PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

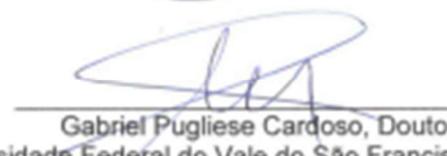
Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na linha de pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 12 de setembro de 2022

Banca Examinadora



Marcelo Domingues de Faria, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf



Gabriel Pugliese Cardoso, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf



Documento assinado digitalmente
ERIKA CAROLINA FERNANDES LIMA
Data: 04/10/2022 18:30:57-0300
Verifique em <https://verificador.br.br>

Erika Carolina Fernandes Lima, Doutora
Secretaria Municipal de Saúde de Carapicuíba – SMS

AGRADECIMENTOS

A Deus por abençoar-me em todo o processo de construção e realização desse sonho.

À minha mãe, Maria Gorete Ferreira Silva, à minha avó Maria José de Sousa Silva e a toda a minha família, pelo apoio necessário para chegar até aqui.

Ao prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria, que me oportunizou a possibilidade de ser orientado e compartilhou o seu conhecimento com maestria em todas as fases de construção acadêmica.

À minha namorada, Aila Souza, que pacientemente conseguiu me acalmar e me tranquilizar nos momentos em que as coisas saiam do eixo.

Aos meus amigos, André, Camila e Will, que direta e indiretamente me incentivaram a permanecer e conseguir concluir este trabalho.

À minha amiga Olivia Belfort, que esteve junto comigo nessa batalha trazendo apoio e incentivo em todas as fases desse processo.

Ao Hospital Memorial Petrolina, o qual me ofereceu a oportunidade de liberação para execução das atividades acadêmicas necessárias a pós-graduação.

Aos colegas da área da saúde, que se disponibilizaram e contribuíram com sua vivência e percepção, participando dessa pesquisa.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior – CAPES, ao Programa de Pós Graduação em Ciência Biológicas e da Saúde-PPGCSB e a Universidade Federal do Vale do São Francisco pela oferta e oportunidade de cursar uma pós graduação.

RESUMO

O acolhimento e a classificação de risco são estratégias de humanização para ordenar o fluxo de pacientes nas unidades de urgência e emergência, considerando uma ordenação clínica por sofrimento ou gravidade, estabelecida por profissionais de nível médio, técnico e/ou superior. A superlotação e fragilidade no dimensionamento tornam os protocolos de acolhimento e classificação de risco ineficazes. Deste modo, objetivou-se avaliar o processo de acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência. Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com trabalhadores de saúde do setor de urgência e emergência, utilizando questionário online, verificando como se dá o acolhimento e classificação de risco nas unidades em que trabalham. Verificou-se a necessidade de adequação das formações profissionais, apesar de apresentarem boa percepção sobre gravidade e prioridade percebeu-se falhas, quando necessário classificação de prioridades mais baixas. Isto demonstrou acolhimento e classificação de risco considerados satisfatórios, em escala de escore, quando comparado ao que diz a Política Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco.

Descritores: Identificação da emergência; Triagem; Serviço hospitalar de emergência.

ABSTRACT

The reception and identification of the emergency are humanization strategies for order the access of patients in emergency units. In this approach, a clinical ordering by suffering ou severity must be considered. This classification can be performed by professional emergency. Overcrowding, fragility in the dimensioning make the reception protocols and risk classification ineffective. Thus, the goals in this study is to avaluate the reception process whit user embracement and emergency identification in emergency services. This is a descriptive study with a quantitative approach whit emergency professional, using an online quiz about how the reception and risk classification takes place in the units where they work. There was a need to choose the forms, despite having a good perception of de severity and the proposal of choice regarding the necessary choice of a lower offer. Demonstrating a satisfactory emchacement and emergency identification, when compare to Política Nacional de Acolhimento e Classificação de Risco.

Descriptor: Emergency identification; Triage; Hospital Emergency service.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** Representação do escore de acolhimento e classificação de risco por população total de profissionais das emergências de Petrolina(PE) e Juazeiro (BA),2021 (n=111). 26
- Figura 2** Representação do escore de acolhimento e classificação de risco por categorias profissionais de emergências de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), 2021, (n=111). 27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência de participação de profissionais de saúde de urgências hospitalares de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), 2021, (n=111).	24
Tabela 2	Análise descritiva das respostas dos profissionais das emergências de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA) ao questionário sobre acolhimento e classificação de risco, 2021, (n=111).	26
Tabela 3	Estatística descritiva, considerando as categorias profissionais estudadas nos municípios de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), 2021 (n=111).	28
Tabela 4	Teste estatístico considerando a população geral de profissionais da saúde – Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), 2021 (n=111).	28
Tabela 5	Análise de consistência interna das respostas através do coeficiente de alfa de cronbach das respostas de profissionais das emergências dos municípios de Petrolina(PE) e Juazeiro (BA), 2021 (n=111).	29

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACR- Acolhimento com Classificação de Risco

BA- Bahia

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DR – Doutor

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS- Ministério da Saúde

PE- Pernambuco

PNAU- Política Nacional de Atenção as Urgências

PNEPS- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Prof.- Professor

SBV- Suporte Básico de Vida

STM- Sistema de Triagem Manchester

SUS-Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVASF- Universidade Federal do Vale do São Francisco

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
4. MATERIAIS E MÉTODO	18
4.1 Aspectos éticos	18
4.2 Tipo de estudo	19
4.3 Campo de estudo	20
4.4 Processo de recrutamento dos participantes	21
4.4.1 Critérios de inclusão	21
4.4.2 Critérios de exclusão	22
4.5 Desenho do estudo	22
4.5.1 Procedimento de coleta de dados	22
4.5.2 Composição do questionário	22
4.5.3 Organização das respostas	23
4.6 Análise dos dados	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1 Classificação de risco	31
5.2 Acolhimento	33
5.3 Fluxo institucional	33
5.4 Envolvimento e conhecimento sobre o processo de acolhimento e classificação	34
6. CONCLUSÃO	36
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE	43
ANEXOS	57

1. INTRODUÇÃO

No Brasil e em diversos serviços de urgência e emergência no mundo, utiliza-se como método para organização do fluxo de entrada a classificação de risco. Tal situação ocorre, pois é considerada uma estratégia para ordenar o atendimento e acesso do usuário à unidade. Essa classificação contrapõe o atendimento que antes acontecia por ordem de chegada, levando à ordenação por prioridade clínica, avaliação do sofrimento ou gravidade apresentada (MARCONATO; MONTEIRO, 2017).

A identificação e avaliação da gravidade, no momento de entrada na unidade, ditam prioridades a serem elencadas pela equipe multiprofissional. Isso se exemplifica em situações com idosos, gestantes, pessoas com deficiência, pessoas com transtornos mentais ou que possuam algum sinal de alarme clínico associado a um processo patológico (SACOMAN et al., 2019).

Dessa forma, implementar a classificação de risco atende a um dos objetivos do manual proposto pelo Ministério da Saúde, o qual traz a necessidade de inclusão da humanização em todo o processo de atendimento nos serviços de saúde (SERAFIM et al, 2020; WEYKAMP et al, 2015).

Ademais, a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU - destaca as fases do fluxo de atendimento inicial de serviço de urgência e emergência, além de elencar as funções profissionais abordando o acolhimento como um cuidado essencial implementado no primeiro contato por toda a equipe multiprofissional (BRASIL, 2006).

A classificação de risco adota uma análise crítica que considera o estado atual e possíveis agravos à saúde. Ressalta-se, assim, a necessidade de continuidade do processo que deve contemplar as reavaliações de cada caso. Essa classificação inicial pode ser alterada mediante a evolução e tempo de permanência na unidade. Desse modo, o profissional que está em contato direto com o usuário deve responsabilizar-se pela reclassificação, caracterizando um processo multiprofissional, dinâmico e constante (HERMIDA, et al., 2018).

Em ambientes hospitalares, há o estímulo à sistematização do atendimento com humanização como princípio a ser internalizado desde a porta de entrada. O acolhimento traz consigo importantes aspectos como o estímulo à escuta, ao vínculo, à ambiência, à ampliação do acesso e à percepção do estado de saúde de forma integral (BRASIL, 2004a).

Um setor de atendimento em urgência e emergência deve seguir o seguinte fluxo: o usuário tem um contato inicial com maqueiros, porteiros e recepcionistas, os quais desempenham uma percepção sobre alterações básicas e implementam o acolhimento desde a porta da unidade. A partir disso, a equipe de enfermagem dá continuidade ao acolhimento e realiza a classificação de risco. Este último realizado por profissional de nível superior. Posteriormente, o cliente é encaminhado ao atendimento médico para definição de conduta e terapia, concluindo com o manejo do caso pela administração dos cuidados e direcionamento adequado, envolvendo toda a equipe multidisciplinar (BRASIL, 2004a).

A Política Nacional de Humanização (PNH) recomenda um processo de acolhimento com escuta, formação de vínculo, diálogo, reforço em relação à reavaliação e implementação do processo de classificação de risco. Destaca-se, assim, também, o papel fundamental do usuário como participante ativo e conhecedor do sistema e do processo ao qual será submetido (LACERDA et al. 2019).

Na maioria das situações, os profissionais que realizam o acolhimento inicial na recepção e portaria não possuem formação específica para atuar na área de saúde, fator contribuinte na falha da percepção de sinais de alarme ou agravamento de casos, resultando em necessidade de intervenções mais complexas e custos desnecessários que poderiam ser evitáveis ao setor saúde (BRASIL, 2013, SILVA et al. 2019).

Ademais, com unidades superlotadas e considerando a fragilidade no dimensionamento profissional, as implementações dos protocolos determinados pelo Ministério da Saúde (MS) tornam-se ineficazes. Por vezes, a sobrecarga de trabalho e a necessidade de agilidade na resolução das demandas tornam ineficiente o acolhimento com qualidade, no qual a escuta qualificada, a criação de vínculo profissional-usuário e a abordagem holística tendem a ser negligenciadas (BITTENCURT, et al, 2020).

Silva et al. (2016) citam fatores que corroboram esse dado, como o retardo no atendimento, o método de abordagem desumanos, segurança profissional prejudicada, classificação ou reclassificação inadequada e a falha na comunicação entre a equipe.

Portanto, justifica-se este estudo pela necessidade de reafirmar a prática adequada de ordenamento e gestão de fluxo nos serviços de saúde, trazendo o acolhimento e classificação de risco como ferramenta essencial nesse processo, questionando a eficácia e eficiência desse processo de organização dos setores de emergência desencadeado pela vivência pessoal no contato do pesquisador com profissionais de saúde, os quais são atuantes no acolhimento e classificação de risco, além das divergências percebidas conforme protocolos de base.

Por este ordenamento de ideias questiona-se: como está a percepção profissional acerca do atendimento ao usuário de emergências hospitalares? Os profissionais que trabalham no setor de emergência hospitalar consideram que o acolhimento e classificação de risco acontecem de maneira adequada? Há uma correlação significativa entre o protocolo de classificação de risco implementado nas instituições pesquisadas e o que diz a normativa do Ministério da Saúde?

Destarte, parte-se do pressuposto que o acolhimento com classificação de risco em emergências hospitalares pode ser comprometido pela demanda excessiva e despreparo da equipe, o que interfere no acesso do usuário e exige reestruturação do processo de trabalho interprofissional.

