



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



SOLANGE MARIA SEIXAS MARTINS

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM
SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR**

GOIÂNIA

2012

SOLANGE MARIA SEIXAS MARTINS

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM
SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de pesquisa: Sociedade, Ambiente e Saúde

Orientadora: Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila

GOIÂNIA

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca Central da Pontifícia

Universidade Católica de Goiás

M386a	Martins, Solange Maria Seixas Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um serviço de urgência hospitalar [manuscrito] / Solange Maria Seixas Martins. – 2012. 97 f. : il., graf., tabs. Bibliografia: f. 80-88. Apêndices. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012. “Orientadora: Prof ^a . Dr ^a . Vanessa da Silva Carvalho Vila”. 1. Hospitais públicos – serviços de emergência – Goiânia (GO). 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Triagem. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. II. Vila, Vanessa da Silva Carvalho. III. Título. CDU: 616-07(043.3) 616-083 614.253.5
-------	--



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 05 DE MARÇO DE 2012 E CONSIDERADA
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) Vanessa Carvalho
Profa. Dra. Vanessa da Silva C. Vila / PUC Goiás (Presidente/Orientadora)

2) Lícia Maria Oliveira Pinho
Profa. Dra. Lícia Maria Oliveira Pinho / PUC Goiás (Membro)

3) Lidia Aparecida Rossi
Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi / USP (Membro Externo)

4) Virgínia Visconde Brasil
Profa. Dra. Virgínia Visconde Brasil / UFG (Suplente Externo)

5) Luc Marcel Adhemar Vandenberghe
Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe / PUC Goiás (Suplente)

DEDICATÓRIA

A meus pais, **Sr. Francisco Magalhães Seixas** e **Sra. Jerônima Cândida Seixas** (*in memoriam*) que, com certeza, estão muito orgulhosos de meu desempenho, pois, com sua simplicidade, me passaram ensinamentos importantes; meu amor eterno...

Aos meus filhos, **Marcus Vinícius Seixas Martins** e **Ana Luiza Seixas Martins**, a quem tanto amo e que acompanham minha luta diária na área da saúde, desde o início de suas vidas, evidente exemplo de amor incondicional...

Ao meu esposo, **Samuel Antonio Martins Neto**, amor da minha vida, pelo amor, compreensão e estímulo sempre concedidos. Suas atitudes de zelo para comigo e com a nossa família fizeram a diferença para a conclusão deste trabalho. Muito obrigada por fazer parte da minha história.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profª. Drª. Vanessa da Silva de Carvalho Vila

Pela dedicação, total disponibilidade, simpatia e carinho com que sempre me recebeu, obrigada. Por aceitar essa orientação e pela confiança em mim depositada; presença constante em cada passo dado, pelas sugestões sempre pertinentes, pelos excelentes ensinamentos e pelo incondicional apoio durante estes dois anos. Você é ímpar...

AGRADECIMENTOS

Acredito que **Deus** tem motivo único para colocar certas pessoas em nosso caminho. Às vezes, para nos ajudar a enxergar uma situação nova, outras vezes para encorajar e fortalecer nossos propósitos, ou então, apenas para lembrar que nunca estamos sós e o quanto é importante compartilharmos as alegrias, sonhos e lágrimas. Assim, quero agradecer a todas as pessoas que participaram deste momento tão importante em minha vida.

Agradeço, acima de tudo e de todos, a Deus, pela imensidão de seu amor, por ter me dado força em todos os momentos da minha vida.

À Profa. **Dra. Lídia Aparecida Rossi**, pela disponibilidade de participação na minha banca de defesa e por compartilhar conosco seus conhecimentos.

À Profa. **Dra. Virginia Visconde Brasil**, que deu início a esse sonho, pelo acolhimento ao aceitar compor a banca de avaliação desta dissertação.

À Profa. **Dra. Lícia Maria Oliveira Pinho** e ao Prof. **Dr. Luc Vandenberghe** por terem aceitado prontamente meu convite para fazer parte da banca de avaliação deste estudo.

À **Fundação de Apoio e Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG)**, pelo apoio financeiro, ao conceder a bolsa de estudo e por ter acreditado e investido na minha formação como pesquisadora.

Aos usuários (**familiares e pacientes**) que procuraram o Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO) em busca de tratamento, de ajuda e proteção em razão de sua enfermidade, e que aceitaram participar desta pesquisa, mesmo no momento de angústia e dor, na maioria das vezes difícil. A todos, meus sinceros agradecimentos.

Aos **enfermeiros** do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) e Sala de Reanimação do Hospital de Urgências de Goiânia-GO, pelo

carinho com que me receberam, pelo acolhimento, por terem permitido que eu participasse da rotina cotidiana de seu trabalho. A todos, obrigada pela confiança e respeito ao meu estudo.

A meu sobrinho, **Aguimar da Silva Faria Júnior**, pela valiosa contribuição neste estudo, e por sua grande disponibilidade pessoal em ajudar.

A meu sobrinho, **Thiago Martins Albuquerque**, pela seriedade com que se ocupou da transcrição de parte das entrevistas.

Aos **profissionais** do ambulatório de Infectologia/SAE do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, por terem assumido parte de minhas responsabilidades durante minha ausência; meu agradecimento especial à enfermeira Maria Josefa, por ter me substituído num momento tão importante de minha vida profissional.

Às amigas, **Rosa Azevedo da Luz e Pricila Gomes Santana**, colegas e parceiras para todas as horas. É uma satisfação poder ser sua amiga.

Às **colegas** do Curso de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC-GO, que compartilharam comigo momentos de aprendizados, angústia, respeito e carinho; e em especial **Margarida Martins, Maria Socorro Melo, Líllian Lúcia, Fabiane Alves** pela amizade e cumplicidade.

Ao **Hospital das Clínicas** da Universidade Federal de Goiás, local onde exerço a enfermagem com ética, zelo, profissionalismo e cuidado pelos usuários.

À Enf.**Cláudia de Paula Guimarães**, Gerente de Enfermagem do Ambulatório HC/UFG, pelo apoio.

A minha sogra, D. **Goiandira Melo Martins**, verdadeira mãe que muito contribuiu nesta caminhada.

A meu irmão, **Vladimir Magalhães Seixas**, pela devoção e incentivo ao meu crescimento profissional e fundamental apoio em minha formação pessoal.

À **família Seixas**, em especial meus irmãos e irmãs, assim como, à **família Melo Martins**, que posteriormente veio fazer parte de minha vida. A todos meus sinceros e afetuosos agradecimentos.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

RESUMO

MARTINS, S.M.S. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um serviço de urgência hospitalar em Goiânia**. 2012. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

A crescente demanda e a insuficiente estruturação da rede de atenção às urgências hospitalares têm contribuído para a sobrecarga destes serviços, transformando-os em uma das áreas mais problemática do sistema de saúde brasileiro. Entre as diretrizes propostas pelas políticas públicas brasileiras para solução desta problemática destaca-se o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Neste contexto, optou-se por desenvolver um estudo de caso qualitativo com o objetivo de descrever a perspectiva de usuários e enfermeiros sobre o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um serviço de urgência e emergência hospitalar em Goiânia, Goiás. Participaram 19 enfermeiros e 21 usuários. Os dados foram coletados de novembro de 2010 a abril de 2011, por meio de observação direta e entrevistas semi-estruturadas. A partir da análise e interpretação dos dados, constatou-se que os sentidos atribuídos pelos participantes para a implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco relacionaram-se à transformação do modelo assistencial e aos limites e desafios para o serviço de urgência. Os participantes mencionaram que antes da implantação deste protocolo, o serviço de urgência e emergência hospitalar era caracterizado por longas filas de espera, superlotação, desorganização do fluxo de atendimento, pessoas que morriam na fila. A demora no atendimento, a baixa resolutividade, a falta de atendimento condizente às necessidades dos usuários e a sobrecarga de trabalho foram mencionados como fatores geradores de frustração não apenas para os usuários, mas também para os enfermeiros. As mudanças foram percebidas de modo positivo e estiveram relacionadas à organização do serviço, ao tipo de atendimento, à eficiência da equipe e, conseqüentemente, à melhor atenção ao usuário. Os limites e desafios para implementação do protocolo referem-se à promoção do efetivo acolhimento que envolve tempo, maior disponibilidade para ver, ouvir e informar o usuário. Os enfermeiros destacaram a necessidade do processo

de educação continuada para o aprimoramento de competências e habilidades técnicas (avaliação com classificação de risco) e humanas (acolhimento) para cuidar. Entre as dificuldades mencionaram a falta de resolutividade do serviço de urgência pré-hospitalar fixo (atenção básica), o que prejudica o encaminhamento resolutivo para a rede básica de urgência (contra-referência). Os resultados sugerem que o protocolo trouxe organização e definição do acesso ao serviço por nível de prioridade. No entanto, ainda são muitos os desafios para o acolhimento e a humanização do cuidar de pessoas que requerem atendimento de urgência no âmbito hospitalar e pré-hospitalar.

Palavras-chave: acolhimento; humanização da assistência; serviço hospitalar de emergência; triagem.

ABSTRACT

MARTINS, S.M.S. Caring and welcoming reception during triage protocol in the hospital emergency room in Goiânia. 2012. 97f. Thesis (MSc in Environmental Science and Health) – Pontifical Catholic University of Goiás, GO, Brazil, 2012.

The growing demand and insufficiently structured health care network for emergency hospital care has contributed to the overload of these services, making them one of the most problematic areas in the Brazilian health system. A caring and welcoming triage protocol in the hospital emergency room, stands out among the guidelines proposed in Brazilian public policies to address this issue. In this context, we developed a qualitative case study aiming to describe the perception of patients and nurses concerning to the triage of patients in the emergency room service in Goiânia, GO, Brazil. A total of 19 nurses and 21 patients participated in the study. Data were collected from November 2010 to April 2011 through participant observation and semi-structured interviews. The analysis and interpretation of data revealed that the meanings held by the participants concerning to the implementation of a caring and welcoming triage protocol were related to the transformation of the care model and to the limitations and challenges faced in emergency care services. The participants mentioned that before this protocol was implemented, the emergency service was characterized by long wait lines, overcrowding, disorganized service flow, and deaths during waiting in lines. The delayed service, its poor problem-solving capacity, lack of consistency with patient needs, and the presence of work overload were identified as factors that created frustrations not only to the service users but also to the health professionals. Changes were positively evaluated and were related to the service's organization, priority treatment, the staff's efficiency and, consequently, improved quality of care. The limitations and challenges of this protocol implementation are related to promote a caring and welcoming reception in a more respectful way at the emergency room, which involves time, and a greater availability to see, listen, and inform users. The nurses noted the need for continuing education to improve technical competencies (triage protocol) and human skills (welcoming) to care. Among the difficulties mentioned were the lack of capability to problem-solving in ambulatory emergency care, which is hard for the professional during the triage protocol to refer the patient to this service. The outcomes suggested that the protocol

enabled the organization and definition of access to the service according to levels of priority. There are, however, many challenges to implementing a welcoming and humanized care provided to people who require emergency care in the hospital and pre-hospital environments.

Keywords: User Embrace; Humanization of Assistance; Emergency Service, Hospital; triage.