Devido à necessidade de conhecer e difundir a literatura científica para a população sobre acolhimento e classificação de risco, pouco abordada nas literaturas científicas, tornou-se relevante a realização deste estudo, reafirmando o conhecimento sobre fluxo e sistema de classificação, nos quais os profissionais das emergências e urgências estão inseridos, permitindo, assim, uma reflexão sobre falhas e acertos na implementação do processo, objetivando avaliá-lo.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Este estudo teve como objetivo avaliar a relação dos trabalhadores de saúde com os protocolos de acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Foram objetivos específicos deste trabalho:

- Aferir o acolhimento e classificação de risco como forma de avaliação em serviços de emergências hospitalares;
- Elencar aspectos que influenciam na implementação de acolhimento e classificação de risco;
- Verificar o nível de consistência interna entre pesquisados e suas respostas acerca da avaliação aplicada.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A idealização do conceito de classificar riscos aconteceu, inicialmente, no ambiente de guerra, por Dominique Jean Larrey, nos campos de batalha franceses, no período napoleônico, século XIX, utilizando uma estratégia para conseguir priorizar aqueles que possuíam um estado de gravidade maior e que necessitariam de um transporte ou de atendimento prioritário para tratamento (RAMOS; SANA, 2005).

A cruz vermelha teve sua criação e continuou a aplicar os conceitos de classificação de risco e prioridade nos campos de batalha, sendo o destaque de atuação nas guerras mundiais do século XX. Tais situações foram locais de atuação em massa de profissionais de enfermagem e inserção da profissão nesse cenário, replicando o conceito de classificação de risco aos soldados em guerra (AZEVEDO, 2002).

A distância entre o posto de atendimento médico e o campo de guerra tornava inviável os procedimentos e aumentava o índice de mortalidade influenciado pela gravidade do soldado a ser transportado. Sendo implementado como estratégia, o ensino de conhecimentos básicos a soldados para reconhecimento de prioridades, além das técnicas de manejo e estabilização até a chegada na unidade principal. Nascendo, então, os primeiros modos de priorização de atendimento conforme a gravidade do doente (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

A superlotação dos serviços de saúde nos Estados Unidos, com o aumento da procura ao pronto socorro na década de 1950, forçou a aplicação desse conceito de prioridade em atendimento como forma de controle de acesso aos serviços, identificando aqueles com necessidade imediata de cuidados (O'DWYER; MATTOS, 2012).

Como alternativa, foram criadas estratégias para controle de fluxo de atendimento, O *Traffic diretor*, modelo de classificação, o qual um funcionário administrativo possui a função de conduzir o paciente conforme tenha sido pré-determinado pela instituição (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Em outro modelo utilizado, o Spot-check, há o registro do paciente e o encaminhamento para um enfermeiro responsável por realizar a triagem. A

Emergency Nurses Association (ENA) define o novo conceito como comprehensive triage, considerando que esta só deve ser realizada por enfermeiro experiente, baseando-se nas necessidades físicas, de desenvolvimento, psicossociais e de acesso (SACOMAN et al., 2019).

A Austrália, no fim dos anos 1960, defendia o nível de prioridades pelo transporte e locomoção. Aqueles que eram trazidos por ambulâncias tinham prioridades sob aqueles que chegavam andando até a unidade de atendimento. Estes últimos ainda avaliados por ordem de chegada (BAIER et al., 2019).

Em 1970, criou-se a primeira escala baseada em tempo, definindo a possibilidade de 5 prioridades identificadas por adesivos no prontuário do paciente. Nesse sentido, as prioridades eram segregadas em pacientes com risco de vida imediato, risco de vida iminente, potencial risco de vida, pacientes potencialmente graves e menos urgentes (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

No Brasil, houve também um cenário semelhante de crescente procura aos serviços de urgência, gerando uma circulação desordenada dos usuários nos prontos-socorros. Essa situação acarretou a percepção da obrigatoriedade de prioridade e reorganização por graus de necessidades ou sofrimento (CARRET et al., 2009).

Os serviços de urgências e emergências representam a porta de entrada para atendimento às diversas queixas apresentadas pela população, sejam situações agudas ou estáveis passíveis de encaminhamento para outros serviços de referência nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Para funcionamento adequado do setor de urgência e emergência, há a organização de fluxo de entrada de pessoas atendidas, com início no atendimento e acolhimento ainda na recepção, seguido da triagem clínica e atendimento de enfermagem, atendimento médico e encaminhamento adequado, decidindo a que setor interno será destinado, seja uma sala dividida em classificação de gravidade e risco por cores; ou em ambulatório clínico (BRASIL, 2004b; MARCONATO E MONTEIRO, 2017). Muitos usuários não compreendem o processo de classificação, além de desconhecem a associação de cores e gravidade para estipular uma prioridade (LACERDA et al. 2019).

A burocratização do atendimento nas urgências e emergências hospitalares traz uma forma de organização e predetermina um fluxo organizacional a ser seguido, permitindo que o serviço consiga atender adequadamente a toda demanda que lhe chega. Logo, entende-se a burocracia como algo positivo e necessário, capaz de hierarquizar o processo de trabalho, norteador o acesso de forma controlada e organizada do usuário (BARBOZA; BARROS, 2020).

Há uma diversidade de situações em saúde que preenchem a demanda de serviços hospitalares de urgência e emergência. Os profissionais envolvidos necessitam do conhecimento em suporte básico de vida e primeiros socorros, bem como de percepção de sinais de risco e de alarme em diversas ocorrências em atendimento (BRASIL, 2004a; SILVA et al, 2019).

Há a falha da aplicabilidade e reconhecimento da importância do processo de implementação da classificação de risco e acolhimento por parte dos trabalhadores da saúde. Além disso, são citadas a falta de escuta e orientação aos usuários como principal atitude que vai contra o processo de humanização na assistência prestada (LACERDA et al. 2019).

Souza et al. (2018) ressaltam que o fluxo de atendimento pode e deve ser quebrado sempre que proporcionar risco de piora do quadro, seqüela ou influencie na sobrevivência do cliente, permitindo a classificação como grave, encaminhado à sala vermelha, sem necessidade de esperar por ordem de atendimento ou classificação inicial. Isso pode e deve ser feito, desde que o profissional que realiza o primeiro contato esteja capacitado para tomada de decisão. Nesse acolhimento, os profissionais envolvidos devem organizar, encaminhar e reduzir filas com a ampliação do acesso ao serviço em tempo adequado (BRASIL, 2004a).

A principal ferramenta para implementação da organização do fluxo de atendimento é o acolhimento com classificação de risco, presente em qualquer momento do fluxo de atendimento e executado pelos profissionais da unidade. Essa é a oportunidade de construir e reforçar vínculos e a escuta. A falta deste acolhimento adequado gera insatisfação e influencia diretamente no retorno e manejo do cliente (NUNES et al., 2017).

Durante a procura ao atendimento por unidade de urgência e emergência hospitalar, o usuário se depara com atendimento multiprofissional e interdisciplinar, no qual cada profissional contribuirá ao atendimento, conforme o nível de formação - médio, técnico e superior (BRASIL, 2004a).

Como porta de entrada, recepcionistas, porteiros e maqueiros são os principais responsáveis pelo acolhimento inicial e direcionamento do usuário e de seu acompanhante, conforme o fluxo de atendimento às tecnologias disponíveis na unidade (BRASIL, 2006).

No processo de acolhimento, além da organização e direcionamento, trata-se também da disponibilização de informações sobre o processo de atendimento, tempo e motivo de espera, além do uso da avaliação primária pelos profissionais, conforme queixa e protocolo institucionalizado, reforçando a necessidade de capacitação em suporte básico de vida pela equipe (BRASIL, 2004b).

A realização de cadastros, observação da queixa, percepção de risco e direcionamento ao setor são algumas das características que devem ser internalizadas por profissionais de nível médio atuantes na sala de recepção, conforme evidenciado por Souza et al. (2016).

Contudo, com a falta de percepção, o profissional de nível médio interfere em um prognóstico positivo, quando não implementa avaliação e classificação em conjunto aos processos burocráticos que são necessários para organização do fluxo de atendimento (HERMIDA et al., 2018).

Após o acolhimento na sala de recepção, o usuário é direcionado ao consultório de enfermagem ou sala de classificação de risco, cujo atendimento é realizado por qualquer profissional de nível superior. Entretanto, o enfermeiro detém autonomia garantida através dos diversos protocolos de classificação para a prática, sendo o principal gestor de fluxo de atendimento (SOUZA, et al., 2018).

A falta de um atendimento humanizado traz uma reflexão negativa daquela unidade, já que o sentimento de injustiça pelo tempo de espera e o atendimento priorizado por conflitos de interesse do avaliador estão entre as principais queixas dos usuários (LACERDA et al. 2019).

Segundo Sousa et al. (2019), além da organização do fluxo, o enfermeiro desempenha papel primordial na organização do setor, considerando a aquisição de recursos materiais e humanos, sendo o principal profissional que atua na percepção do risco ou piora do quadro do usuário. Este tipo de classificação é um processo contínuo, em vista do surgimento de quadro não percebido inicialmente, necessitando de reclassificação. Dessa forma, contrapõe-se o modelo antigo, ainda implementado em muitos serviços de saúde, cuja gerência do atendimento ocorria por ordem de chegada (BECKER et al., 2015).

Para o uso eficaz da classificação de risco, é necessário que o enfermeiro atuante na triagem hospitalar possua conhecimento sobre a ferramenta de classificação utilizada, bem como sobre processos de saúde e doença, de acordo com o retratado em estudos realizados por SOUSA et al. (2019).

O enfermeiro previne complicações quando integra a equipe multidisciplinar na responsabilidade de realização do acolhimento e classificação. Permitindo a execução de habilidades e atitudes conforme análise crítica da condição clínica, conforme já tratado nos estudos de Magalhães et al. (2020).

Na tentativa de minimizar a desigualdade e elencar prioridades no setor de urgência e emergência, foram criados os protocolos de classificação de risco para que possam ser apoio, organizando as redes de urgência (NUNES et al., 2017).

Há a existência de diversos protocolos que definem níveis e tempo de prioridade para atendimento. Em primeira análise, o protocolo canadense de triagem avalia a queixa, seus fatores subjetivos, como início, curso, duração, realiza a avaliação objetiva definindo os aspectos físicos e avaliação clínica complementando com as informações adicionais que abrangem alergias ou medicações que o usuário fez uso (AZEVEDO, 2002).

Já o protocolo de Manchester segue o foco na queixa principal, norteador o profissional por um fluxograma, que é adaptado de maneira online, discriminando sinais e sintomas chaves que determinarão ao final um nível de prioridade divididos em 5 níveis, o qual é identificado por cores e tempo alvo de atendimento. Para inclusão desse método de classificação, é necessário que haja capacitação e certificação por

empresa responsável pela implementação dessa sistematização, adequação e recursos mínimos, alcançando o padrão ouro em classificação de risco (CARAPINHEIRO et al., 2021).

Assim, dentre os diversos protocolos instituídos, o protocolo de classificação pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM) e o protocolo de classificação do Ministério da Saúde são os mais utilizados nos serviços hospitalares brasileiros (SACOMAN et al., 2019).

O modelo instituído pelo Ministério da Saúde engloba 4 níveis de classificação - vermelho, amarelo, verde e azul - em ordem de prioridade de atendimento, considerado eficaz, com boa sensibilidade para prever agravamentos de situações e bom método de organização de fluxo, além de possuir menor custo, podendo ser implementado com menos recurso em todas as unidades (MARCONATO; MONTEIRO, 2017).

Um problema percebido na implementação das ferramentas de classificação é o conhecido *overtriage* ou *undertriage*, quando há a classificação errônea em nível (abaixo ou acima) da classificação que seria o ideal ao caso. Tais condutas impactam diretamente na incidência de complicações, risco de morte ou evento não reversível, além de gastos desnecessários com saúde ao tratamento por dano possivelmente passível de prevenção (COSTA et al., 2020; SOUZA, et al., 2018).

Silva et al. (2019) e Nunes et al. (2017), trazem como justificativa a tal classificação incoerente a demora pelo atendimento e a falha na comunicação entre a equipe profissional e usuário.

Por sua vez, a falta da participação ativa da população na construção e adaptação desse processo geram uma falha na construção desses instrumentos que deveriam estar baseados nas necessidades do usuário. Logo, o protocolo dá espaço, porém a participação não acontece efetivamente (BRASIL, 2014).

Durante o processo de acolhimento e classificação, deve acontecer a participação do usuário de modo que possam entender o fluxo de entrada, bem como a importância da implementação da classificação de risco como chave para ordenação da porta de entrada das unidades de saúde (SCHAFIROWITZ; SOUZA, 2020).

Inquietações, insatisfação profissional e até agressões são algumas das atitudes evidenciadas quando o usuário não entende a motivação de um paciente ter o atendimento priorizado aos demais que já estavam aguardando atendimento (SANTOS DE JESUS et al., 2019).

A gestão de fluxos, com a estratificação e hierarquia de casos, caracteriza-se como importante tecnologia de atenção ao cuidado do paciente que chega a uma unidade de urgência e emergência, contribuindo, além do organizacional, ao protagonismo e autonomia profissional necessários às unidades de saúde (SACOMAN et al., 2019).

A responsabilização vai além do atendimento propriamente dito, tendo em vista que fatores como o treinamento em serviço, o reforço à capacitação, a revisão periódica de protocolos e a base de evidências científicas recentes são as principais estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para estímulo ao conhecimento e reforço ao acolhimento de maneira adequada e segura (OLIVEIRA, 2017; SILVA, 2019).

Como componente da equipe de enfermagem, o técnico de enfermagem é um dos profissionais que frequentemente percebem alterações significativas, considerando a responsabilidade do número reduzido de clientes e o cuidado mais intensificado e constante, facilitando, então, na avaliação e percepção de mudanças fisiológicas e riscos (HERMIDA et al., 2018).

As demandas de atendimentos e o acolhimento não urgentes que poderiam receber atendimento em unidades básicas contribuem para a sobrecarga e déficit na assistência aos clientes graves. Percebe-se que a influência do modelo centrado nas condutas médicas e nos costumes de tomada de decisão uniprofissional ainda estão presentes nas unidades (BITTENCOURT et al., 2020).

A habilidade em prestar o primeiro atendimento junto ao acolhimento é simples e pode ser repassada em treinamentos na unidade, garantindo que os profissionais que entrem em contato direto possam se capacitar e executar suas tarefas, acolhendo e encaminhando corretamente as demandas hospitalares (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015).

Hermida et al. (2018) reforçam a necessidade desse conhecimento, elucidando que a reavaliação não é função única e exclusiva do profissional com formação direta em saúde, mas também, do profissional de nível médio capacitado e que realiza o primeiro contato.

O conhecimento em Suporte Básico de Vida (SBV) vem em conjunto dando embasamento sobre como manejar situações e possíveis agravos, oferecendo informações ao entendimento em urgência e emergência e os sinais de gravidade, assegurando conhecimento aos que não possuem familiaridade com os sistemas e situações em saúde (SOUZA et al., 2016).

Conforme evidenciado por Maifussi et al. (2018), a capacitação ou experiência profissional em suporte básico de vida e protocolos de classificação de risco não é uma exigência para o profissional de emergências hospitalares, contudo observa-se que profissionais com uma capacitação anterior minimizam a superestimação e subestimação de classificações realizadas.

4. MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, resolução 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução 580, de março de 2018, abordando a ética nas pesquisas de interesse estratégico para o SUS.

Foram respeitados os aspectos éticos, preceitos legais da pesquisa, anonimato e a participação voluntária do profissional. Para tanto, cada profissional assinou digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no link antes de cada entrevista, item obrigatório para acesso ao questionário. Ademais, foi utilizado o questionário do estudo “Instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco” de Bellucci e Matsuda, 2012, adaptado conforme as necessidades de avaliação desta pesquisa.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil, com parecer 4.976.423, aprovado para realização da pesquisa (APÊNDICE E).

A participação no estudo aconteceu de forma voluntária, mediante convite por acesso ao link enviado via *Whatsapp* ou e-mail. A desistência com retirada de dados foi permitida em qualquer momento de realização da pesquisa, sendo possível a retirada sem qualquer prejuízo ao pesquisado.

Esta pesquisa não infringiu normas legais e éticas, contudo existem alguns riscos e desconfortos. Risco de divulgação de dados confidenciais ou identificação pessoal, de condutas profissionais inadequadas ou mesmo que fujam do respeito ético profissional, de cansaço ou aborrecimento ao responder questionários, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre prática anterior. Risco de produzir estados negativos ou comportamento alterado, incluindo ansiedade, culpa, sentimentos de choque de inutilidade ou medo. Além de risco de danos sociais que podem gerar alteração nos

seus relacionamentos com outras pessoas e podem envolver estigmatização, vergonha ou perda de respeito.

Em relação aos benefícios na realização desta pesquisa, trazer a comunidade acadêmico-social a reflexão sobre como ocorre o funcionamento do fluxo de acolhimento nos atendimentos em urgências e emergências hospitalares de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA). Dar base científica sobre a temática, servindo de fonte para estudos futuros sobre acolhimento e classificação de risco. Bem como, trouxe destaque e a promoção do papel interdisciplinar e multiprofissional no acolhimento às urgências. Permitiu, também, uma autorreflexão acerca das práticas profissionais e o estímulo à capacitação sobre as falhas. Para mais, estimulou a internalização sobre necessidade de aperfeiçoamento contínuo em sua área de atuação e a importância da implementação do acolhimento em todas as fases do processo de atendimento.

Todas as despesas geradas devido à participação na pesquisa, que interferiram ou venham a interferir negativamente ao pesquisado, serão ressarcidas pelo pesquisador. Foi garantido ainda, a assistência integral e o direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa respeitando a liberdade de recusa à participação e ou de continuar participando em qualquer fase dela, sem qualquer prejuízo.

Por fim, foi garantido o acesso aos participantes, quando solicitado, aos resultados individuais, minimizando o desconforto e garantindo a liberdade de não responder questões que lhes causem constrangimento. Ressalta-se que os participantes não foram remunerados ao participarem desta pesquisa.

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório abordando o método quantitativo. Evidenciando as relações profissionais com o processo de acolhimento e classificação de risco.

Marconi e Lakatos (2010) exemplificam a pesquisa descritiva, exploratória, a observação, registro e análise de fatos e fenômenos a partir da sua apresentação espontânea, trazendo as características da população estudada, sendo considerada a melhor estratégia para verificar o ambiente e as relações a serem pesquisadas.

4.3 Campo de estudo

O estudo foi realizado durante o período de junho de 2021 a janeiro de 2022, em duas cidades pertencentes à região do submédio do Rio do São Francisco, sendo elas Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), com população estimada de 359.372 e 218.162, respectivamente, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021). Essas são cidades separadas pelo Rio São Francisco e conectadas por uma ponte, exercendo coparticipação nas relações interestaduais e municipais, complementando-se nas funções urbanas (ARAÚJO E SILVA, 2013).

As Redes de Atenção à Saúde são utilizadas por Juazeiro (BA) e Petrolina (PE) para pactuação em atendimentos e direcionamentos através da regulação para o serviço de referência, a partir da Rede PEBA, formada pelas duas macrorregiões de saúde, sendo centros de referência para atendimentos em saúde (PEREIRA, 2017).

Foi realizada a busca online do cadastro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das instituições hospitalares que possuem serviço de urgência e emergência ativo em ambas as cidades. Assim, considerando os serviços de saúde, os quais possuíam 9 unidades de atendimento de urgência e emergência, sendo destes 7 hospitais e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que utilizavam o protocolo de acolhimento e classificação de risco do ministério da saúde como protocolo padrão da instituição (BRASIL, 2021).

Foram selecionadas todas as unidades de saúde para realização da pesquisa, para quantificação dos profissionais de saúde, foi considerado o CNES disponível em junho de 2021, que resultou em um total de 1584 profissionais de saúde, sendo 457 enfermeiros (28,8%), 945 técnicos de enfermagem (59,7%), 152 médicos (9,6%) e 30 recepcionistas (1,9%).

O CNES não permitiu a segregação setorial de enfermeiros e técnicos de enfermagem, não possibilitando assim atribuir o setor ao profissional cadastrado. Para análise dos profissionais de enfermagem, foi considerada a população total para cálculo amostral.

Os profissionais maqueiros e porteiros também participam do processo de acolhimento e classificação de risco, porém não estavam nos cadastros dos estabelecimentos pesquisados com descrição que possibilitasse a diferenciação dos demais profissionais administrativos, sendo generalizados a agentes ou profissionais administrativos. Por isto, não foram incluídos na população de estudo, por impossibilidade de quantificação de maqueiros e porteiros atuantes nas unidades pesquisadas.

A amostra foi designada por meio não probabilístico aleatória, considerando a heterogeneidade da composição da população e respeitando a equivalência na separação do n de cada classe profissional. Foi utilizado o G-Power® como software de realização de amostragem, levando em conta o Intervalo de Confiança - IC = 95%, erro amostral de 5%, considerando a proporção de 50%, pior cenário devido à ausência de estudos pilotos com número amostral significativo para uso como referência.

Assim, obteve-se amostra a ser pesquisada de 312 profissionais, proporcionalmente divididos em 90 enfermeiros (28,8%), 186 técnicos de enfermagem (59,7%), 30 médicos (9,6%) e 6 recepcionistas (1,9%).

4.4 Processo de recrutamento dos participantes

A população estudada foi composta por profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e recepcionistas. Profissionais envolvidos diretamente com o processo de acolhimento, classificação e atendimento junto às unidades de urgências e emergências hospitalares de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA).

4.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os trabalhadores da saúde de unidades de urgência e emergência que em sua rotina tinham instituído um protocolo de classificação de risco, que se disponibilizaram a responder o questionário, que possuíam vínculo, com a unidade de urgência há mais 3 meses, considerando período de vivência dos

processos setoriais de acolhimento e classificação de risco, e profissionais que souberam manusear e responder questionários online através de acesso por hiperlink.

4.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos profissionais que não eram do quadro fixo do setor, que se encontravam em período de férias ou recesso laboral, além de profissionais que não atuavam no setor de urgência e emergência.

Devido à possibilidade de profissionais possuírem vínculos empregatícios em mais de uma unidade hospitalar diferente, foi considerado apenas um dos vínculos para composição da amostra conforme designado na listagem profissional do CNES - critério escolhido pelo participante do estudo.

4.5 Desenho do estudo

4.5.1 Procedimento de coleta de dados

A abordagem aos participantes foi de forma online, os quais foram convidados a participar através de hiperlink divulgado em redes sociais, direcionando a um formulário do *Google Forms* que continha os questionários adaptados que abordou o acolhimento e classificação do risco aplicado aos trabalhadores de saúde.

Os primeiros participantes foram os de uma unidade de urgência de um hospital privado, incluso no estudo, onde a coordenação de urgência autorizou o contato direto com os profissionais no setor. Posterior ao aceite de participação, foi solicitado indicação de outros profissionais que fossem julgados aptos a participação na pesquisa e seus referidos contatos. Então, estabeleceu-se uma estratégia de busca ativa de profissionais para convite a participação no estudo.