RESUMEN

MARTINS, S.M.S. **Acogimiento con Evaluación y Clasificación de Riesgo en un servicio de urgencia hospitalaria en Goiânia.** 2012. 97h. Disertación (Maestría en Ciencias Ambientales y Salud) – Pontificia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

La creciente demanda y la estructuración insuficiente de la red de atención a las urgencias hospitalarias han contribuido a la sobrecarga de estos servicios, transformándolos en una de las áreas más problemáticas del sistema de salud brasileño. Entre las directivas propuestas por las políticas públicas brasileñas para solucionar esta problemática se destaca el Acogimiento con Evaluación y Clasificación de Riesgo. En este contexto, se decidió desarrollar un estudio de caso cualitativo con objeto de describir la percepción de usuarios y enfermeros sobre el Acogimiento con Evaluación y Clasificación de Riesgo en un servicio de urgencia y emergencia hospitalaria en Goiânia, Goiás, Brasil. Participaron 19 enfermeros y 21 usuarios. Los datos fueron recolectados entre noviembre del 2010 y abril del 2011, mediante observación participante y entrevistas semi-estructuradas. A partir del análisis e interpretación de los datos, se constató que los sentidos atribuidos por los participantes a la implementación del Acogimiento con Evaluación y Clasificación de Riesgo estuvieron relacionados a la transformación del modelo de atención y a los límites y retos para el servicio de urgencia. Los participantes mencionaron que, antes de la implantación de este protocolo, el servicio de urgencia y emergencia hospitalaria era caracterizado por largas filas de espera, superpoblación, desorganización del flujo de atención, personas que morían en la fila. Este aspecto fue identificado como factor que generaba sentimiento de frustración relacionado a la demora de la atención, baja capacidad de solución, falta de atención condeciente con las necesidades del usuario y sobrecarga de trabajo. Los cambios fueron percibidos de modo positivo y estuvieron relacionadas a la organización del servicio, al tipo de atención, a la eficiencia del equipo y, consecuentemente, a la mejor atención al usuario. Los límites y retos para implementación del protocolo se refieren a la promoción del acogimiento efectivo, lo que involucra tiempo, mayor disponibilidad para ver, oír e informar al usuario. Los enfermeros destacaron la necesidad del proceso de educación continuada para el perfeccionamiento de competencias y

habilidades técnicas (evaluación con clasificación de riesgo) y humanas (acogimiento) para cuidar. Entre las dificultades, mencionaron la falta de capacidad de solución de los servicios de urgencia pre-hospitalarios fijos (atención básica), lo que perjudica el encaminamiento resolutivo a la red básica de urgencia (contra-referencia). Los resultados sugieren que el protocolo trajo organización y definición del acceso al servicio por nivel de prioridad. Sin embargo, permanecen muchos retos para el acogimiento y la humanización del cuidar de personas que necesitan de atención de urgencia en el contexto hospitalario y pre-hospitalario.

Palabras-clave: acogimiento; humanización de la atención; servicio de urgencia en hospital; tamizaje.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	23
2.1. Objetivo Geral	24
2.2. Objetivos Específicos	24
3. REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1. A Atenção às Urgências e Emergências	26
3.2. O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas Urgências e Emergências	33
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	42
4.1. Tipo de estudo	43
4.2. Aspectos Éticos	43
4.3. Caracterização do Serviço de Urgência Hospitalar	44
4.4. O grupo social pesquisado	46
4.5. Trabalho de campo	47
4.6. Análise dos dados	49
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1. Caracterização dos Participantes	52
5.2. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Serviço de Urgência Hospitalar	53
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	89
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
Apêndice B - Roteiro para Entrevista com os Enfermeiros	93

Apêndice C- Roteiro para Entrevista com Usuários	94
ANEXO	95
Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética	96

1. INTRODUÇÃO

O processo de cuidar da saúde envolve uma rede complexa de aspectos estruturais, organizacionais e humanísticos que devem, de modo articulado, atender às necessidades da população. Em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo principal de oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover a saúde da população brasileira, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 2010).

A gestão do SUS está fundamentada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, por meio de ações e serviços descentralizados, regionalizados e hierarquizados que garantam a participação ativa da sociedade para o controle social da qualidade do atendimento nas diferentes esferas de cuidados à saúde (BRASIL, 2004a; SANTOS, 2003).

Atualmente, o SUS atinge todo o país, graças ao processo de municipalização que transferiu recursos e responsabilidades da esfera federal e estadual diretamente aos municípios. No entanto, pesquisadores descrevem que o acesso da população aos serviços de saúde ainda é precário, existindo limitações na resolutividade e na qualidade do atendimento ao usuário (BRASIL, 2004a; CECÍLIO, 1997).

Com a instituição do SUS, a discussão sobre a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde ganhou destaque e desencadeou a necessidade de reorganização da rede de atenção à saúde e redefinição da porta de entrada do usuário no sistema de saúde (BRASIL, 2002).

Neste sentido, a rede hospitalar de urgência e emergência tem sido uma preocupação constante, pois historicamente é reconhecida pelos usuários como a porta de entrada no sistema de saúde, fato que, aliado à falta de dispositivos eficazes para determinar as prioridades de atendimento desses locais, colaborou para a superação da capacidade de atendimento e quase inoperância desses serviços (DESLANDES, 2002; O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

Os serviços de urgência e emergência (SUE) são considerados espaços destinados ao atendimento de pacientes críticos ou potencialmente críticos que necessitam de atendimento imediato com recursos humanos e tecnológicos especializados (CALIL; PARANHOS, 2007). Contêm especificidade que os diferencia de qualquer outro serviço na área de saúde, pois o atendimento deve ser realizado de forma imediata, eficaz e integral (DESLANDES, 2002).

No Brasil, a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, geraram o enorme fluxo de circulação desordenada dos usuários nas portas dos pronto-socorros. Entre os problemas enfrentados pelos usuários destacam-se as longas filas de espera, em função da elevada demanda e incapacidade dos serviços de urgência em oferecer o atendimento acolhedor, universal e igualitário (BITTENCOURT; HORTALE, 2007; MAGALHÃES et al., 1998; O'DWYER et al. 2009; VALENTIM; SANTOS, 2009).

A superlotação de usuários nos serviços de urgência e emergência é um fenômeno bem conhecido dos gerentes, gestores e profissionais de saúde, bem como dos usuários e da população (SANTOS, 2003). Um dos aspectos apontados para ocorrência desta problemática é a incapacidade dos serviços básicos e secundários em absorver a demanda do primeiro atendimento, levando à sobrecarga e desestruturação destes serviços, tornando esta área assistencial uma das mais problemáticas do sistema de saúde brasileiro (ANDRADE; DONELLI, 2004; BRASIL, 2002; SANTOS, 2002; SHIROMA, 2008; SHIROMA; PIRES; REIBNITZ, 2008).

Após vinte anos de implantação do SUS, o modelo assistencial da rede de atenção a saúde, entre eles os SUE, ainda é fortemente centrado no modelo biomédico tendo com foco central a doença e não as necessidades da pessoa que busca este serviço. Neste sentido, as redes de atenção básica e de média complexidade apresentam deficiências estruturais, organizacionais, técnicas e humanísticas para acolher o usuário de modo resolutivo. Enquanto isso, a rede hospitalar de urgência e emergência apresenta insuficiência de leitos para usuários que necessitam de cuidados críticos e internação na unidade de terapia intensiva.

Outros aspectos importantes para estes déficits são as inadequações na estrutura curricular dos aparelhos formadores; o baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde; a fragilidade das políticas nas pactuações; a dificuldade nos mecanismos de referência e contra referência e as poucas ações de controle e avaliação da qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2006b; CECÍLIO, 1997; SANTOS, 2003).

A superlotação evidencia o baixo desempenho da rede de atenção à saúde (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). Em pesquisa realizada em 119 serviços hospitalares de diferentes regiões do Estado do Rio de Janeiro verificou-se que a

principal causa de superlotação nas emergências é o atendimento a pacientes com problemas ambulatoriais (O'DWER; MATTA; PEPE, 2008).

Entre os desafios enfrentados na atenção às urgências destaca-se a necessidade de garantir o acesso ao serviço de saúde para todos os usuários com a qualidade técnica e humanística para resolução dos problemas de saúde por nível de complexidade e prioridade, sem comprometer a capacidade dos serviços (BRASIL, 2004 a; CECÍLIO, 1997; MATUMOTO, 1998).

As múltiplas intervenções feitas para a organização e distribuição dos serviços de urgência não resolveram as disfunções existentes e não atingiram o objetivo de fazer da rede básica a principal porta de entrada do sistema de saúde (ANDRADE et al., 2004; BRASIL, 2004a; CECÍLIO, 1997). Em geral, os cidadãos brasileiros reconhecem o SUE como a via de acesso mais rápida e eficiente para a resolução de seus problemas, muitas vezes de baixa complexidade, que não requerem necessariamente o atendimento de urgência (ANDRADE; DONELLI., 2004; BRASIL, 2004a; CECÍLIO, 1997).

Neste contexto, a definição e a diferenciação das urgências tornaram-se imperativos necessários para adequação da assistência de modo a garantir a proporcionalidade terapêutica condizente às necessidades dos usuários e capacidade do sistema de saúde (BITTENCOURT; HORTALE, 2007; O'DWYER, 2010; SANTOS 2002; SANTOS, 2003).

Toda essa problemática relacionada à atenção a saúde em serviços de urgência e emergência hospitalares, levou os governantes e gestores de saúde a iniciarem projeto de reforma nesta área (BRASIL, 2002; MARQUES; LIMA, 2007; VALENTIM; SANTOS, 2009).

Em 2002, foi instituída a Portaria GM nº 2.048, que criou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Entre suas diretrizes foram destacadas a necessidade da organização e da qualificação dos componentes da rede assistencial que dá suporte às urgências e da reordenação do acesso dos usuários aos serviços sob a lógica da Regulação Médica. O Ministério da Saúde (MS) tem a compreensão de que o desenvolvimento dessas diretrizes nos âmbitos federal, estadual e municipal poderá, em parte, equacionar os fatores causais apontados para a superlotação das urgências (BRASIL, 2002).

No ano seguinte, por meio da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HUMANIZA SUS ou PNH), foi proposta a diretriz Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) como estratégia para a modificação do processo de trabalho em saúde e reorganização do acesso dos usuários ao serviço. Esta diretriz tem como objetivo promover a reestruturação do serviço por meio de um processo dinâmico, que visa identificar o usuário que necessita ser atendido e ordenar o atendimento segundo o grau de sofrimento, o potencial risco de morte ou de agravos à saúde (BRASIL, 2004c).

O AACR é uma das tecnologias de gestão para que os SUE possam ser enquadrados na Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (Qualisus), que tem como objetivo controlar a qualidade dos serviços de saúde, promovendo maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; AZEVEDO, 2004; BRASIL, 2004a; VALENTIM; SANTOS, 2009).

Esta diretriz é mais do que uma triagem qualificada, pois envolve um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e utilizando melhor o potencial dos demais profissionais (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). A tecnologia de avaliação e classificação de risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento por meio de protocolos preestabelecidos, da avaliação do grau de necessidade do usuário, oferecendo atenção centrada por nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004b; FEIJÓ, 2010).