4.5.2 Composição do questionário

O questionário foi dividido em categorias internas para posterior segregação e avaliação, abordando conhecimento profissional acerca de fluxos, ambiência, relações, acolhimento, classificação de risco e acesso, foi composto por 24 perguntas

objetivas envolvendo as categorias que abordaram aplicação de condutas e direcionamentos no cotidiano hospitalar.

Esse questionário foi elaborado com o uso da escala tipo likert, adaptado do “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco - IAACR” (BELLUCI JÚNIOR E MATSUDA, 2012), acrescido de questões abordadas na “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). As perguntas foram convertidas no modelo likert para uniformização da estratégia da coleta de dados.

4.5.3 Organização das respostas

As perguntas possuíam alternativas que remetiam à concordância com o enunciado, organizadas em escala tipo likert, quantificadas de 1 a 5. As respostas foram convertidas em scores, considerando “concordo totalmente” equivalente a 5 pontos, “concordo” 4 pontos, “não concordo e nem discordo” 3 pontos, “discordo” 2 pontos e “discordo totalmente”, equivalente a 1 ponto.

Foram agrupadas de acordo com objetivos das perguntas realizadas para melhor inferência sobre temáticas que abordaram os diversos modos de avaliação do acolhimento e classificação de risco, segregando, assim, 4 categorias: classificação de risco (6 perguntas), acolhimento (4 perguntas), fluxo institucional (7 perguntas), envolvimento e conhecimento sobre o processo de acolhimento e classificação de risco (7 perguntas).

Para preservar a privacidade de dados, os participantes foram nomeados e agrupados através da categoria profissional, sendo atribuído sigla da profissão e numeração em ordem crescente para organização e agrupamento e organização estatística dos dados, no qual se preservou o anonimato de participação e organização dos dados obtidos.

4.6 Análise dos dados

Foi utilizado o teste de concordância através da análise estatística descritiva avaliado pelo teste de Wilcoxon os escores obtidos, considerando um intervalo de

confiança de 95%, do qual foi avaliado o número de respostas concordantes entre os juízes, considerando um dos juízes o protocolo de acolhimento e classificação de risco do Ministério da Saúde, HumanizaSUS/Acolhimento com avaliação e classificação de risco de 2004.

A confiabilidade das respostas foi aferida por meio da verificação de consistência interna pela análise do coeficiente de alfa de cronbach, considerou-se pequena quando menor que 0,21; razoável, entre 0,21 a 0,40; moderada 0,41 a 0,60; substancial, 0,61 a 0,80; e quase perfeita, maior que 0,80, conforme classificação de Landis e Kock (1977). Foi utilizado o programa estatístico PRISM versão 8.0.1 para realização de análise estatística e construção de gráficos e tabelas, o que possibilitou classificar e ordenar as variáveis pesquisadas, agrupando os dados dos profissionais segregados em classes profissionais, facilitando, dessa forma, a análise quando foi realizado o cruzamento de dados. Foi feita a replicação do banco de dados para o programa estatístico SPSS versão 22, a fim de gerar dados sobre alfa de cronbach e complemento de análises que não foi possível a realização pelo programa estatístico Prism 8.0.1.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de tabulação de dados, foram excluídos participantes que não cumpriam os critérios de inclusão na pesquisa, por isso, foram retirados 4 profissionais, por não possuírem mais de três meses de experiência no setor urgência ou não trabalharem no setor de urgência, porém, responderam ao questionário. Então, a amostra resultou em 111 profissionais de saúde inclusos no estudo, composta por 43 enfermeiros (n=38,8%), 24 médicos (n=21,6%), 38 técnicos de enfermagem (n=34,2%) e 6 recepcionistas (n=5,4%), conforme evidenciado na Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência de participação de profissionais de saúde de urgências hospitalares de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), 2021 (n=111).

Categoria	Frequência	Porcentagem (%)	Porcentagem cumulativa (%)
ENF	43	38,8	38,8
MED	24	21,6	60,4
TEC ENF	38	38,0	98,4
RECEP	6	5,4	100,0
Total	111	100,0	

*Considerado um intervalo de confiança de 95%.

**Dados de fonte própria do autor.

A maioria da população se caracterizou por profissionais do sexo feminino, 71,2% (n= 79), com representatividade dos profissionais em 47,7%(n=53) da amostra de unidades públicas e 52,3% (n=58) trabalhadores de unidades privadas, o que permitiu a visualização de ambos os cenários de aplicação do acolhimento com classificação de risco.

Quanto ao tempo de experiência no setor urgência, 77,5% (n=86) da amostra respondente possuía mais de dois anos em contato com setor de urgência e emergência, fator importante que traz ao estudo a experiência vivenciada sobre a evolução e implementação do acolhimento e classificação de risco. Souza et al. (2018) afirmam que o tempo de experiência profissional no serviço de urgência e emergência possui associação com a concordância com os protocolos de classificação de risco - quanto maior tempo de experiência, maior a eficácia da triagem e acolhimento realizado.

A pós-graduação ou especialização em urgência e emergência são essenciais para conhecer e aprofundar-se nos protocolos e normativas que regulamentam o funcionamento. Da população participante do estudo, apenas 18,9%(n=21) realizaram uma especialização na área de urgência e emergência.

Foi questionado acerca da capacitação em outras áreas que abordam políticas de saúde, incluindo a Política Nacional de Urgência e Emergência e Política Nacional de Acolhimento e Classificação de Risco: 2,7% (n=3) em saúde pública; 1,8% (n=2) em gestão e saúde e; 34,2% (n=38) em outras áreas.

Percebeu-se que técnicos de enfermagem e recepcionistas não foram estimulados a participar de capacitações constantes. Outro fator evidenciado foi a formação generalista dos profissionais de nível superior, necessitando de especializações ou cursos para capacitação na área de urgência e emergência.

Sacoman, et al. (2019) citam que a mudança na formação técnico-assistencial deve acompanhar a evolução da implementação de novas políticas, para que cada profissional possa aprender e compreender o seu papel na unidade de emergência, promovendo, também, sua autonomia profissional e a implementação correta dos processos propostos pelas políticas públicas.

Através das respostas obtidas no questionário, foi realizado a construção de escala por escore, considerando avaliação do acolhimento e classificação de risco, realizando essa quantificação por meio das somas das respostas da escala likert.

Cada resposta foi convertida em escore de 1 a 5. Assim, encontrou-se o mínimo de 24 pontos, considerando a totalidade de respostas como “discordo totalmente-1” na escala likert; e valor máximo de 120 pontos, por totalidade de respostas com “concordância total-5”. Quanto maior o escore, maior a avaliação e proximidade com o protocolo de acolhimento e classificação de risco do ministério da saúde.

O questionário aplicado continha questões negativas para avaliação de pontuação de escore. Foi necessária a recodificação da afirmativa para utilizar o valor somatório inversamente proporcional à escala utilizada, possibilitando a inferência através do score geral.

Os escores obtidos foram classificados entre os seguintes intervalos:
-24–48 pontos, acolhimento com classificação de risco crítico, com divergência significativa do protocolo/

- 48-72 pontos, acolhimento com classificação de risco insatisfatório, com divergência do protocolo;
- 72-96 pontos, acolhimento com classificação de risco satisfatório, com necessidade de ajustes no protocolo;
- 96-120 pontos, acolhimento com classificação de risco excelente, conforme protocolo.

Considerando a análise dos escores obtidos no agrupamento das respostas, foi evidenciado as estatísticas descritas no Quadro 1.

Tabela 2 - Análise descritiva das respostas dos profissionais das emergências de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA) ao questionário sobre acolhimento e classificação de risco, 2021, (n=111).

	N	Mínimo	Máximo	Média		Desvio Padrão	Coeficiente de variação
				Estatística	Erro Padrão		
Nível de concordância N válido (de lista)	111	65	106	89	0,75	7,87	8,85%

*Considerado um intervalo de confiança de 95%.

**Dados de fonte própria do autor.

Para análise descritiva, obtiveram-se os seguintes resultados: média de escore de aproximadamente 89, que resultou em um acolhimento e classificação de risco considerado de modo satisfatório conforme escala de scores. Para esta avaliação, foi considerado um erro padrão de 0,75 e desvio padrão de 7,87 entre os respondentes da pesquisa. Diferente do percebido nos estudos de Hermida et al. (2018), que trouxeram uma avaliação do processo de acolhimento e classificação de risco como precária, não conseguindo chegar a fatores satisfatórios. Contudo, a avaliação do estudo realizado pelos autores citados limita-se apenas a uma unidade de saúde pesquisada. Não foram percebidos outros estudos capazes de gerar comparações entre a percepção profissional dos protocolos, destacando a necessidade de estudos com essa temática de avaliação dos protocolos implementados na saúde.

Os valores de concordância das respostas encontradas no questionário desse estudo apresentaram variação pequena, demonstrando que a maioria dos participantes concorda com a percepção do setor de urgência e emergência em que

trabalham, conseguindo verificar características em comum e permitindo inferência sobre a percepção profissional. O coeficiente de variação em 8,85% caracteriza as respostas com grau de homogeneidade considerado ótimo, inferindo assim uma opinião geral sobre como acontecia o acolhimento e classificação de risco pela visão dos profissionais de saúde das emergências hospitalares. A ferramenta de classificação de risco é um aliado para organização e gestão de fluxo nos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2017).

Figura 1 - Representação do escore de acolhimento e classificação de risco por população total de profissionais das emergências de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), 2021, (n=111).



*Dados de fonte própria do autor.

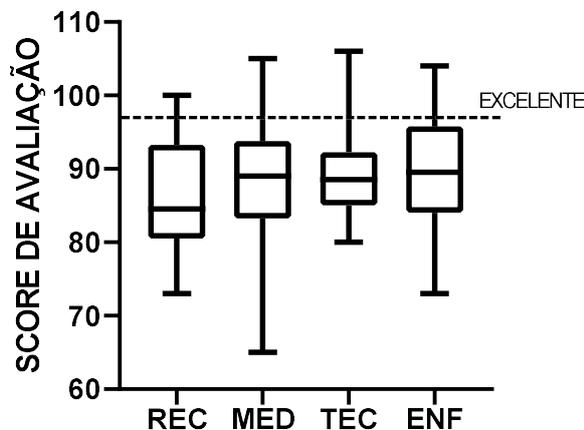
Na Figura 1, através da percepção dos profissionais de saúde, evidenciou-se o acolhimento com classificação de risco com média de escore de 89 - satisfatório, porém, abaixo da classificação que foi considerada como excelente (destacado a partir da linha tracejada - escore 96 a 120).

Cabe ressaltar que houve profissionais que classificaram o acolhimento com escores excelente de 106 pontos, bem como aqueles que classificaram 65 pontos, representando o acolhimento e classificação como insatisfatórios, baseados no que

diz o Ministério da Saúde no protocolo de acolhimento e classificação de risco, (BRASIL,2009).

Percebeu-se, conforme evidenciado na Figura 2, que o profissional enfermeiro possui similaridade maior em reconhecer e implementar o ACR, possuindo média de scores em 90, com variação de 9,4% das respostas entre os próprios enfermeiros. Isso se caracterizou pela atribuição da classificação de risco ser atribuída ao enfermeiro como ordenador do fluxo e decisório na classificação do paciente, (MALFUSSI et al., 2018). Contudo, os profissionais recepcionistas, médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros, separadamente, ainda classificaram o ACR como satisfatório, mantendo a isonomia nas percepções obtidas.

Figura 2 - Representação do escore de acolhimento e classificação de risco por categorias profissionais de emergências de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), 2021, (n=111).



*Dados de fonte própria do autor.

Tabela 3 - Estatística descritiva, considerando as categorias profissionais estudadas nos municípios de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), 2022 (n=111).

	REC	MED	TEC	ENF
N	6	24	38	32
Mínimo	73	65	80	73
Máximo	100	105	106	104
Variação	27	40	26	31

Desvio padrão	9.0	8.9	6.0	8.4
Média	86	88	89	90
Coefficiente de variação	10%	10%	6,7%	9,4%

*Dados de fonte própria do autor.

Para realização de teste estatístico, considerou-se a análise não paramétrica por realização do teste de Wilcoxon, pois a amostra se comportou fora dos padrões de normalidade.

Foram considerados os testes de hipótese “H0= Não há diferença”, comparado a média de escore classificado em excelente, conforme protocolo; e “H1= Há diferença”, comparado a média de escore classificado em excelente.

Tabela 4 - Teste estatístico considerando a população geral de profissionais da saúde – Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), 2021 (n=111):

Mediana base do protocolo do MS	108,0
Mediana das respostas ao questionário	89,00
N	111
Teste de Wilcoxon	
P valor	<0,0001
Significância (alpha=0.05)?	Sim
Discrepância	-19,00

*Dados de fonte própria do autor.

Para comparação entre escores, considerou-se a média excelente com 108 pontos. Comparados a média obtida, o teste de Wilcoxon mostrou diferença significativa (maior que 0,05), tornando a hipótese alternativa H1 verdadeira e rejeitando H0. Percebeu-se que houve diferença em valor negativo (-19) em comparação ao valor médio do escore classificado como excelente, demonstrando níveis de avaliação profissional abaixo do esperado, quando comparado ao protocolo de acolhimento com classificação de risco.

O maior acolhimento, com maior informação sobre fluxo e processo em que será submetido, traz maior satisfação em relação ao serviço prestado, possibilitando

conhecer e entender as fases em que o próprio usuário está inserido (SILVA, et al. 2016).

A correlação média entre as perguntas e os vários sujeitos foi analisada através do coeficiente de alfa de cronbach, conseguindo demonstrar o poder de consistência interna entre as respostas dos profissionais pesquisados.

Tabela 5 - Análise de consistência interna das respostas através do coeficiente de alfa de cronbach (Estatísticas de confiabilidade) das respostas de profissionais das emergências dos municípios de Petrolina(PE) e Juazeiro (BA), 2021 (n=111):

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
0,69	0,75	24

*Dados de fonte própria do autor.

Foi encontrado o coeficiente de alfa de cronbach de 0,69. Este trata-se de uma consistência interna caracterizada como substancial, conforme classificação de Landis e Kock (1977). Essa escala levou em consideração categorias que agrupam e classificam a confiabilidade da representação das respostas obtidas na aplicação de um questionário, para que possa ser considerado significativo a inferência sobre a temática abordada.

5.1 Classificação de risco

Sobre a prioridade do atendimento, houve percepção que a idade e ordem de chegada não devem ser critérios específicos para ordenar o atendimento do usuário [30,6% (n=34)].

Apesar de entenderem que a gravidade é quem dita a ordem do atendimento, ainda se obteve respostas em que o atendimento deveria ser realizado por ordem de chegada e idade, em 6,3%(n=7). Este conceito já deveria ser abolido, considerando que é o principal objetivo do protocolo para organização do fluxo em emergências.

Souza et al. (2018) demonstraram que, mesmo após implementar capacitações e discussões de protocolos, houve ainda uma variação entre a classificação realizada por profissionais atuantes na emergência, evidenciando a necessidade de novas estratégias de internalização, avaliação e adaptação constantes.

A educação em saúde, atualização e capacitação dos profissionais desse setor são de extrema importância para alinhar a prática adequada. Outro fator que interfere diretamente na eficácia da implementação do acolhimento com classificação de risco é a quantidade adequada de recursos humanos. Este, quando inadequado, sobrecarrega o profissional que não realiza a implementação correta das políticas de ACR, simplificando o processo e perdendo a subjetividade, tendendo a uma classificação errônea ou também inadequada (OLIVEIRA et al., 2017; MORELATO, et al., 2021).

Acerca da conceitualização sobre urgência e emergência, os profissionais demonstraram ser capazes de reconhecer uma situação e entender que não deveria ser classificada como prioridade máxima, 65,7% (n=73). Contudo, ainda se encontrou elevado o número de profissionais que definiram um conceito inadequado de priorização, representado por 23,4% (n= 17). Enquanto, 18,9% (n=21) dos respondentes se demonstraram neutros na resposta, não desejando responsabilizar-se por classificar e cometer possível erro de análise do paciente elencado ao caso.

No estudo de Santos de Jesus et al. (2019), observou-se que o tempo alvo de atendimento é extrapolado em alguns casos, demonstrando falha na classificação de risco e na priorização do usuário. Esse fator contribui também para a insatisfação do usuário, questionando a eficiência desse modo de organização nas portas de entrada do setor emergência.

A respeito da classificação do caso relacionado à fratura de costela, houve a divisão de opiniões entre concordar ou não em classificar como vermelho (uma emergência imediata), sendo que 42,3% (n=47) discordaram da classificação sugerida; e considerada como adequada para o caso em 50% (n=45) dos respondentes em concordo e concordo totalmente.

Essa divergência gerou risco ao paciente, pois percebeu-se, na maioria das urgências, casos de classificação com risco maior ou menor que o necessário, não compatível com a clínica do paciente (SOUZA et al., 2018).

Hermida et al. (2018) destacaram que, quando realizadas classificações por médicos e enfermeiros, essas possuíam fluxo de ACR avaliados como satisfatório.

A dor torácica com alteração pressórica teve sua classificação condizente com a gravidade evidenciada. O conhecimento sobre os casos cardiovasculares agudos apresentou-se mais difundido entre os profissionais de emergência, sendo que 93,7%

concordaram com a classificação de cor vermelha, considerando-a correta para esse caso.

A percepção de quadros não agudos com classificação pouco urgente, como verde, foi concordante com o esperado para o caso apresentado. Contudo, percebeu-se confusão à medida que aumentou a gravidade do paciente, excetuando os casos relacionados à cardiologia e às alterações de sinais vitais graves.

5.2 Acolhimento

Ao considerar o acolhimento implementado nas unidades pesquisadas, 98,2% dos profissionais demonstraram conhecimento sobre o que é acolher, escutar e ouvir, promovendo a segurança e conforto do usuário. 82,9% (n=92) disseram informar ao paciente e seus familiares sobre tempo de espera em relação à classificação de risco que foi implementada, importante para entendimento do usuário sob o fluxo organizacional que estavam envolvidos.

Todos os profissionais são estimulados a implementar atendimento humanizado e acolhedor. Contudo, na literatura, o enfermeiro destaca-se como peça-chave na classificação de risco e acolhimento, pois consegue empregar análise clínica, física, psicológica e interpessoal de cada paciente, os quais são importantes para criação de vínculo com o paciente no setor emergência (CAMARA et al., 2015).

5.3 Fluxo institucional

A respeito do fluxo de atendimento e adequações da unidade para que ocorra o processo de ACR, todos os pacientes passavam por ACR 72,9%(n=81), contudo, 53,1% dos profissionais referiram que os pacientes, após o processo de triagem, não eram reavaliados constantemente enquanto aguardam pelo atendimento.

Ao questionar sobre conforto, privacidade, informação e sinalização adequada do ambiente de emergência, 56,8% (n=63) dos profissionais concordaram que foram garantidas em todas as fases do processo, porém não totalmente. Isso evidenciou que

houve algumas falhas no fluxo de organização implementado nas unidades de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA).

Positivamente, foi percebido a presença de canais de comunicação com o usuário, 84,7% (n=94), garantindo a escuta e avaliação do fluxo, equipe e processo implementado e permitindo adequações e melhorias através da opinião do usuário do serviço.

5.4 Envolvimento e conhecimento sobre o processo de acolhimento e classificação de risco

O envolvimento deve acontecer por todos os membros da equipe, a qual possui contato direto com o paciente. Todavia, existem estudos que demonstram a responsabilidade de acolher e classificar como apenas do enfermeiro, excluindo os outros profissionais participantes do processo de acolhimento e classificação de risco e descaracterizando o objetivo proposto pelo Ministério da Saúde, que visa à atuação multiprofissional (SACOMAN et al., 2019; SANTOS DE JESUS et al., 2019).

Hermida et al. (2018) destacam que, além das estratégias de educação em saúde, o profissional que atua nos setores de emergência deve participar da discussão e implementação dos fluxogramas, planejamentos e adequações. Esse modelo permite melhor conversação sobre o diagnóstico real e as possíveis implicações no processo que já podem ser ajustadas ou questionadas para melhoria do serviço.

As chefias e corpo assistencial devem participar de toda a implementação e discussão de estratégias para acolher e classificar o usuário. Evidenciou-se que houve participação discreta [19,8% (n=22)] dos profissionais de emergência nas decisões e envolvimento no processo de classificação de risco na unidade.

Souza et al. (2016) e Malfussi et al. (2018) evidenciaram que é preciso o envolvimento da equipe atuante na porta de entrada, em processos de educação em saúde referente ao acesso e manejo do usuário agudo e crônico.

O conceito de acolhimento e classificação de risco deve ser internalizado e compreendido pela equipe da unidade para que possa alcançar uma assistência de

qualidade com humanização no atendimento e segurança do paciente (SANTOS DE JESUS et al., 2019).

Dos avaliados, 36,9% (n=41) responderam que os profissionais que trabalham no setor de emergência não eram conhecedores do protocolo de Acolhimento com Classificação de risco e das condutas a serem tomadas baseadas nele.

O fluxograma de atendimento era discutido com a equipe e avaliado periodicamente, conforme respostas de 53,1% (n=59) dos profissionais entrevistados, sendo uma representatividade baixa. Este processo deveria acontecer em todas as unidades para adequação do protocolo, conforme a demanda e perfil da unidade. Subentende-se que exista visão errônea do processo e que esse seria implementado pontualmente, sendo logo encerrado, quebrando a complexidade do acolhimento e classificação contínuos em todas as fases do atendimento ao usuário dos serviços de emergência.

Sacoman et al. (2019) e Morelato et al. (2021) destacam o fator relacionado à posição assumida de um modelo medicalocêntrico como limitante na implementação e responsabilização pelo acolhimento e classificação. Profissionais de nível médio reconhecem pouco a sua atuação e determinam a opinião médica como decisória sobre o destino do paciente. Apenas 19,8% (n=22) demonstraram-se satisfeitos com a implementação do acolhimento com classificação de risco.

A implantação de um sistema de classificação de risco na rede de urgência e emergência traz benefícios, reorganizando os fluxos e processos (SACOMAN et al., 2019).

6. CONCLUSÃO

Conforme notado nas respostas obtidas neste estudo, promovido com profissionais envolvidos no setor de urgência e emergência, há necessidade de adequação das formações, sejam de nível médio ou superior, para que englobem o conhecimento de políticas públicas que norteiam o funcionamento da seção.

A classificação de risco das unidades pesquisadas foi classificada em satisfatória, comparado ao preconizado pela Política Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco, porém, não alcançou o nível excelente, que se considerou pouca divergência na implementação dos protocolos.

Os profissionais apresentaram boa percepção sobre gravidade e prioridade, entretanto, essa deve ser difundida entre todas as classes profissionais e não só as de formação em saúde.

Foi percebido a implementação do ACR nas unidades pesquisadas, pela concordância com características de atendimento envolvendo a promoção de vínculo profissional-usuário, segurança na classificação, prioridade por risco de vida e confiança no atendimento de emergência.