Assim, entre as ações previstas para o controle da qualidade dos SUE está o acolhimento de pacientes, dando fim às filas que se formam ao lado de fora das unidades; a realização da triagem classificatória de pacientes, em que o atendimento é priorizado pela gravidade do caso, a criação de sistemas de sinalização que garantam ao usuário fluidez no atendimento e autonomia e, ainda, a reorganização do funcionamento dos hospitais e informatização da área assistencial e implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU-192) (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Como enfermeira participei da implantação do AACR em um serviço de urgência hospitalar e pude observar neste período, os desafios para promover a efetiva mudança e atingir os objetivos de organizar a assistência na urgência, de forma a absorver todos que procuravam a unidade, acolhendo-os por meio de um protocolo de atendimento por classificação de risco e, ao mesmo tempo, fortalecendo o vínculo com a equipe.

Nesse processo de implantação do AACR, pude observar que o atendimento passou a ser realizado pela equipe de enfermagem, levando muitos enfermeiros ao encontro dessa nova “modalidade” de assistência, em que o mesmo se vê com a responsabilidade de avaliar o usuário e determinar a ordem em que será atendido. Pude compreender que o processo de transformação de um modelo assistencial é algo complexo que envolve aspectos relacionados à cultura organizacional, ao processo de formação e aos mecanismos de gestão do cuidado à saúde. Além disso, envolve a compreensão do modo como a população acredita ser o caminho para resolver seus problemas de saúde.

Foram identificadas pesquisas que abordam o processo de implementação do AACR em diferentes contextos brasileiros (ALBÊS; MASSARO, 2004; ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; AZEVEDO, 2004; BITTENCOURT; HORTALE, 2007; BOTH, 1999; CHAVES, et. al. 1987; DAL PAI, 2007; DURO; LIMA, 2010; FEIJÓ, 2010; GATTI, 2003; GATTI; LEÃO, 2004; GODOY, 2010; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009; GUSMÃO FILHO, 2008; MADEIRA; LOUREIRO; NORA, 2010; MAGALHÃES, 1989; MASSAROLO, 2009; MELI; VIGO; FONSECA, 2008; MENDES, 2008; ODWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009; PINTO JÚNIOR, 2011; PIRES, 2003; PIZZOLATO, 2008; ROSSANEIS, et. al., 2011; SHIROMA; PIRES; REINITZE, 2008; SHIROMA, 2008; SOUZA, et. al. 2011; SOUZA, 2009; TOLEDO; 2009; ZANELATTI; DAL PAI, 2010). De modo geral existe consenso entre os pesquisadores de que esta diretriz da PNH, melhora a qualidade da assistência prestada ao paciente grave, organiza o trabalho, o fluxo de atendimento, contribui na identificação dos casos mais graves e na organização da demanda (AZEVEDO, 2004; DAL PAI, 2007; FEIJÓ, 2010; GODOY, 2010; GUSMÃO FILHO, 2008; MENDES, 2008; PIRES, 2003; ROSSANEIS, et. al., 2011; SHIROMA, 2007; TOLEDO; 2009; ZANELATTI; DAL PAI, 2010).

Ao revisar a literatura, foram identificados dois estudos que retrataram esta realidade em Goiânia, Goiás (AZEVEDO, 2004; MOURA, 2004). No contexto hospitalar, o AACR no serviço de urgência conferiu maior resolubilidade e acolhimento aos usuários (AZEVEDO, 2004). Em contrapartida, foi identificado em 2004, que as Unidades Não Hospitalares de Atenção às Urgências/Emergências (UNHAU/E) tinham papel reduzido junto à rede assistencial e não adotavam a triagem classificatória de risco, bem como outras práticas de humanização da assistência, e tampouco possuíam programas de educação permanente específica para urgência (MOURA, 2004).

Após este período, não foram identificados estudos que descrevessem os resultados do processo de implantação do AACR nos serviços hospitalares de atenção às urgências em Goiânia, Goiás. Assim, a relevância do presente estudo relaciona-se à necessidade de identificar como está a realidade da implementação do AACR no principal serviço de urgência hospitalar de Goiânia. Neste contexto, o presente estudo foi desenvolvido para responder às seguintes questões de pesquisa: *como os usuários e enfermeiros descrevem o processo de cuidar no serviço de urgência e emergência? Quais foram as principais contribuições, limitações e os desafios para a implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco?*

As evidências científicas identificadas neste estudo fornecerão subsídios para a compreensão das ações implementadas, dos avanços e das limitações ainda existentes para o processo de humanização do atendimento em urgência e emergência hospitalar, contribuindo para o diagnóstico da situação vivida, direcionando a melhoria das práticas em saúde e sugerindo novos rumos para pesquisas futuras.

2. OBJETIVOS

Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Descrever a perspectiva de enfermeiros e usuários (familiares e pacientes) sobre o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um Serviço de Urgência e Emergência Hospitalar de Goiânia, Goiás.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos enfermeiros e usuários (familiares e pacientes) que vivenciaram o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um serviço de urgência e emergência hospitalar.
- Identificar as mudanças, as dificuldades e as contribuições decorrentes da implementação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um Serviço de Urgência e Emergência Hospitalar de Goiânia, Goiás.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. A Atenção às Urgências e Emergências

O conceito de urgência abrange o evento caracterizado como vital na percepção dos indivíduos e/ou da sociedade. Nesta condição, o paciente apresenta gravidade percebida ou sentida, como ameaça à sua integridade física ou mental. O tratamento é possível, mas a intervenção e resolução deverão ser realizadas em período de até 24 horas após seu início (BRASIL, 2006b).

A Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM) define o termo urgência como uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Já o termo emergência é definido como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato (BRASIL, 1995).

O conceito de “urgência/emergência” por mais diversificado e amplo que seja, caracteriza sempre o atendimento a pacientes em situação crítica, com sofrimento intenso e risco ou não de morte (CHAVES et al., 1987; TOLEDO, 2009).

No entanto, em função do elevado número de dúvidas e semelhanças terminológicas, o Ministério da Saúde tem optado pela utilização do termo urgência para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, classificando o grau de urgência em níveis, tomando como marco ético de avaliação o “imperativo da necessidade humana” (BRASIL, 2006b).

Historicamente, o atendimento às urgências iniciou-se especialmente na Europa e América do Norte, com a necessidade de atendimento de pessoas em situação de risco de morte, que exigiam uma equipe de profissionais preparada para atender de modo rápido e eficaz, oferecendo atenção qualificada para melhor chance de sobrevivência (WEHBE; GALVÃO, 2001).

A partir da década de 1950, principalmente nos Estados Unidos e França, os serviços de urgência e emergência ganharam relevância no atendimento às necessidades de saúde da população, especialmente pelo aumento considerável de pacientes em consequência dos acidentes de trânsito, desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e de atendimentos aos grandes traumas (GODOY, 2010; SHIROMA, 2008).

Revisão da Literatura

Alguns marcos históricos são considerados referência para o desenvolvimento e consolidação da atenção às urgências, pois configuram-se em práticas vigentes no atual cenário mundial. Entre eles destacaram-se, na década de 1960, a criação do *Service D' Aide Médicale Urgente* (SAMU) pelo Sistema Nacional de Emergência Francês (AQUINO, 1987) e a instituição, na década de 1970, dos protocolos de *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), *Trauma Life Support Courses for Nurses* (TLS for Nurses for Nurses), entre outros (SHIROMA, 2008; WEHBE; GALVÃO, 2001).

No final da década de 1970 ocorreu na França um encontro promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual estabeleceu recomendações para o planejamento e organização dos sistemas de emergência, além de estabelecer o uso de um número de telefone único, fácil de ser memorizado e com ligação gratuita, mesmo que existisse comunicação entre as ambulâncias e os serviços de emergência (AQUINO, 1987).

Pesquisadores apontam que o cuidado às urgências teve amplo destaque no Brasil a partir da década de 1980, quando foi dada maior importância na capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência. Para qualificação do atendimento, o Brasil incorporou protocolos assistenciais, organizacionais e modelou a rede de atenção às urgências a partir de modelos construídos em países da Europa (França) e América do Norte (Estados Unidos e Canadá) (WEHBE; GALVÃO, 2001).

No Brasil, historicamente a assistência às urgências acontece principalmente no pronto socorro (PS) hospitalar que funcionam 24 horas por dia, atendendo pacientes de urgência, pacientes não absorvidos pela atenção primária e as urgências sociais. Isso leva à superlotação e à desorganização no sistema, com prejuízo na assistência oferecida principalmente aos usuários que mais necessitam de cuidados críticos (BRASIL, 2006b). Este aspecto indica que os usuários, em geral, recebem tratamento para resolver apenas os problemas ou sintomas imediatos, o que denota um modelo assistencial centrado na doença, que poderá trazer prejuízos para o acompanhamento clínico do usuário (BRASIL, 2006b).

As situações de urgência acontecem no espaço de vida privada e pública, no domicílio e nas diferentes esferas de atenção à saúde. Isto gerou a necessidade de se instituir políticas que regulamentassem o atendimento às urgências, de modo a

Revisão da Literatura

garantir a qualidade da atenção na rede pré-hospitalar (móvel e fixa) e na rede hospitalar (BRASIL, 2002; GODOY, 2010).

Em 2002, o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), realizou uma pesquisa intitulada “Saúde na Opinião dos Brasileiros”, com objetivo de investigar as causas de descontentamento da população com o serviço de saúde. Os resultados revelaram que os principais motivos de insatisfação da população se originavam do longo tempo de espera para consultas, cirurgias e exames complementares, como também da má recepção ao usuário (CONASS, 2003; O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009; VALENTIM; SANTOS, 2009).

Neste período, a rede hospitalar tornou-se foco do Ministério da Saúde em virtude das práticas desumanizantes de cuidados que levaram à necessidade da construção de políticas que promovessem a reflexão e ação para melhoria da qualidade do cuidado. Neste sentido, os serviços de urgência hospitalar desempenharam papel impulsionador do processo de mudança organizacional, em virtude da necessidade de promover a reorganização e a redefinição dos espaços de saúde, de modo que não apenas os hospitais fossem os responsáveis por este tipo de atendimento, independente do nível de gravidade.

Em 2002, o Ministério da Saúde, passou então a considerar a área de urgência/emergência como importante setor da assistência à saúde, a partir da constatação do crescimento da demanda, relacionada ao aumento do número de acidentes e da violência urbana, à mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população e à estruturação insuficiente da rede assistencial (BRASIL, 2002).

Constatou-se então a necessidade de aperfeiçoar as normas já existentes, ampliar o seu propósito e melhorar a definição da política para esta área. Esse processo envolveu a previsão de sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob a regulação médica, com hierarquia resolutive e responsabilidade sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do SUS de acordo com suas diretrizes gerais e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS – 01/01 (BRASIL, 2002).

Em 2002, a Portaria GM 2.048 instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência que estabeleceu uma série de parâmetros a serem adotados,

Revisão da Literatura

definiu a capacitação necessária aos profissionais para trabalharem nos serviços de urgências e emergências, a estrutura física para os diversos serviços se inserirem na rede, e definiu os fluxos e a responsabilidade de cada serviço dentro do sistema (BRASIL, 2006b).

Além disso, esse Regulamento estabeleceu que os serviços realizassem o acolhimento com triagem classificatória de risco e atendimento subsequente, se fosse o caso. Nas situações de demanda inadequada ou após atendimento da urgência, recomendou-se o encaminhamento para a devida inserção no SUS ou para seguimento do tratamento. O objetivo foi estruturar o sistema de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a pré-hospitalar fixa ou móvel, até a hospitalar capacitando e responsabilizando cada componente pela atenção de uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (BRASIL, 2002; SANTOS, 2003).

Esta mesma portaria definiu que os SUE brasileiros deveriam funcionar por meio de uma rede assistencial integrada e estruturada. Esta rede deveria ser composta pela **rede pré-hospitalar fixa** (unidades da rede de atenção básica e de média complexidade, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências), **rede pré-hospitalar móvel** (Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e outros serviços associados de salvamento e resgates, sob a regulação médica de urgências), **rede hospitalar** (portas hospitalares de atenção às urgências de unidades hospitalares gerais do tipo I e II¹ e das unidades hospitalares de referência tipo I, II, e III,² leitos de longa permanência e de terapia semi-intensiva e terapia intensiva) e **rede pós-hospitalar** (modalidades de atenção domiciliar e projetos de reabilitação integral) (BRASIL, 2002; GODOY, 2010).

Em 2003, a Portaria 1.863 do Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) apresentando como componentes fundamentais a necessidade de adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando

¹ As unidades gerais são: *Tipo I* - são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptas a prestar atendimento de urgência de média complexidade; *Tipo II* - estão instaladas em hospitais gerais de médio porte e devem contar com os serviços de centro cirúrgico e obstétrico.

² As unidades de referência são: *Tipo I* - são instaladas em hospitais especializados com recursos para atendimento de urgência/emergência de natureza clínica e cirúrgica de alta complexidade, nas áreas de pediatria ou traumatologia-ortopedia ou cardiologia; *Tipo II* - instaladas em hospitais gerais e se dedicam ao atendimento de urgência e emergências de alta complexidade de natureza clínica ou cirúrgica; *Tipo III* - instaladas em hospitais gerais e contam com recursos humanos e tecnológicos para o atendimento de urgência/emergência de natureza clínica, cirúrgica ou traumatológica

Revisão da Literatura

identificar os determinantes e condicionantes das urgências; a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida; a instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências; a capacitação e educação das equipes de saúde de todos os âmbitos de atenção, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar e a orientação geral segundo os princípios de humanização (BRASIL, 2006b).

Neste período, a regulação médica de urgência ganhou a possibilidade de se transformar no elemento ordenador e orientador do sistema de atenção integral às urgências. O serviço de regulação médica passou a representar uma porta de comunicação aberta ao público. Este serviço tornou-se responsável por receber, avaliar, hierarquizar e direcionar os pedidos de socorro mediante a análise dos casos e correção das necessidades do usuário e a disponibilidade assistencial do serviço. Sob esta ótica, o SUS ganhou um observatório permanente de saúde que tem a possibilidade de identificar os determinantes e a natureza dos problemas, bem como replanejar de forma dinâmica a assistência às urgências, à saúde em geral, e até induzir ações intersetoriais (SANTOS, 2002).

Em Goiânia, Goiás, a reorganização da rede de atenção às urgências iniciou em 2004, com a criação da Central de Regulação Médica juntamente com o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Assim, como descrito em outros estudos, o cenário da atenção às urgências, principalmente, no âmbito hospitalar era caracterizado como um sistema que não atendia a demanda e os profissionais apresentavam dificuldades técnicas para atuar em emergência.

Toda essa problemática em relação aos serviços de urgência hospitalar e rede pré hospitalar fixa, bem como a necessidade de reestruturação da rede, foram descritos em estudos científicos (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; MOURA, 2004).

Atualmente, a rede de atenção às urgências em Goiânia é dividida em pré-hospitalar móvel, pré-hospitalar fixa e hospitalar. A rede pré-hospitalar móvel é representada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE). Estes serviços são responsáveis pelo atendimento direto das urgências e transporte inter-hospitalar (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2010).

A rede pré-hospitalar fixa é constituída por 17 Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências (UNHAU), com capacidade para atender as urgências de baixa e média complexidade. Estes serviços estão situados em pontos estratégicos do município de Goiânia e recebem demanda também da região metropolitana, onde há um vazio assistencial (MOURA, 2004). Estas unidades são compostas por 10 Centros de Assistência Integral a Saúde (CAIS), quatro Centros Integrados de Assistência Médico Sanitária (CIAMS), um Pronto Socorro Psiquiátrico, um Ambulatório de Queimaduras, um Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia (CROF). Todas estas unidades funcionam 24 horas por dia, e devem prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos e/ou crônicos agudizados (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2010).

Também fazem parte desta rede, 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 61 Unidades de Atenção Básica à Saúde de Família (UABSF) que tem capacidade de prestar atendimento básico de urgência (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2010).

A rede pré-hospitalar (fixa e móvel) desenvolve trabalho integrado à Central de Regulação Médica, que é responsável pelo encaminhamento do usuário à rede de saúde. A central de regulação de leitos hospitalares define o encaminhamento do paciente por meio de um código de autorização. A regulação operacionaliza fluxos pactuados, buscando garantia de acesso equânime; gera base de dados essencial para a projeção da correção dos déficits (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2010).

A rede hospitalar de atenção às urgências em Goiânia é constituída por um hospital público federal, 08 unidades públicas estaduais, 22 unidades filantrópicas e 142 unidades privadas conveniadas com o SUS. Estas unidades são referência para atendimento às urgências de alta e média complexidade e referência tanto para o município de Goiânia, quanto para outros estados vizinhos (Minas Gerais, Tocantins, Bahia, Mato-Grosso) e o Distrito Federal (BATISTA; MARTINEZ, 2007; ROSSO, 2008).

Em 2008 foi inaugurado o Complexo Regulador como resultado da unificação da Central de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da antiga Central de Regulação de Vagas. A função deste complexo é garantir o aproveitamento racional da capacidade de atendimento de urgência ofertado pelas unidades da rede hospitalar pública, filantrópica e privada. O complexo tornou o atendimento pré-hospitalar mais ágil, assegurando que o paciente socorrido pelo

SAMU ou atendido nos serviços de emergência dos CAIS e CIAMS encontrem o hospital onde deverá ser internado. O objetivo principal deste serviço é a segurança do usuário, garantindo a acessibilidade ao serviço hospitalar e a redução do risco de seqüelas e/ou morte, desde o atendimento inicial até a internação do usuário (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2010).

Em 2004, a partir da instituição da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (HUMANIZA SUS), os serviços de urgência necessitaram incorporar os princípios, diretrizes e criar estratégias de produção do cuidado em saúde que valorizassem a subjetividade das práticas de atenção e gestão de forma a fortalecer e estimular processos de compromisso e responsabilidade por todos envolvidos, fortalecendo a equipe multiprofissional para atuar de modo cooperativo e solidário, aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem o SUS, implicando também em mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004b; SHIROMA, 2008).

Entre as ações esperadas para a qualidade do atendimento no SUS destacam-se a redução das filas e do tempo de espera por meio da ampliação do acesso aos serviços de Saúde. Além disso, a promoção do acolhimento e resolução efetiva dos problemas de saúde da população baseado em critérios de risco (BRASIL, 2004b).

Os resultados da avaliação dos usuários sobre a qualidade do atendimento nestes serviços gerou a necessidade de se repensar o acolhimento do usuário e a organização do fluxo de atendimento. Estes aspectos culminaram com a instituição da diretriz de acolhimento com avaliação e classificação de risco que permeia todos os serviços de saúde que atendem ao usuário e nestes aspectos os serviços de urgência e emergência destacam-se por serem reconhecidos pela população como a acesso imediato para resolução de seus problemas de saúde.

3.2 O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas Urgências e Emergências

Entre as estratégias da PNH para melhoria da qualidade do cuidado à saúde nos serviços de urgência e emergência estão estabelecidas diretrizes voltadas para o acolhimento da demanda e a avaliação e classificação de risco. Neste contexto, é esperado que os serviços de urgência acolham a demanda por meio de critérios de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de atenção a saúde. O atendimento individualizado, resolutivo e o compromisso com a referência e contra-referência são ações indispensáveis para a qualidade do atendimento às urgências (BRASIL, 2006a).

Em 2004, o Ministério da Saúde, em sua cartilha denominada “Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência”, apontou o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde e, a classificação de risco como estratégia para organizar o fluxo e encaminhar o usuário para o nível de atenção condizente ao risco associado aos problemas de saúde. Este modelo assistencial pressupõe competências técnicas, éticas, humanitárias e de solidariedade para com o usuário, de forma a considerá-lo como sujeito ativo no processo de produção da saúde, além de uma estrutura organizacional que atue em rede para garantir o encaminhamento seguro e resolutivo para o usuário (BRASIL, 2004b).

O acolhimento tem sido uma das diretrizes propostas na PNH para o setor da saúde e é uma maneira de criar condições para o atendimento a todos que procuram o serviço de saúde. Consiste em um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e definir respostas mais adequadas aos usuários. Esse processo inclui ainda o fornecimento de orientações para o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento dos demais serviços de saúde, estabelecendo meios para garantir o sucesso desse encaminhamento (BRASIL, 2006a).

A estratégia envolve ouvir queixas e solicitações, diante das quais o profissional deve assumir uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas para os usuários. Por meio do acolhimento é possível

promover avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde, por meio da construção de uma relação de confiança e compromisso entre as equipes e serviços para garantir os princípios da integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde (BRASIL, 2004c).

O acolhimento deve ser compreendido como uma ação que permeia qualquer relação entre o profissional de saúde e o usuário. Toda a equipe deve ser acolhedora, humanitária, receptiva e, sobretudo, resolutiva (SHIROMA, 2008). Em toda situação de atendimento no SUS, o acolhimento deve estar presente com o intuito de atender a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários, utilizando os recursos disponíveis e tendo uma postura responsável, buscando articular uma solução com outros serviços quando não está ao alcance do nível local (MARQUES; LIMA, 2007).

O acolhimento pressupõe a comunicação eficiente, tomado como uma rede de conversações, de trocas e de cooperação entre todos os que dela participam e, o diálogo como ferramenta principal. Além da comunicação, a resolutividade do problema de saúde do usuário é essencial para que haja o efetivo acolhimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; TEIXEIRA, 2003).

A prática do acolhimento representa um dispositivo relevante para o SUS, pois favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (BRASIL, 2004b).

Desse modo e, mais amplamente, o acolhimento surge como uma proposta para enfrentar o desafio de criar um modelo de atenção e gestão das práticas de saúde, que tomem como espelho os princípios do SUS, priorizando o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS (BRASIL, 2004b).

A classificação de risco nos serviços de urgência e emergência constitui-se um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (ABBÊS; MASSARO, 2004, BRASIL, 2004c).

Inicialmente, o termo utilizado para classificar e definir prioridades no SUE era triagem. O processo de triagem está presente nos cuidados de saúde há séculos, inicialmente como recurso em tempos de guerra e, mais recentemente, como ferramenta imprescindível para tentar solucionar o problema da superlotação nos SUE (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

Em português, o termo “triagem” significa seleção, escolha, separação e, portanto, remete à lógica da exclusão (FERREIRA, 1975). *Triage*, em inglês, refere-se a uma estratificação de necessidades e o processo de triagem de vítimas, em situações de batalha ou desastre, para determinar prioridade médica, a fim aumentar o número de sobreviventes. Do verbo francês *trier*, significa classificar, selecionar (PIRES, 2003; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

O uso de sistemas de triagem é tão remoto que existem relatos de que aconteceu durante as guerras napoleônicas quando Baron Dominique Jean Larrey, cirurgião- chefe de Bonaparte priorizou os cuidados de acordo com a gravidade de cada caso, na medida em que os pacientes eram retirados dos campos de batalha e encaminhados para os serviços de cirurgia em grande número (ALBINO; RIGGNBACH, 2007).