Percebeu-se que, apesar da existência de um fluxo, sinalizações, canais de escuta do usuário e protocolos presente, esse apresentou falhas na organização, apesar da existência de protocolos.

A inserção do profissional na discussão e implementação dos fluxogramas, planejamentos e adequações não mostrou ser significativa.

Quanto à avaliação do acolhimento com classificação de risco, avaliando os parâmetros de score, houve diferença negativa do padrão, baseado no Ministério da Saúde, classificando-o como satisfatório, mas que, apesar da similaridade, precisa de adequações.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa, pretendeu-se demonstrar a importância do conhecimento em urgência e emergência por trabalhadores da saúde que lidam com os usuários de serviços hospitalares, evidenciando aspectos envolvidos no atendimento inicial, análise de suporte sistemático e organizacional - pontos primordiais para uma conduta adequada e humanizada. Todavia, é preciso uma abordagem mais ampla, para que se possa entender os fatores que influenciam essa adequação do protocolo ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Percebeu-se um alerta para que possam ser desenvolvidas ações de capacitação contínua, abordando os fluxos implementados na organização das urgências e emergências. Os objetivos do ensino em saúde, também, precisam ser avaliados quanto a eficácia do conhecimento, principalmente aos profissionais de nível médio, que demonstraram não conhecer os protocolos de urgência e emergência que norteiam os serviços de saúde.

Julga-se necessário despertar a possibilidade de cursos técnicos voltados a profissionais que trabalharão com demandas relacionadas à urgência e à emergência, conseguindo capacitá-los para a eficácia da implementação dos protocolos de acolhimento e classificação de risco.

A implementação da humanização no processo de acolhimento e classificação deve sempre ser promovida nos diversos setores da saúde. A comparação à isonomia ao que diz a Política Nacional de Atenção a Urgência (PNAU) e o recomendado na cartilha do Ministério da Saúde trarão percepção e avaliação sobre o contexto em que o usuário do serviço está inserido, resultando também como predisponente a uma reflexão sobre a prática assistencial implementada nos serviços oferecidos.

Porém, este estudo considerou apenas a opinião profissional. Por isto, outros estudos com a inclusão do usuário, avaliação estrutural e de políticas devem ser considerados, além de análises multicêntricas, que possam representar realidades de diferentes emergências no país.

Além disso, há a necessidade de incluir dados dos profissionais maqueiros e porteiros, pois não foram classificados adequadamente no CNES, em 2021, bem

como adequação do estudo para avaliação ao processo de acolhimento em obstetrícia, considerando que este fluxo acontece de maneira adaptada, por conta de algumas particularidades das emergências obstétricas e tempo de permanência da parturiente na unidade de emergência.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Guilherme José Ferreira de e SILVA, Marlene Maria da. Crescimento econômico no semiárido brasileiro: o caso do polo frutícola Petrolina/Juazeiro. **Caminhos de Geografia**. ISSN 1678-6343. Uberlândia, v. 14, n. 46, 2013.
- AZEVEDO T. M. V. E. Atendimento pré-hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde. **Rev. Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo; 2002.
- BARBOZA, N. A. S., RÊGO, T. D., BARROS, T. M. R. R. P. B. Teoria da burocracia – o papel político e gerencial no setor público de saúde brasileiro. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 6, 2020.
- BECKER, J. B; LOPES, M. C. B; PINTO, M. F; CAMPANHARO, C. R. V; BARBOSA, D. A; BATISTA, R. E. A. Triage at the Emergency Department: association between triage levels and patient outcome. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, v. 49, n. 05. 2015
- BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, 2012.
- BELLUCCI Júnior, José Aparecido e MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. v. 65, n. 5, 2012.
- BITTENCOURT, R. J; STEVANATO, A. de M.; BRAGANÇA, C.T. N. M; GOTTEMS, L. B. D. O'DWYER, G. Interventions in overcrowding of emergency departments: an overview of systematic reviews. **Revista de Saúde Pública**. [online]. v. 54. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. 2021. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qaBA.def>. Acessado em 25 de março de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Textos Básicos de Saúde. Série B..Brasília, DF, 2004a,
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS/Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília, Textos Básicos de Saúde. Série B. DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências/ Ministério da Saúde**. – 3. ed. ampl. Série E. Legislação de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política

Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Textos Básicos de Saúde. Série B. – Brasília : 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES*. 2021.

BRASIL. SESAB-Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Protocolo Estadual de Classificação de Risco** / SESAB. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2014.

CAMARA et al. Rhamaia Ferreira Camara , Tayssa Suelen Paulino, Fabio Claudiney da Costa Pereira, Isabel Cristina Amaral de Souza Rocco Nelson, Karolina Moura Rocha, Luiz Inácio Neto; (2015). O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA URGÊNCIA: UMA REVISÃO **Revista Humano Ser** - UNIFACEX, v.1, n.1, p. 99-114, 2015.

CARAPINHEIRO, G. CHIORO, A. ANDREAZZA, R. SPEDO, S. M. DE SOUZ, A. L. M. DE ARAÚJO, E. C. CORREIA, T. Os enfermeiros e o Manchester: reconfiguração do processo de trabalho e do cuidado em emergência? **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 74, n. 1, 2021.

CARRET, M. L. V. FASSA, A. C. DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, 25(1): 7-28, 2009.

COSTA, J. P.; NICOLAIDIS R.; GONÇALVES, A. V. F.; DE SOUZA, E. N.; BLATT, C. R. The accuracy of the Manchester Triage System in an emergency service. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 41, e20190327, 2020.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Etnografia da triagem. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. **Antropologia e Saúde collection**, Editora FIOCRUZ, p.45-55, 2005.

HARRIS, P. WHITTY J.A., KENDALL E., RATCLIFFE J. WILSON, A. LITTLEJOHNS, P. SCUFFHAM, P. A. The Australian public's preferences for emergency care alternatives and the influence of the presenting context: a discrete choice experiment. **BMJ Open**. 2015

HERMIDA, P. M. V.; NASCIMENTO, E.R.P.; ECHEVARRIA-GUANILO, M. E.; BRUGGUEMANN, O. M.; MALFUSSI, L.B.H. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 52, Edição 03318, 2018.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Assistência Médica Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2021**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2021.

LACERDA, A. S. B.; SAUTHIER, L.M.; PAES, G. O.; TEIXEIRA, E. R. Embracement with risk classification: relationship of justice with the user. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 6, p. 1496-1503, 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo, SP: Atlas 2003.

LANDIS, J. R.; KOCK, G. G. A medição de concordância do observador para dados categóricos. **International Biometric Society**, v. 33, n1, p. 33:159,1977.

MAGALHAES, F. J.; LIMA, F. E. T.; BARBOSA, L. P.; GUIMARÃES, Fernanda Jorge.; FELIPE, G. F.; ROLIM, K. M. C.; DE LIMA, E. P. M. Risk classification of children and adolescents: priority of care in the emergency unit. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília , v. 73, suppl. 4, e20190679, 2020.

MALFUSSI, L. B. H.; BERTONCELLO, K. C. G.; E. R. P.; DO NASCIMENTO.; DA SILVA, S. G. HERMIDA, P. M. V.; JUNG, W. Concordância de um protocolo institucional de avaliação com classificação de risco. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 1, e4200016, 2018.

MARCONATO, R. S.; MONTEIRO, M. I. Prioridades da classificação de risco em uma unidade de emergência e desfecho do atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2974, 2017.

MORELATO, C. S.; DORNELES, L. L.; MARTINS, V. do P.; DE GÓES, F dos S, N.; VIANA, A, L.; BRUNELLO, M. E. F.; DE CARMARGO, R. A. A. Acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária: necessidades de aprendizagem de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 74, n. 2, 2021.

NUNES, B. X.; CÂMARA, D. V.; RENOVATO, L.; MONTEFUSCO, S. R A.; AMARAL, M. S. Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: caracterização do atendimento mediante protocolos: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, Volume. X, Número 3. Set . ISSN 2238- 8427. 2017.

O'Dwyer, G; Mattos, R. A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 2012.

OLIVEIRA, G. S. SUPERLOTAÇÃO DAS URGÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE CRISE: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 114, 2017.

PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. Redes interestaduais de saúde: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia. 2017. 198 f. **Tese (Doutorado), Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2017.

RAMOS, V. O. e SANNA, M. C. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58, n. 3, 2005.

SACOMAN, T.M.; BELTRAMMI, D.G.M.; ANDREZZA, R.; CECÍLIO, L.C.O.; DOS REIS, A.A.C. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**. v. 43, n. 121. 2019.

SANTOS DE JESUS, A. P.; ROCHA PIMENTEL PIMENTA, G.; OLIVEIRA DE JESUS, L.; PINTO OKUNO, M. F.; ASSAYAG BATISTA, R. E. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: estrutura e processo do atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, 2019.

SCHAFFIROWITZ, G. De C. e SOUZA, A. C. Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, suppl 1, p.1-15, 2020.

SERAFIM, R. C.; TEMER, M. J.; PARADA, C. M.G. L.; PERES, H. H. C.; SERAFIM, C. T. R.; JENSEN, R. System for reception and risk classification in obstetrics: a technical quality assessment. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3330, 2020.

SILVA, L. A. S.; DIAS, A. K.; GONÇALVES, J.G.; PEREIRA, N.R.; PEREIRA, R.A. Atuação da enfermagem em urgência e emergência. **Revista extensão**. v.3. n. 1. 2019. ISSN: 2596-2019.

SILVA, P. L.; PAIVA, L.; FARIA, B. V.; OHL, R. I. B.; RIBEIRO, S. R. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 427-433, Junho 2016.

SOUSA, K. H. J. F.; DAMASCENO, C.K.C.S.; ALMEIDA, C. A. .P. L.; MAGALHÃES, J.M; FERREIRA, M.A. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, e20180263, 2019.

SOUZA, C. C.; CHIANCA T. C. M.; CORDEIRO JUNIOR, W.; RAUSCH M. C. P.; NASCIMENTO, G. F. L. Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester: concordância interna e entre observadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018; 26: e3005.

WEYKAMP J.M., PICKERSGILL C. S.; CECAGNO D.; VIEIRA F.P.; SIQUEIRA H.C.H; Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Rev Rene**. Maio, ed. v. 16, n. 3: p.327-36. 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Av. José de Sá de Maniçoba, s/n, centro,

Petrolina – PE. CEP 56304-917. www.univasf.edu.br

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO SOBRE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOS PROFISSIONAIS EVOLVIDOS NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIAS HOSPITALARES DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO- BA

CAEE Nº 50445421.0.0000.8166

Pesquisador responsável: Eduardo Ferreira Silva

Orientador responsável: Dr. Marcelo Domingues de Faria

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá trazer uma visão sobre o conhecimento das pessoas que trabalham no setor de emergência sobre como acontece o processo de acolhimento e classificação de risco, onde irá verificar a capacidade de perceber a piora de usuários e identificar necessidades de classificação e reclassificação. Há uma necessidade que os profissionais estejam capacitados e alerta para direciona-los adequadamente.

Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e caso possua alguma dúvida ou deseje realizar alguma pergunta sobre o estudo, poderá entrar em contato através do contato: (87) 991525343, você irá falar com Eduardo Ferreira, o pesquisador responsável por este estudo.

Envolvimento na pesquisa: A pesquisa será realizada por meio de um questionário aplicado de forma online, através do google forms, aplicado uma única vez, onde você responderá questões que irão conter situações vivenciadas no seu dia-dia, para que possamos como acontece o acolhimento e classificação de risco na unidade em que você trabalha. Você não será remunerado pela participação na pesquisa. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/2012.

Riscos, desconfortos e benefícios: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, contudo podem ocorrer alguns riscos e desconfortos. Risco de divulgação de dados confidenciais ou identificação pessoal, de condutas profissionais inadequadas ou mesmo que fujam do respeito ético profissional, de cansaço ou aborrecimento ao responder questionários, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre prática anterior. Risco de produzir estados negativos ou comportamento alterado, incluindo ansiedade, culpa, sentimentos de choque de inutilidade ou medo. Risco de danos sociais que pode gerar alteração nos seus relacionamentos com outras pessoas e podem envolver estigmatização, vergonha ou perda de respeito.

Incluem-se nos benefícios da pesquisa, trazer a comunidade acadêmico-social a reflexão sobre como ocorre o funcionamento do fluxo de acolhimento nos atendimentos em urgências e emergências hospitalares de Petrolina-PE e Juazeiro-BA. Dar base científica sobre a temática, servindo de fonte para estudos futuros sobre acolhimento e classificação de risco. Trará o destaque e a promoção do papel interdisciplinar e multiprofissional no acolhimento às urgências. Permitirá, também uma auto reflexão acerca das práticas profissionais e o estímulo a capacitação sobre as falhas. Estimular a internalização sobre necessidade de aperfeiçoamento contínuo em sua área de atuação e a importância da implementação do acolhimento em todas as fases do processo de atendimento ao público.

Garantias éticas: Todas as despesas geradas devido a participação na pesquisa, que venham a interferir negativamente ao pesquisado, serão ressarcidas pelo pesquisador. É garantido ainda assistência integral e o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Será garantido o acesso aos participantes, quando solicitado, aos resultados individuais. Será minimizado o desconforto, garantindo a liberdade de não responder questões que lhe causem constrangimento. Os dados coletados e o uso das informações coletadas serão utilizados apenas como dados desta pesquisa. Esse estudo será suspenso imediatamente caso seja percebido algum risco ou dano ao participante da pesquisa, não previsto nesse termo de consentimento. Será garantido a divulgação pública dos resultados e a inexistência de conflitos de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Confidencialidade: é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após o término da pesquisa. Somente o pesquisador e orientador terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados. Os dados serão codificados e arquivados em local próprio do pesquisador, livre de acesso ou consulta pública de terceiros.

É garantido ainda que você terá acesso aos resultados com os pesquisadores. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa e para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo.

Após o aceite de participação este documento será enviado para você via e-mail.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Obs: Não aceite as condições deste termo se ainda tiver dúvidas a respeito.

Pesquisador Responsável: Eduardo Ferreira Silva, Rua Santo Antônio, Santo Antônio, 178, Juazeiro-BA. oferreiraeduardo@gmail.com, (87) 99152-5343.

*Modelo á ser apresentando antes do questionário de forma online através do Google forms.

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

Este questionário tem como objetivo avaliar como acontece o acolhimento e classificação de risco neste serviço hospitalar de emergência. Sua participação neste estudo é muito importante.

Nome		Idade:		
Sexo				
Feminino		Masculino		
1		2		
Profissão				
Enfermeiro	Técnico de enfermagem	Médico	Recepcionista	
1	2	3	4	
Trabalha em setor de emergência?				
Sim		Não		
1		2		
Se sim, setor de emergência:				
Privado		Público		
1		2		
Pós graduação				
Não se aplica	Urgência e emergência/	Saúde pública	Gestão em saúde	Outras
1	2	3	4	5
Se outras, descrever quais:				
Tempo de experiência profissional no setor de urgência e emergência				
0 a 3 meses	3 a 6 meses	6 a 12 meses	1 a 2 anos	+ 2 anos
1	2	3	4	5
Já realizou alguma capacitação em urgência e emergência, se sim, qual?				

Nesta parte do questionário o objetivo das respostas se darão através de uma escala de (1 a 5), leia atentamente cada uma das afirmações e assinale um **x** no número que melhor representa sua opinião.

	1	2	3	4	5
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Nº	ITEM				ESCALA
01	A escuta é ouvir o paciente de maneira além da queixa apresentada, respeitando as limitações e particularidades.				1 2 3 4 5
02	O ambiente de atendimento promove conforto, privacidade, informação e sinalização adequada.				1 2 3 4 5
03	A prioridade de atendimento é norteadada pela ordem de chegada, considerando a idade do paciente.				1 2 3 4 5
04	O enfermeiro define quem receberá atendimento médico e quem será encaminhado para uma unidade de referência.				1 2 3 4 5
05	As decisões em sua unidade, são tomadas em conjunto com chefias e corpo assistencial?				1 2 3 4 5
06	Na unidade existe canais de comunicação com o usuário?				1 2 3 4 5
07	O usuário é informado sobre quais serão as fases do processo de acolhimento: elaboração da ficha, classificação de risco, atendimento médico.				1 2 3 4 5
08	O processo de trabalho está organizado de forma a possibilitar o acolhimento?				1 2 3 4 5

09	Todos os pacientes graves que procuram este serviço passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco.	1	2	3	4	5
10	As condutas a serem tomadas, descritas no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, não são conhecidas por todos que trabalham no setor	1	2	3	4	5
11	Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável.	1	2	3	4	5
12	O fluxograma de atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco é discutido com a equipe e avaliado periodicamente.	1	2	3	4	5
13	O atendimento primário ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso e não de acordo com a ordem de chegada.	1	2	3	4	5
14	O usuário que não corre risco imediato, assim como seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento.	1	2	3	4	5
15	Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco estão treinados para atender o usuário de forma acolhedora e humana.	1	2	3	4	5
16	A equipe multiprofissional que atua nesse serviço trabalha de forma integrada e atenta às necessidades dos usuários.	1	2	3	4	5
17	Os usuários que passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco e aguardam pelo atendimento médico não são reavaliados periodicamente.	1	2	3	4	5
18	Mesmo com o acolhimento com Classificação de Risco, os pacientes graves não são priorizados para o atendimento.	1	2	3	4	5
19	Os profissionais que atuam nesse setor se sentem satisfeitos com a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento.	1	2	3	4	5
20	Classifica-se como amarelo o paciente que precisa de atendimento imediato que necessitam de cuidados especiais, com risco iminente de morte	1	2	3	4	5
21	Fratura interna de costelas, sinais vitais estáveis classifica-se como vermelho, conforme o protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco.	1	2	3	4	5
22	A cor amarela é a classificação ideal para queimados de 2º e 3º grau em áreas não críticas.	1	2	3	4	5
23	Dor torácica de início súbito com alteração pressóidica, considera-se classificação como vermelho.	1	2	3	4	5
24	Paciente com quadro de dor leve a moderada atribui-se a cor verde como classificação de risco.	1	2	3	4	5

*Modelo base para confecção de questionário em formulário de resposta online, Google forms.

*Questionário adaptado do “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco-IAACR”, de autoria de BELLUCCI e MATSUDA extraído da Rev. Bras. Enferm., Brasília 2012 set-out; 65(5): 751-7

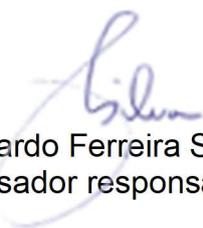
*Adaptado conforme a “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência”. Ministério da Saúde, 2009.

APÊNDICE C – CARTA DE DISPENSA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS****SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE CARTA DE ANUÊNCIA**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Considerando que o projeto de pesquisa intitulado como “ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA POR PROFISSIONAIS DE HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO (BA) ” terá como estratégia de obtenção dos dados, a consulta por questionários coletados através das Redes Sociais de trabalhadores de saúde, possíveis participantes, considerando as redes e-mail ou whatsapp. Dispensando, assim o uso da infraestrutura física para o seu desenvolvimento, o que isenta a pesquisa de eventuais problemas relacionados a essa infraestrutura e dispensa a concordância de uma instituição e/ou organização para autorização de realização de pesquisa. Como pesquisador responsável pelo projeto, eu, Eduardo Ferreira Silva, solicito a este Comitê analisar a pertinência de dispensa da Carta de Anuência Institucional para o desenvolvimento do presente projeto.

Petrolina, 29 de maio de 2021



Eduardo Ferreira Silva
Pesquisador responsável

APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS PESQUISADORES**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA POR TRABALHADORES DE SAÚDE

Pesquisador responsável: EDUARDO FERREIRA SILVA

Campus/Curso: Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde e Biotógicas – UNIVASF – campus: Petrolina

Telefone para contato: 87 9 9152-5343

Local da coleta de dados: online

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados serão coletados via formulários do Google forms, formulário online divulgado em redes sociais, que abordará a temática estudada. Concorda-se, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos sujeitos e serão mantidas em poder do responsável pela pesquisa, Pesquisador(a) EDUARDO FERREIRA SILVA, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Petrolina, 05 de setembro de 2021

.....
Eduardo Ferreira Silva
Pesquisador responsável



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA POR TRABALHADORES DE SAÚDE

Pesquisador responsável: EDUARDO FERREIRA SILVA

Campus/Curso: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas – UNIVASF – campus: Petrolina

Telefone para contato: 87 9 9152-5343

Local da coleta de dados: online

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados serão coletados via formulários do Google forms, formulário online divulgado em redes sociais, que abordará a temática estudada. Concorda-se, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos sujeitos e serão mantidas em poder do responsável pela pesquisa, Pesquisador(a) EDUARDO FERREIRA SILVA, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Petrolina, 05 de setembro de 2021



Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria
Pesquisador secundário - Orientador



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA POR TRABALHADORES DE SAÚDE

Pesquisador responsável: EDUARDO FERREIRA SILVA

Campus/Curso: Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas – UNIVASF – campus: Petrolina

Telefone para contato: 87 9 9152-5343

Local da coleta de dados: online

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados serão coletados via formulários do Google forms, formulário online divulgado em redes sociais, que abordará a temática estudada. Concorde-se, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos sujeitos e serão mantidas em poder do responsável pela pesquisa, Pesquisador(a) EDUARDO FERREIRA SILVA, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Petrolina, 05 de setembro de 2021

Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

Profª Drª Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira
Pesquisador secundário - Coorientador

APÊNDICE E – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
RIO SÃO FRANCISCO -
UNIRIOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA POR TRABALHADORES DE SAÚDE

Pesquisador: EDUARDO FERREIRA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50445421.0.0000.8166

Instituição Proponente: UNIVASF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.976.423

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas no campo "Apresentação do projeto" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1790179 de 20/07/2021) e/ou Projeto Detalhado: RESUMO, DESENHO DO ESTUDO, OBJETIVOS E METODOLOGIA.

Trata-se de um protocolo de pesquisa de projeto de dissertação. Sendo um estudo descritivo de métodos quantitativa, que evidenciará as relações profissionais com o processo de acolhimento e classificação de risco. O método evidenciará as relações profissionais com o processo de acolhimento e classificação de risco.

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas no campo "Objetivo da Pesquisa" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1790179 de 20/07/2021) e/ou Projeto Detalhado: RESUMO, DESENHO DO ESTUDO, OBJETIVOS E METODOLOGIA.

Objetivo Primário:

Este estudo terá como objetivo avaliar o processo de acolhimento com classificação de risco em

Endereço: Av. Vereador José Moreira, 1000, Bloco B, 3º andar, Perpétuo Socorro

Bairro: CENTRO **CEP:** 48.601-180

UF: BA **Município:** PAULO AFONSO

Telefone: (75)3501-0776 **E-mail:** cep@unirios.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
RIO SÃO FRANCISCO -
UNIRIOS**



Continuação do Parecer: 4.976.423

serviços de urgência e emergência.