Nos Estados Unidos, a triagem foi usada inicialmente como estratégia para priorizar o atendimento aos soldados feridos nas guerras no intuito de tratá-los e devolvê-los o mais rápido possível para o campo de batalha. A triagem era considerada como uma tecnologia de guerra e de grandes catástrofes, não sendo até então aplicada à sociedade civil (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

Na década de 1950, de 1960, ocorreram importantes mudanças na prática médica dos Estados Unidos, posto que o atendimento que antes era prestado no ambiente familiar passou a ser dentro de consultórios médicos por meio de visitas agendadas. Isto causou a busca de atendimento por grande parte da população nos SUE, principalmente nos feriados e finais de semana quando os consultórios se encontravam fechados, causando superlotação. Devido a esse movimento, viu-se a necessidade de adotar medidas para organizar o atendimento desses pacientes com o objetivo de priorizar a assistência aos usuários que demandavam cuidados imediatos (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

No final dos anos 1960, a Austrália também priorizava os pacientes que chegavam de ambulância, enquanto que os que chegavam andando eram avaliados por ordem de chegada. No sentido de unificar e padronizar a linguagem utilizada na triagem desses pacientes, em meados dos anos 1970, foi criada no *Box Hill Hospital* em Melbourne uma escala de classificação, com cinco prioridades na tentativa de organizar o atendimento de emergência. Esta escala ficou conhecida como *Ipswich Triage Scale* (ITS) que foi informatizada e testada em vários hospitais australianos nos anos 1990 (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (1983), sempre que ocorrer um desequilíbrio entre a demanda de pacientes e recursos médicos para atender estas necessidades, deve-se aplicar um processo de seleção ou triagem dos casos. Nos serviços de urgência e emergência, pesquisadores apontam que a finalidade da triagem não é rejeitar ou excluir o usuário, mas sim, organizar o fluxo de pacientes no sistema de saúde e selecionar os meios adequados para o diagnóstico e tratamento do problema de saúde apresentado (CHAVES et al., 1987; PIRES, 2003).

Neste contexto, a implantação desse modelo assistencial em emergência ocorreu para facilitar o acesso do paciente ao atendimento de saúde e assegurar assistência imediata àqueles que apresentam quadro de saúde característico de situações de emergência, para minimizar o problema da superlotação e como maneira de promover a inclusão do usuário eliminando a exclusão, pois a triagem significa classificação ou priorização de itens e classificação de risco não pressupõe exclusão e sim atenção por nível de complexidade (MAGALHÃES et al., 1989; PIZZOLATO, 2009).

Não deve ser visto como forma de “escolher quem será atendido”, não atuando como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde (SILVA; ALVES, 2008).

Nesse sentido, no Brasil optou-se por utilizar o termo “classificação de risco”, pois o mesmo implica avaliação do paciente e determinação da prioridade de atendimento segundo a gravidade clínica, desconsiderando a lógica de exclusão que advém do conceito de triagem (SOUZA, 2009).

A expressão “classificação de risco” identifica quem necessita ser atendido primeiro, quem pode aguardar e, até mesmo, quem pode ser encaminhado a outro

serviço, sendo necessário realizar efetivamente o encaminhamento, de modo a garantir o atendimento do usuário. Portanto, ao contrário da expressão “triagem”, classificação de risco não pressupõe exclusão e sim estratificação (SHIROMA, 2008).

Embora o termo “classificação de risco” seja o mais adequado e recomendado pelo Ministério da Saúde brasileiro, segundo a ótica conceitual, o termo “triagem” ainda é o mais comumente utilizado pelos profissionais de saúde.

Inseridas como parte do processo do acolhimento, a Avaliação e a Classificação de Risco devem ser realizadas por meio de um protocolo pré-estabelecido, e pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da avaliação do grau de necessidades de atendimento e identificação dos clientes de tratamento médico imediato ou não, de acordo com o potencial de risco e/ou agravos à saúde (BRASIL, 2004c; SHIROMA, 2008; TOLEDO, 2009).

O AACR representa uma grande mudança nos serviços de urgências e emergências (SUE), pois o usuário que aguardava atendimento por ordem de chegada em filas tumultuadas sem qualquer distinção de risco, contradizendo totalmente a PNH proposta pelo governo brasileiro. Atualmente, por meio da utilização do AACR, o usuário passou a ser avaliado e classificado dentro de parâmetros técnicos que definiram a necessidade e a agilidade deste atendimento, levando em consideração o quadro apresentado no momento da avaliação (BRASIL, 2004c).

O Ministério da Saúde propõe uma classificação de níveis de urgência que vai de um a quatro. Nesta classificação, 1 corresponde a prioridade absoluta (risco iminente de morte), 2 prioridade moderada (atendimento em poucas horas), 3 prioridade baixa (necessidade de avaliação médica, podendo o atendimento aguardar várias horas) e 4 prioridade mínima (nesse caso deve ser feita orientação por telefone) (BRASIL, 2006b).

No âmbito dos SUE, o AACR configura-se como uma das ações com capacidade decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. Engloba os seguintes aspectos: superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações, transformar o processo de trabalho

nos SUE, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos (BRASIL, 2004a; SHIROMA, 2008).

Mundialmente, o enfermeiro é o profissional que vem realizando o AACR, apresentando desempenho adequado para esse fim. É o profissional que possui competência para realizar o raciocínio lógico a partir das queixas, dos sintomas, do quadro clínico e da situação do indivíduo que busca atendimento. É capacitado para exercer tal função, devido ao seu conhecimento clínico, habilidade para oferecer cuidado holístico e forte advocacia em favor do paciente, além do preparo para o exercício da liderança, o que o leva a ter uma visão abrangente do setor (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; DURO; LIMA, 2010; GATTI; LEÃO, 2004; VALENTIM; SANTOS, 2009).

Albino, Grosseman e Riggenbach (2007) afirmam que os enfermeiros reúnem as condições necessárias para realizar triagem classificatória e vêm sendo os responsáveis pela realização da triagem estruturada em todo o mundo.

Por ser a porta de entrada do serviço, a importância de um profissional capacitado para atuar nessa unidade é premente, pois, tanto o prognóstico como o tratamento do paciente, dependem do atendimento de urgência e emergência. O trabalho em urgência apresenta algumas características específicas, exigindo do profissional agilidade e competência para atender as necessidades identificadas (GODOY, 2010).

Algumas instituições foram pioneiras na implantação de protocolos para a classificação de risco segundo a gravidade, baseada principalmente em modelos internacionais, antes mesmo que o AACR fosse uma diretriz do Ministério da Saúde. Em 1993, o Hospital Municipal de Paulínia implantou o protocolo de triagem canadense adaptado para a realidade local, sendo a classificação de risco realizada por auxiliares de enfermagem (MASSAROLO, 2009).

Desta experiência surgiu um documento que serviu de base para o serviço de urgência do Hospital Mário Gatti, em Campinas, São Paulo, onde a implantação do protocolo canadense de classificação de risco foi iniciada em 2001 (MASSAROLO, 2009).

Outro exemplo é o do Hospital das Clínicas “Luzia de Pinho Melo”, em Mogi das Cruzes, São Paulo, que vem obtendo resultados positivos com a implantação do AACR desde 2004. Na mesma época, o Hospital Nossa Senhora Conceição em

Porto Alegre, Rio Grande do Sul e o Hospital Ernesto Ramalho em João Pessoa, Paraíba, também implantaram o instrumento em seus serviços (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

O Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB), em Belo Horizonte, Minas Gerais, incentivado pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) e pelo MS, também aderiu à estratégia de acolhimento com classificação de risco no ano de 2005, desenvolvendo um protocolo baseado no modelo canadense e australiano e no *Advanced Trauma Life Support3* (ATLS). A criação do protocolo envolveu ampla discussão com as unidades de urgência do município, o Conselho Regional de Medicina (CRM-MG), o Conselho Regional de Enfermagem (COREN-MG) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A experiência deste hospital foi muito positiva e tornou a instituição referência para PNH do MS. A Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG divulgou a vivência do HMOB para as várias outras cidades do estado e o MS, através da PNH, para as várias regiões do país. O protocolo de classificação do HMOB é somente realizado por enfermeiro qualificado (SOUZA, 2009; PINTO JÚNIOR, 2011).

Em 2007, a SES/MG apoiada pelo MS e interessada em ampliar e uniformizar o uso do acolhimento com classificação de risco no estado favoreceu a troca de experiência entre Minas Gerais e Portugal, país que utiliza em seus serviços de emergência o Sistema de Triagem Manchester. Para isso, optou-se por criar o grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), que ficaria responsável pela implantação do sistema de *Manchester* em todo o estado de Minas Gerais (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

Desde então, os serviços da rede pública têm procurado criar estratégias para utilizar esse instrumento de avaliação de risco de usuários que procuram o atendimento de urgência nas instituições saúde (TOLEDO, 2009).

Atualmente, o acolhimento com classificação de risco se espalha pelo país, sendo aplicado em número significativo de hospitais públicos de referência em urgência emergência, tais como: Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre, Hospital Universitário da Universidade de Santa Maria, Hospital Universitário da Universidade Federal de Goiás e Hospital de

Urgência de Goiânia (AZEVEDO, 2004; DAL PAI, 2007; FEIJÓ, 2010; GODOY, 2010; ROSA et al., 2011; SHIROMA, 2008).

Apesar de recente, o AACR é descrito como um método eficiente de organização do atendimento e uma importante ferramenta de gestão e de humanização da atenção aos usuários do SUS, pois organiza as portas de entrada de urgência e emergência (TOLEDO, 2009).

Atualmente, os quatro protocolos mais utilizados para a realização da classificação de risco nos serviços de urgência/emergência em nível mundial são: o *Australasian Triage Scale (ATS®)*, *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS®)*, *Emergency Severity Index (ESI®)* e o *Manchester Triage System (MTS®)*. Todas estas escalas organizam o atendimento em cinco níveis de prioridade, pois garantem maior fidedignidade e confiabilidade na avaliação do estado geral do paciente (SOUZA, 2009).

O protocolo brasileiro de avaliação e classificação de risco em SUE foi construído e adaptado das recomendações do modelo canadense – o *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*. No ano de 2003, esse protocolo foi traduzido e validado, demonstrando que pode ser utilizado de forma segura pelos SUE brasileiros, porém com a ressalva da necessidade de se repetir a validação em hospitais de diferentes níveis de complexidade e com amostra mais significativa (PIRES, 2003).

Em Goiânia, o AACR é feito de acordo com o protocolo de quatro cores do MS, adaptado para a realidade local, por meio do documento publicado pela Coordenação das Urgências da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Goiânia, denominado “Manual de Orientação para o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco”, revisado em julho de 2011. Neste protocolo, os pacientes são classificados por quatro cores de acordo com o grau de gravidade, sendo: **vermelho** (prioridade zero, alto risco de morte, atendimento imediato), **amarelo** (prioridade um, risco iminente de morte, tempo de espera de no máximo 15 minutos), **verde** (prioridade dois, pacientes em condições agudas sem risco iminente de morte, tempo de espera de 30 minutos a 3 horas) e **azul** (prioridade três, pacientes a serem atendidos na urgência com queixas leves ou doenças crônica sem risco de morte, tempo de espera de três horas a sete dias) (ABBÊS;

MASSARO, 2004; BRASIL, 2004c; PIZZOLATO, 2008; PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2011).

Apesar da reorganização da rede de atenção as urgências e da implementação do AACR, ainda são muitos os desafios para humanizar o atendimento ao usuário e adequar o atendimento por prioridade e grau de complexidade. Neste contexto, descrever como está a realidade do AACR no principal serviço de urgência hospitalar de Goiânia permitirá identificar as contribuições e limitações existentes sua efetivação e, conseqüentemente os prejuízos para o processo de humanização da assistência aos usuários que necessitam deste tipo de atendimento.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de Estudo

Optou-se por desenvolver um estudo de caso qualitativo que consiste no estudo aprofundado e exaustivo de um ou de poucos casos (uma pessoa, um grupo, uma comunidade) (STAKE, 2000). A preocupação central deste tipo de pesquisa é a compreensão do caso, que pode ser simples ou complexa, individual ou coletiva, pois constitui uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada (LAVILLE; DIONNE, 1999; STAKE, 2000).

O propósito é investigar o caso dentro de seu contexto real, de modo que permita a construção de um retrato da realidade de forma completa e profunda, permitindo o seu conhecimento amplo e detalhado (YIN, 2002). Entre suas características destaca-se a descoberta, a ênfase na interpretação do contexto, a variedade de fontes de informação e a preocupação com a representação dos diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes em uma situação social (LUDKE, ANDRÉ, 1986; STAKE, 2000).

O presente estudo de caso foi desenvolvido segundo os pressupostos teórico-metodológicos da hermenêutica moderna. Este referencial concebe o conhecimento do pesquisador e do sujeito como construções históricas e as relações sociais de natureza dialógica e intersubjetiva. Nas relações sociais acontece “o confronto dos horizontes culturais do pesquisador e do sujeito pesquisado”. Existe, portanto, uma relação dialógica entre dois universos culturais que se interpenetram sem anular as posições históricas dos interlocutores (COSTA, 2002).

Neste estudo, o caso relaciona-se ao processo de cuidar de pessoas no AACR de um serviço de urgência, cuja descrição será construída sob a ótica de usuários e enfermeiros.

4.2 Aspectos Éticos

Esta investigação obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Inicialmente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição. Após a aprovação sob o protocolo nº058/10 (ANEXO A), iniciou-se o trabalho de campo. Os dados foram coletados de novembro de 2010 a abril de 2011.

Antes de iniciar o estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e assinado mediante a autorização do participante (APÊNDICE A).

Foram efetuados os esclarecimentos quanto ao anonimato e a liberdade em interromper a participação na pesquisa no momento em que quisessem, sem que isso lhes acarretasse danos pessoais. Ainda foram apresentados aos participantes, os objetivos do estudo e que os dados coletados serviriam para elaboração de trabalho científico.

4.3 Caracterização do Serviço de Urgência Hospitalar

O estudo foi desenvolvido no pronto socorro de um serviço hospitalar de urgência, que oferece atendimento especializado a usuários do SUS da região metropolitana de Goiânia, Goiás. Trata-se de um hospital público, de grande porte, classificado como unidade de urgência tipo II.

Esta instituição possui atualmente 234 leitos hospitalares distribuídos em unidades de internação (clínica cirúrgica, traumatologia, clínica médica e clínica pediátrica) e leitos complementares (emergência clínica, emergência traumática, unidades de terapia intensiva I, II e neurológica).

O acesso a esse serviço ocorre por meio da demanda espontânea ou encaminhamento da rede pré-hospitalar fixa Centros de Assistência Integral à Saúde (CAIS) e Centros Integrados de Assistência Médico Sanitária (CIAMS) e móvel (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). O encaminhamento do serviço pré-hospitalar móvel ou fixo é feito por meio da Central Estadual e Municipal de Regulação de Leitos.

Com exceção dos usuários que chegam em estado crítico (com comprometimento de uma ou mais de suas funções vitais), e são encaminhados imediatamente para atendimento na sala de urgência, todos os demais são avaliados inicialmente por enfermeiros que atuam no AACR.

A rotina de trabalho no AACR é dinâmica, contínua e por plantão (diurno e noturno). As equipes de enfermeiros são denominadas, equipes diurnas (A, B, C) e equipes noturnas (A, B, C). A carga horária semanal de trabalho é de 30 horas, distribuídas em plantões de 12 por 60 horas. Cada equipe é composta por três

Trajetória Metodológica

enfermeiros, sendo um responsável por atividades assistenciais da sala de emergência e dois que no AACR.

No período de coleta de dados, o serviço de urgência contava em seu quadro com 22 enfermeiros, sendo seis da sala de emergência, 14 enfermeiros do AACR e dois gerentes de enfermagem responsáveis pelo serviço. Trata-se de um grupo experiente na área de urgência e emergência que conhece o serviço e participou efetivamente da construção e implementação das ações de cuidado à saúde no SUE.

O AACR foi implantado na instituição em agosto de 2007. Neste processo, a produção do cuidado em saúde era caracterizado por uma dinâmica de serviço intensa que envolveu a ampla reformulação dos aspectos organizacionais em termos da readequação da estrutura física, dos recursos materiais e humanos para sua efetiva implementação.

Todos os usuários ao entrarem na recepção do serviço de urgência são acolhidos por um segurança que faz a abordagem inicial dos responsáveis pelo transporte da vítima ao serviço (equipe do pré-hospitalar; do próprio usuário; do familiar, entre outros) e encaminha o paciente para o local de atendimento que poderá ser o eixo vermelho (pacientes graves que terão acesso direto à sala de reanimação) ou o eixo azul (pacientes que serão avaliados na sala do AACR).

A sala do AACR dispõe de equipamentos básicos necessários para avaliação clínica do paciente. Embora seja preconizada para esta atividade uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), observou-se que as atividades assistenciais do AACR são realizadas, exclusivamente, por enfermeiros, que têm a responsabilidade de avaliar criteriosamente todos os usuários e classificar o risco por nível de prioridade (gravidade); definir o fluxo de atendimento do usuário na própria unidade; realizar o procedimento de contra-referência de acordo com a classificação de risco e supervisionar o trabalho do auxiliar administrativo. Nas situações em que a classificação de risco gera dúvida e incerteza, o enfermeiro solicita o parecer médico, principalmente quando se trata de indivíduos classificados como azul, que serão encaminhados para outro serviço.

O protocolo de atendimento é totalmente informatizado, desde o momento da recepção do usuário, registro das informações obtidas na consulta de enfermagem e a definição do fluxo de atendimento. Permanecem internados no

serviço de urgência, apenas os usuários classificados como vermelho e amarelo. Os demais (verde e azul) são encaminhados para atendimento em hospitais secundários ou pronto-atendimento e para unidades básicas de saúde próximas ao local de residência do usuário. No período de novembro de 2010 a abril de 2011 foram atendidos no AACR 10.242 pacientes, destes 3,21% (329) classificados como vermelhos, 69,15% (7083) amarelos, 15,78% (1616) verdes e 11,85% (1214) azuis.

4.4 O Grupo Social Pesquisado

O grupo social pesquisado foi constituído por usuários (pacientes e familiares) e enfermeiros que vivenciaram o AACR. Foram convidados a participar os 22 enfermeiros que trabalham nos diferentes turnos de trabalho do SUE há pelo menos um ano e que vivenciam o AACR. Deste total, três enfermeiros foram excluídos, sendo um por licença médica e dois por falta de disponibilidade para a realização da entrevista no período de coleta de dados. Assim, participaram do estudo, 19 enfermeiros, sendo 13 enfermeiros do AACR, 04 da sala de emergência e 02 enfermeiros da gestão.

O grupo dos usuários foi constituído por pacientes, residentes na região metropolitana de Goiânia, com idade superior a 18 anos, independentemente do gênero, classificados em risco vermelho ou amarelo, que estiveram internados por no mínimo 24 horas. Para os pacientes a quem não foi possível entrevistar optou-se por incluir o familiar, considerando que nestes casos era o responsável imediato pelo paciente que se encontrava em estado grave, inconsciente, ou incapaz de comunicar-se.

Foram excluídos os usuários classificados na cor verde e azul (atendimento pouco urgente e não urgente) já que, segundo o fluxo interno estabelecido nos protocolos de atendimento da instituição, esses usuários foram referenciados para os serviços de atenção primária ou ambulatorial, não permanecendo no serviço após a classificação.

O critério para definir o total de usuários a ser entrevistado foi o critério de saturação teórica das informações, que depende de fatores relacionados à qualidade dos dados coletados, ao nível de profundidade do estudo, à natureza do objeto de estudo, à quantidade de informação útil obtida por cada participante, ao

número de entrevistas por participante e ao tipo de estudo qualitativo desenvolvido (MORSE, 2000).

À medida que os dados foram coletados e analisados, procedeu-se a definição do grupo dos usuários, que foi constituído por nove pacientes e doze familiares. Estas pessoas foram importantes para a descrição do atendimento e contribuíram muito para a caracterização do serviço.

Todos foram abordados enquanto aguardavam atendimento ou no horário de visitas. Após as explicações sobre os objetivos da pesquisa, a leitura e assinatura do TCLE, os usuários eram encaminhados para a sala de acolhimento por ser um ambiente mais confortável e livre de interrupções, permitindo a privacidade e liberdade para o usuário falar sobre o atendimento nesta instituição. Para garantir o sigilo dos participantes (enfermeiros e usuários), as informações obtidas foram registradas por meio de um código³, para o controle do pesquisador.

4.5. Trabalho de Campo

Durante o trabalho de campo, para ter acesso aos potenciais participantes, foram necessários alguns cuidados iniciais. Primeiramente, contactou-se a gerente de Enfermagem do Serviço de Urgência e Emergência para compreender como era o funcionamento e o fluxograma de atendimento no serviço. Este contato foi fundamental para a inserção da pesquisadora no cenário de coleta de dados. A entrada no campo ocorreu de modo tranquilo e acolhedor.

Os dados foram coletados por meio de observações diretas e entrevistas semi-estruturadas. Na primeira fase do trabalho, foram realizadas observações diretas no SUE com o propósito de identificar como era o fluxo dos usuários, como era o ambiente e as atividades assistenciais realizadas nestes locais, as pessoas que realizavam essas atividades, o atendimento prestado aos usuários e a organização do processo de trabalho. Estas observações permitiram identificar as características do ambiente, do cotidiano de trabalho dos enfermeiros do SUE

³ U1 - Usuários (familiar e paciente) e E1 (enfermeiros)

(AACR e sala de reanimação), assim como o modo de acesso do usuário a este serviço.

As observações diretas foram essenciais para possibilitar o contato da pesquisadora com a realidade em estudo e favoreceu a aproximação dos sujeitos envolvidos no contexto. Esta técnica também possibilitou o confronto com a realidade, permitindo a descoberta de fatos novos, contradições e confirmações das descrições dos sujeitos sobre a realidade do AACR.

Os dados obtidos com a observação foram registrados em um diário de campo, com o objetivo de contribuir para a análise descritiva das informações, no qual a pesquisadora registrou suas observações e as intercorrências após cada entrevista ou ao término de cada turno.