Objetivo Secundário:

Averiguar o conhecimento da equipe multiprofissional sobre a identificação de emergências básicas e sinais de alarme.

Identificar limites e potencialidades no processo de acolhimento e classificação de risco em unidades de urgência e emergência.

Discutir a prática e vivência profissional acerca do processo de implementação do acolhimento e classificação de risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas no campo "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1790179 de 20/07/2021) e/ou Projeto Detalhado: RESUMO, DESENHO DO ESTUDO, OBJETIVOS E METODOLOGIA.

Riscos:

Neste estudo o participante pode expor condutas não adequadas à prática profissional ou estejam em desacordo com os padrões indicados. O que poderá causar constrangimento pessoal, que será minimizado pela não identificação ou exposição dos participantes.

Benefícios:

Este estudo lhe oferece o benefício de construção da autoavaliação acerca do nível de acolhimento e classificação praticadas. Indiretamente, espera-se que a pesquisa possa estimular a internalização sobre a necessidade de aperfeiçoamento contínuo e a necessidade de adequações nesse primeiro contato e no manejo do paciente nas emergências públicas. Indiretamente se beneficiarão através da contribuição científica com a temática proposta, servindo de base para estudos futuros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de caráter acadêmico para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde e Biológicas. Apresenta patrocínio próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Av. Vereador José Moreira, 1000, Bloco B, 3º andar, Perpétuo Socorro

Bairro: CENTRO **CEP:** 48.601-180

UF: BA **Município:** PAULO AFONSO

Telefone: (75)3501-0776

E-mail: cep@unirios.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
RIO SÃO FRANCISCO -
UNIRIOS**



Continuação do Parecer: 4.976.423

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 4.930.868 emitido pelo CEP em 30/08/2021.

1. Pendências do último parecer do CEP "pendente".

A seguir serão listadas as pendências do projeto intitulado: "ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA POR TRABALHADORES DE SAÚDE" submetido em 20/07/2021.

PI 01 - No cronograma:

Ajustar período de coleta e análise dos dados ao tempo de tramitação do projeto na Plataforma Brasil, bem como, explicitar que a coleta iniciará apenas após a aprovação do projeto por este Comitê.

PI 02 - No item Riscos e Formas de Amenizar os Riscos da metodologia:

Os riscos e benefícios da pesquisa não estão descritos de forma clara com relação as normas éticas presentes na resolução do CNS 466/12.

- A Resolução CNS Nº 466 de 2012, no item III.1.b, define que "A eticidade da pesquisa implica em (...) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos". A descrição dos riscos e benefícios no TCLE, estão diferentes da descrição apresentada nas informações básicas do projeto.

- Reiteramos que estas informações devem estar presentes no texto do projeto e no TCLE.

- Solicitamos a padronização da descrição dos riscos e benefícios em todos os documentos do projeto.

PI 03: - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Endereço: Av. Vereador José Moreira, 1000, Bloco B, 3º andar, Perpétuo Socorro

Bairro: CENTRO **CEP:** 48.601-180

UF: BA **Município:** PAULO AFONSO

Telefone: (75)3501-0776

E-mail: cep@unirios.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
RIO SÃO FRANCISCO -
UNIRIOS**



Continuação do Parecer: 4.976.423

O TCLE deverá ser refeito contemplando os itens solicitados na Resolução 466/12 no item IV.3, bem como, em consonância ao descrito nos demais documentos do projeto.

PI 04 - Termo de compromisso e confidencialidade:

Solicita-se a inclusão dos termos de compromisso e confidencialidade dos pesquisadores. O Termo de compromisso e confidencialidade é individual.

PI 05 - Folha de rosto:

A folha de rosto deverá ser assinada pelo coordenador do programa de pós-graduação ao qual o projeto está vinculado, ou outro profissional responsável da instituição que não esteja vinculado à pesquisa, evitando conflito de interesse.

2. Análise:

Em apreciação as correções/adequações apresentadas pelo autor nos documentos da pesquisa encaminhados a este Comitê de ética, o presente trabalho adequa-se as normativas éticas vigentes na resolução 466/12. Assim, os termos de obrigatoriedade encontram-se presentes e adequados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipos "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS n° 466/12, item XI.2.d e Resolução CNS n° 510/16, art. 28, item V.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1790179.pdf	08/09/2021 08:27:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	08/09/2021 08:27:31	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_PROFAMARGARET.pdf	08/09/2021 08:22:20	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_PROFMARCELO.pdf	08/09/2021 08:21:50	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADEEDUARDO.pdf	08/09/2021 08:20:26	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_AJUSTADO.pdf	08/09/2021	EDUARDO	Aceito

Endereço: Av. Vereador José Moreira, 1000, Bloco B, 3º andar, Perpétuo Socorro

Bairro: CENTRO **CEP:** 48.601-180

UF: BA **Município:** PAULO AFONSO

Telefone: (75)3501-0776

E-mail: cep@unirios.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
RIO SÃO FRANCISCO -
UNIRIOS**



Continuação do Parecer: 4.976.423

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AJUSTADO.pdf	08:18:51	SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_AJUSTADO.pdf	08/09/2021 08:17:57	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_coord.pdf	08/09/2021 08:15:17	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito
Outros	parte1curriculoorientador.pdf	20/07/2021 22:41:14	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito
Outros	LATTESCOORIENTADORA.pdf	20/07/2021 22:09:01	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito
Outros	LATTESPESQUISADOR.pdf	20/07/2021 21:56:26	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	10/07/2021 17:09:18	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/07/2021 17:04:46	EDUARDO FERREIRA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PAULO AFONSO, 15 de Setembro de 2021

Assinado por:
KATIA CILENE DA SILVA FELIX
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Vereador José Moreira, 1000, Bloco B, 3º andar, Perpétuo Socorro
Bairro: CENTRO **CEP:** 48.601-180
UF: BA **Município:** PAULO AFONSO
Telefone: (75)3501-0776 **E-mail:** cep@unirios.edu.br

ANEXOS

ANEXO A - FORMULÁRIO BASE PARA ELABORAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco- IAACR

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo e Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
01	A estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e acompanhante.			
02	O Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano.			
03	Não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco.			
04	O espaço físico para consulta médica e de enfermagem não proporcionam privacidade ao usuário.			
05	O espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante.			
06	A sinalização do ambiente é clara e suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco.			
07	Os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco não se comunicam frequentemente com toda equipe do setor.			
08	Todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco.			
09	As condutas a serem tomadas descritas no protocolo de Acolhimento com Classificação e Risco não são conhecidas por todos que trabalham no setor.			
10	As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco.			
11	Os Profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável.			
12	O Fluxograma de atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco é discutido com a equipe e avaliado periodicamente quanto à clareza e objetividade.			
13	O atendimento primário ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso e não de acordo com a ordem de chegada.			
14	O usuário que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento.			
15	Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco estão treinados para atender ao usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana.			
16	Nesse serviço, a humanização no atendimento não se faz presente em todas as etapas do atendimento ao usuário.			
17	A equipe multiprofissional que atua nesse serviço trabalha de forma integrada e atenta às necessidades dos usuários.			
18	Os usuários que passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco e aguardam pelo atendimento médico não são reavaliados periodicamente.			
19	Mesmo com o Acolhimento com Classificação de Risco os pacientes graves não são priorizados para o atendimento.			
20	Os casos de baixa complexidade não são encaminhados à rede básica de saúde.			
21	Os profissionais que atuam nesse setor se sentem satisfeitos com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento.			

Fonte: BELLUCCI e MATSUDA. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2012 set-out; 65(5): 751-7

ANEXO B - QUESTIONAMENTOS BASE PARA COMPLEMENTAÇÃO DE PERGUNTAS DO FORMULÁRIO TIPO LIKERT SOBRE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Questões norteadoras de demandas de acolhimento e classificação de risco, presente em Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS., conforme Ministério da Saúde.



- Envolver as equipes e gerentes dos serviços no processo de reflexão crítica sobre as práticas.

Neste sentido, é importante a montagem de grupos multiprofissionais com a participação dos profissionais que atuam diretamente na área de urgência (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, pessoal administrativo, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), dos gestores e gerentes da área de urgência, assim como dos gestores e técnicos implicados nas áreas que têm interface direta com o serviço de urgência: gestão de pessoal, áreas de apoio, regulação, representação da rede externa.

Nos serviços de urgência, onde as equipes trabalham na maior parte das vezes em regime de plantão, é indispensável a construção de estratégias de mobilização, de cronograma de rodas de conversa com a equipe multidisciplinar a serem realizadas em diversos horários diurnos e noturnos, visando à coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas.

Apresentamos a seguir alguns exemplos de questões a serem consideradas e analisadas pelo grupo nas rodas:

Acesso e caracterização da demanda do serviço

- Como acontece o acesso do usuário ao atendimento em seu serviço?

- Quem procura o serviço ?
- Quem encaminha para o serviço, e como são esses encaminhamentos ?
- O que se configura como necessidade de atendimento no serviço?

Fluxos e critérios adotados para a organização da atenção ao usuário

- Ao chegar à unidade a quem/para onde o usuário se dirige? Quem o recebe? De que modo?
- Qual o caminho que o usuário faz até ser atendido?
- Como você percebe a escuta à demanda do usuário?
- Como se dá o acolhimento no serviço?
- O processo de trabalho está organizado de forma a possibilitar o acolhimento? Por quê?
- Quem define quem será atendido? Quem não é atendido e por quê?
- Que tipos de agravo à saúde são imediatamente atendidos?
- Em quanto tempo? O que os define como prioritários?



- Há em seu serviço uma ordenação do atendimento? Qual?
- O serviço adota critérios de classificação de cisco? Como está esse processo?
- Qual a resolutividade do serviço?

Relações de trabalho, espaços de troca, ambiência, relações com usuários e familiares

- Como são compostas as equipes de atendimento em sua unidade? Por grupo-classe profissional?
- Há trabalho de equipe multiprofissional? Em que setores?
- Há reuniões ordinárias? Qual a periodicidade? Qual é a composição do grupo?
- Quais as maiores dificuldades encontradas no funcionamento por grupo-classe ou equipe multiprofissional?
- Como se dão as relações de trabalho entre as pessoas da equipe e destas com os usuários e familiares?
- Existem espaços de discussão sobre os processos de trabalho entre gerentes e trabalhadores?

- Como são tomadas as decisões em sua unidade? Pelas chefias, pelo gestor geral da unidade, por colegiados?
- Como é seu ambiente de trabalho?
- Como se dá a participação dos trabalhadores e usuários nos processos de mudança do espaço de trabalho?
- Como é o ambiente e no que ele interfere nas práticas de acolhimento? (conforto, privacidade, informação, sinalização).
- Em que medida a ambiência tem contribuído para a promoção do Acolhimento com Classificação de Risco?
- Existem formas e canais de comunicação com os usuários? Quais?
- Do que e como a rede social do usuário é informada? Que profissionais participam desse processo?

Relações com outros serviços, internos e externos

- Quais são as responsabilidades das portas de urgência no SUS na sua cidade/região/estado?
- Como a porta da urgência do seu serviço se relaciona com os outros serviços do Sistema de Saúde (hospitais, Atenção Básica, Samu, Pronto Atendimentos, Caps, etc.)?



- Como a unidade de urgência se relaciona com as demais unidades do hospital (UTI, enfermarias, serviços de apoio, transporte, etc.)?
- Como é feito o encaminhamento dos casos não atendidos na unidade? Quem responde por eles?
- Há articulação com a rede de serviços de saúde (sistema de referência/contrarreferência)? Como funciona?