Durante as observações, a pesquisadora realizou a primeira abordagem aos participantes, apresentando-lhes os objetivos da pesquisa e as intenções do pesquisador em estudar o AACR. Neste momento, aqueles que concordavam e tinham disponibilidade para serem entrevistados assinavam o TCLE e a entrevista era agendada de acordo com a disponibilidade dos sujeitos de modo que não atrapalhasse o desenvolvimento das atividades profissionais (enfermeiros), do atendimento e do horário de visita (usuários).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas em local privativo (no próprio hospital ou domicílio), de modo que os participantes tivessem assegurando sua privacidade e liberdade de expressão. Observou-se que, tanto no hospital quanto no domicílio, a descrição feita pelos usuários foi semelhante indicando que a coleta de dados realizada no serviço não impediu o usuário de levantar as dificuldades vivenciadas.

Para as entrevistas com os enfermeiros foi utilizado um roteiro que continha informações que permitiram a caracterização sócio demográfica (idade, gênero, tempo de formado, tempo de atuação no serviço de urgência e emergência, trabalha em outro local) e as seguintes questões norteadoras: *descreva como funciona o acolhimento com avaliação e classificação de risco neste serviço de urgência e emergência? Como foi o processo de implantação e implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco neste serviço de urgência e emergência? Como está a realidade atual do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no serviço de urgência e emergência?* (APÊNDICE B)

Para entrevistar os usuários foi utilizado um roteiro com informações para caracterização do perfil dos usuários (idade, gênero, grau de parentesco, motivo da procura do serviço, e forma de acesso ao serviço) e as seguintes questões norteadoras: *Descreva como foi o seu primeiro atendimento neste serviço de urgência e emergência? Por que você procurou este serviço? Quais foram os aspectos positivos e facilitadores do seu atendimento? Quais foram os aspectos negativos ou que dificultaram seu atendimento?* (APÊNDICE C)

As entrevistas tiveram o objetivo de apreender os sentidos atribuídos pelos profissionais que foram entrevistados, aos fatos e as coisas do mundo vivenciado no dia a dia, ou seja, empreender um esforço para acessar a sua perspectiva do cuidar no contexto vivido, encontrando fatos que dificilmente seriam observados diretamente, tais como: sentimentos, pensamentos, emoções e intenções (VILA, 2006).

A duração de cada entrevista foi de aproximadamente 30 minutos; elas foram gravadas em mp3 com a autorização dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra.

4.6 Análise dos Dados

A análise dos dados foi conduzida considerando-se momentos diferenciados, nos quais, a partir da leitura das entrevistas, foi possível amadurecer, construir, desconstruir e reconstruir as narrativas na tentativa de interpretar e, assim, apreender a percepção de usuários e enfermeiros sobre o acolhimento com classificação de risco em um serviço de urgência hospitalar. Estas divisões são apenas didáticas, tendo em vista que consistem em etapas dinâmicas que se iniciam com a coleta de dados e que terminam com a verificação dos dados interpretados.

Inicialmente, foi realizada a etapa de redução e organização dos dados. Nesta etapa, os pesquisadores realizaram a leitura crítica das transcrições e notas de campo. À medida que se aprofundou a leitura dos dados foi realizada a identificação das unidades de significados, formadas por fragmentos textuais representativos de significados para os participantes (MILES; HUBERMAN, 1994; STRAUSS, CORBIN, 1998).

As unidades semelhantes foram agrupadas em núcleos temáticos definidos a partir da semelhança entre os significados representados nas unidades. Essa foi a etapa de construção de núcleos temáticos e temas que consiste na busca pelas atitudes e comportamentos frente a eventos previsíveis e não-previsíveis, pelos padrões e inter-relações e a compreensão do delineamento do contexto e do significado do cuidar. A experiência dos participantes não pode ser entendida sem considerar o contexto sociocultural. O núcleo temático comporta um significado, ou tipo de significado, e pode se referir aos contextos, atividades, relações entre pessoas, comportamentos, opiniões, dentre outros (MILES; HUBERMAN, 1994; STRAUSS; CORBIN, 1998).

E, finalmente, foi realizada a interpretação dos resultados, construída a partir da narrativa dos participantes, do referencial teórico, das percepções e reflexões da pesquisadora. A partir daí, a pesquisadora descreveu detalhadamente como reconheceu os dados e explicitou as ferramentas conceituais que orientaram as suas interpretações. Aqui, a ferramenta principal é a comparação, que permite destacar as semelhanças e diferenças e, assim, obter conclusões que devem ser contrastadas e contextualizadas com outros estudos (MILES; HUBERMAN, 1994; STRAUSS; CORBIN, 1998).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentadas e discutidas as características sociodemográficas do grupo social pesquisado e a análise interpretativa dos sentidos atribuídos ao Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Serviço de Urgência Hospitalar. Os núcleos temáticos identificados foram: as transformações do modelo assistencial e os desafios para o AACR no serviço de urgência hospitalar.

5.1. Caracterização dos Participantes

No grupo dos profissionais, 19 enfermeiras participantes eram do gênero feminino, com a idade média de $39,84 \pm 8,98$ anos, variando de 27 a 48 anos. O tempo de formado foi em média $10,74 \pm 7,48$ anos, com atuação no serviço de urgência hospitalar de $6,58 \pm 4,25$ anos. Identificou-se que 74% atuam como enfermeiras em outro local.

O grupo social foi constituído a partir da seleção de 21 pacientes atendidos no serviço de urgência hospitalar. Destes, 61,90% eram do gênero masculino, com idade média $40,71 \pm 22,40$ anos. A maioria destes pacientes (61,9%) foram vítimas de emergência traumática, sendo que 76,2% chegaram ao serviço de urgência por meio da Central de Regulação Médica e 47,61% por meio do serviço pré-hospitalar móvel (SAMU e Corpo de Bombeiros).

Participaram do estudo 21 usuários, nove pacientes e doze familiares. Entre os pacientes, seis eram homens e três mulheres. A idade dos usuários variou de 26 a 62 anos. Todos os familiares que participaram eram do gênero feminino, quatro mães e quatro filhas, duas irmãs, uma avó e uma esposa, caracterizando-se a predominância da mulher como cuidadora da família.

5.2. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no serviço de urgência hospitalar

A partir dos sentidos atribuídos por enfermeiras e usuários ao AACR de um serviço de urgência hospitalar, foram identificados os núcleos temáticos “transformações do modelo assistencial” e “desafios para o AACR no serviço de urgência hospitalar” (Figura 1).

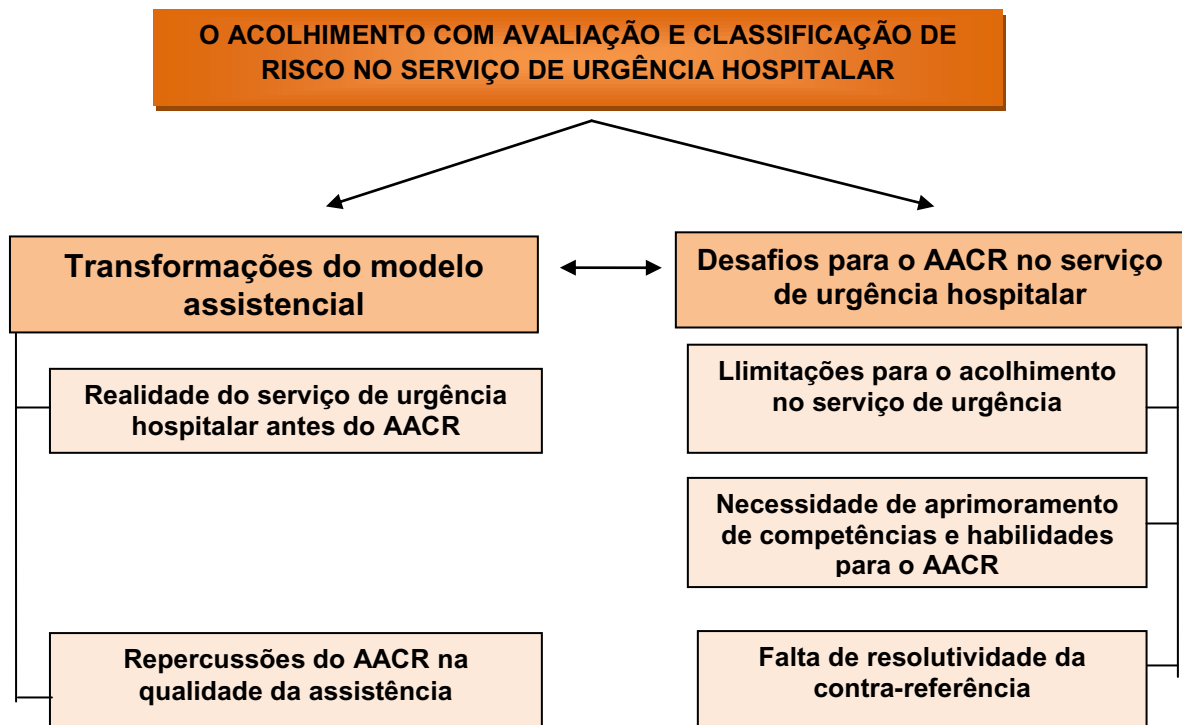


Figura 1 – Representação dos núcleos temáticos e unidades de significados relacionados ao acolhimento com avaliação e classificação de risco no serviço de urgência hospitalar. Goiânia, 2010-2011.

No núcleo temático as “transformações do modelo assistencial” foram agrupadas as unidades de significado relacionadas à realidade do serviço de urgência hospitalar antes do AACR e as repercussões deste protocolo na qualidade da assistência.

Ao descreverem aspectos relacionados a realidade do serviço de urgência hospitalar antes do AACR, os participantes mencionaram que o ambiente era caracterizado por demanda excessiva, longas filas de espera, desorganização do fluxo de atendimento e pessoas que morriam na fila. O modelo assistencial neste

Resultados e Discussão

período era centrado na ordem de chegada e não na gravidade do paciente. As pessoas eram atendidas nos corredores, reanimadas no chão, havia falta de espaço físico e recursos humanos para garantir o atendimento ágil, resolutivo e eficaz.

“[...] existia uma demanda desnorteada na emergência. Acontecia muito de pessoas que não deveriam estar aqui e que, de certa forma, tumultuavam o atendimento do paciente grave. Então você tinha um laboratório cheio, um raio-x cheio e isto adiava o atendimento do paciente que é grave! Muita gente aguardando atendimento, profissionais estressadíssimos pelo volume de serviço que era muito grande.” (E2, 32 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] não atendemos mais aqueles que podem ser atendidos por CAIS, antes perdíamos pacientes com trauma abdominal para atender estes.” (E8, 40 anos, enfermeira há 10 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] eu que já trabalhei lá dentro já vi paciente ser reanimado no chão, porque não tinha maca e hoje você não vê isso, hoje tem humanização e respeito no atendimento.” (E11, 33anos, 3 anos de atuação em urgência)

“[...] antes já me deparei com paciente internado no corredor, falávamos que era a ‘enfermaria corredor.” (E13, 31 anos, 5 anos de atuação em urgência)

“De primeiro você vinha aqui, ficava a noite inteira, ia ser atendido só de madrugada [...]” (U10, 59 anos, masculino)

“Quando vinha com meu pai, era cheio de maca, agora melhorou um pouco. O que eu não sei, mas melhorou um pouco, antigamente era uma bagunça.” (U4, 59 anos, irmã)

Outros estudos também descreveram que antes do AACR, o acesso dos usuários nos serviços de urgência hospitalares ocorria por meio de filas organizadas por ordem de chegada e por profissionais sem conhecimento técnico para definir o nível de prioridade (BITTENCOURT; HORTALE, 2007; BRASIL, 2006b; SANTOS, 2002).

Embora já tenham ocorridos avanços nos últimos anos, em algumas regiões do país estes serviços ainda apresentam um fluxo de atendimento desordenado, centrado na ordem de chegada e não por nível de gravidade, o que aumenta o risco de morte dos usuários e interfere no processo de trabalho e na qualidade do cuidado (GARLET et al., 2009; O'DWER, 2010; SANTOS, 2003; SANTOS, 2002; BRASIL, 2006b).

A superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar evidencia o baixo desempenho da rede de atenção à saúde e tem gerado impacto negativo para os usuários, configurando-se em problema de difícil gerenciamento (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; O'DWYER; OLIVEIRA; SETA 2009).

Resultados e Discussão

Os pesquisadores descrevem que o serviço de urgência hospitalar é culturalmente reconhecido pelos usuários como a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, e este aspecto colaborou para o extrapolamento da capacidade de atendimento e quase inoperância desses serviços (DESLANDES, 2002; O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

Ao relembrar deste período os enfermeiros referiram o desgaste com o modo de organização do trabalho que gerava elevada demanda de atividades em função do fluxo desordenado e das condições precárias de trabalho.

“Era sempre um excesso de maca, um excesso de pacientes, um atendimento sem qualidade, pacientes que ficavam expostos muitas vezes no corredor, era uma situação bem caótica” (E19, 61 anos, 20 anos de atuação em urgência).

“Antigamente tinha mais dificuldade, às vezes a gente ficava muito tempo, porque era cheio, pra tirar um raio-X era muito demorado, pois algo que poderia ser resolvido em CAIS ou outra unidade de saúde tumultuava aqui. (U14, 41 anos, mãe).

“Antes era um hospital de porta de rua aberta, escancarada, entrava todo mundo, onde era para ter dez pacientes tinha cinquenta, uma equipe de trabalho sobrecarregada, não assistia bem nem um nem outro, era desumano, não tinha condições de atuar, corredores lotados, guichês lotados, filas de espera longas, morria muito paciente.” (E16, 48 anos, 6 anos de atuação em urgência)

Neste sentido, pesquisadores brasileiros apontam que o AACR tem sido uma estratégia importante para organização do serviço e para mudança do acesso dos usuários (BECK; MINUZI, 2008; GODOY, 2010; ROSSANEIS et al., 2011 SHIROMA, 2008). Esta estratégia juntamente com o sistema de regulação de leitos hospitalares tem contribuído para qualificar a atenção às urgências no âmbito hospitalar (MENDES, 2009; O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Entre as repercussões do AACR na qualidade da assistência, os enfermeiros e usuários mencionaram que a definição do atendimento por nível de complexidade trouxe maior agilidade, eficiência e satisfação das equipes de saúde e do usuário.

“[...] Melhorou por causa do fluxo. A quantidade de pessoas que entram na emergência diminuiu. Por exemplo, se chega um paciente pelo SAMU, politraumatizado, você tem mais condições de cuidar deste paciente, hoje esta sendo mais assistido.” (E7, 47 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] hoje não tem os corredores cheios de maca, a classificação de risco ajudou muito.” (E4, 45 anos, 6 anos de atuação em urgência)

Resultados e Discussão

“Agora não, você chega, faz a ficha, tem uma pessoa que vê se você está passando mal, quando chega a sua vez você é bem atendido [...]” (U10, 59 anos, masculino)

“[...] os médicos estão mais receptivos, dão mais atenção, estão mais presentes [...]” (U19, 44anos, feminino)

“[...] o usuário que é daqui, que precisa ser atendido neste hospital passou a ter mais atenção [...] os médicos têm melhor condição de direcionar o paciente grave realmente.” (E1, 33 anos, 4 anos de atuação em urgência)

“Aquele paciente que chega com dor e precisa subir rápido para o centro cirúrgico, ele sobe. Antes tinha que aguardar até 24 horas para subir. Então dinamizou o atendimento.” (E2, 32 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“Tem o protocolo de atendimento através das cores, vermelho se é emergência, amarelo é de urgência, mas pode esperar mais um pouco, o verde e o azul são encaminhados para o CAIS ou unidade de referência.” (E11, 33anos, 3 anos de atuação em urgência)

O AACR é reconhecido como uma ferramenta capaz de proporcionar a atenção por nível de gravidade, e poderá ser determinada por observação (a equipe identifica e determina a necessidade pela observação) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo) (BRASIL, 2004c). Esta estratégia é considerada uma ação importante para humanização do cuidar que exige do enfermeiro competência técnica e humanística para classificar de modo condizente às necessidades dos usuários (FEIJÓ, 2010; SHIROMA, 2008).

Puderam ser observadas mudanças organizacionais no serviço hospitalar de urgência, evidenciadas pela ausência de macas nos corredores, diminuição das filas no serviço de raio RX e tomografia, diminuição do número de ambulâncias de outros municípios aguardando atendimento, bem como a agilidade no atendimento dos pacientes que necessitam de cirurgias e exames. A reorganização do fluxo levou à diminuição da demanda e este foi um aspecto positivo ressaltado pelos participantes.

Para o hospital, para o trabalhador, melhorou a questão da demanda e facilitou também o trabalho para a equipe, pois o paciente já chega classificado com a cor do risco que ele tem [...]” (E3, 39 anos, 5 anos de atuação em urgência)

“Para nós e para a clientela só foi ganho, hoje quem trabalha aqui se sente bem de trabalhar aqui, falam ‘agora o hospital está bom’” (E16, 48 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] até para os profissionais diminuiu o estresse e, com a classificação, melhorou para o paciente e o trabalhador.” “[...] não está mais

congestionado com pacientes que não eram de urgência, que poderiam ser atendidos em outro local” (E11, 33anos, 3 anos de atuação em urgência)

“Com o perfil voltado só para trauma, diminuiu o fluxo e melhorou a qualidade do serviço.” (E18, 47 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“Depois que iniciou aqui na unidade, diminuiu bastante a demanda. Hoje realmente entra no hospital o que é do hospital de urgência e emergência, traumas e risco de morte.” (E6, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] com a redução de fluxo, hoje temos um raio-X menos cheio, reduzindo o tempo de atendimento, um laboratório mais rápido, pois não tem tanto exame quanto tinha [...]” (E2, 32 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] antes nós gastávamos de quarenta a sessenta minutos para atender o paciente. Hoje em vinte minutos ele chega à emergência, recebe o atendimento adequado, fecha o diagnóstico.” (E16, 48 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] pacientes da pequena urgência que foram redirecionados aos CAIS fizeram o fluxo diminuir e a qualidade aumentar [...] tem menos pacientes nos corredores [...]” (E1, 33 anos, 4 anos de atuação em urgência)

“Com certeza, melhorou o atendimento. Por exemplo, se antes vinham 10 hoje você atende 5 com uma qualidade muito melhor.” (E3, 39 anos, 5 anos de atuação em urgência)

“Antes atendíamos 150 a 180 pacientes por noite, agora é uma média de 40, o que melhora a avaliação clínica [...]” (E13, 31 anos, 5 anos de atuação em urgência)

Entre as repercussões do AACR, descritas na literatura científica, destacam-se o aumento da resolutividade dos serviços, a organização de demanda e do fluxo de atendimento. Estes aspectos são apontados como contribuintes para a satisfação dos profissionais e usuários com o serviço de urgência hospitalar (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; SANTOS, 2002; SANTOS FILHO, 2007; SOUZA et al., 2008).

Os enfermeiros mencionaram que o processo de mudança organizacional, gerou a necessidade de promover ações direcionadas para a reeducação popular, o preparo técnico e humanístico da equipe de saúde que atua no âmbito hospitalar e readequação em toda rede de assistência às urgências para o estabelecimento de novos mecanismos de gestão do cuidado.

“[...] a gente foi trabalhando com o usuário que ele não era daqui, que era dos ‘CAIS’ 24 horas, foi trabalhando com os municípios também, pois recebíamos muitos encaminhamentos indevidos [...]” (E2, 32 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] foi difícil, chegaram muitos casos pra gente onde o paciente não admitia. Depois dos azuis, a gente começou a enfrentar os verdes também, pois como ainda atendíamos os verdes, tivemos que fazer outra educação

Resultados e Discussão

para também serem referenciados aos postos de saúde. Então foi outro período difícil de adaptação da população”. (E3, 39 anos, 5 anos de atuação em urgência)

“[...] fomos educando a população a procurar mais os CAIS, avisando que mais para frente a gente não iria atender [...]”(E4, 45 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“Já foi bem difícil, porque a população não entendia que é um hospital de atendimento de urgência e emergência, que tem prioridade para casos de trauma [...]” (E10, 47 anos, 2 anos de atuação de urgência)

Embora o protocolo tenha organizado a fila, os profissionais ainda não incorporaram na prática aspectos humanísticos relacionados à individualidade do cuidar. As falas sugerem a dualidade usuários *versus* serviço e a não integralidade do cuidar.

Pesquisadores têm discutido que o esclarecimento da população sobre a real finalidade dos SUE contribui para a organização dos serviços e auxilia na diminuição da demanda (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; MARQUES; LIMA, 2007; OLIVEIRA; SCOCHI, 2002).

Esta compreensão ainda é um desafio, mas alguns usuários mencionaram e correlacionaram o modo de acesso dependente do encaminhamento da rede pré-hospitalar fixa e móvel, ou seja, as unidades não hospitalares de atendimento às urgências (CIAMS, CAIS) e ou serviço pré-hospitalar móvel (SAMU e SIATE). Este aspecto sugere as contribuições do processo educativo para a compreensão da população quanto ao acesso no sistema de saúde.

“Acho que foi pelo meu estado ser um estado grave, o fato do Corpo de Bombeiros ter me trazido também [...] Eu precisei e eles estavam ali, praticamente me esperando, acho que tivesse ido para outro local não teria sido atendido tão rápido quanto fui aqui, eu cheguei e parecia que o pessoal estava todo me esperando.” (U1, 28 anos, masculino)

“[...] chegaram pessoas sem ser encaminhadas pelos CAIS e não foram atendidas. No meu caso, creio que o que facilitou foi o encaminhamento do CAIS.” (U6, 52 anos, masculino)

“Acho que foi rápido porque veio com o SAMU, acho que se tivesse vindo assim só a pessoa teria demorado mais.” (U9, 38 anos, esposa)

“O encaminhamento ajudou muito, porque se tivesse vindo sozinha de lá pra cá sem encaminhamento nem nada, tinha sido barrada, então é fundamental o encaminhamento de outro órgão para que seja abreviado. Com o encaminhamento eles sabem que é coisa de risco, fratura mesmo que precisa de urgência e emergência.” (U19, 44anos, feminino)

“A maioria já vem com encaminhamento dos postos de saúde, já codificados pela central de regulação, o que já facilita bastante pra gente, porque antes era demanda espontânea, vinham para ser atendidos.” (E3, 39 anos, enfermeira há 15 anos, 5 anos de atuação em urgência)

[...] hoje em dia eles já sabem, então não vem. Eles sabem que se estiver com uma cólica renal, ele não será atendido aqui, que é questão de posto de saúde. Alguns ainda ligam, explicam o caso e perguntam se podem vir, mas é muito pouco.” (E3, 39 anos, enfermeira há 15 anos, 5 anos de atuação em urgência)

Embora já tenham ocorridos importantes mudanças na percepção da comunidade sobre o atendimento no serviço de urgência hospitalar, alguns usuários ainda escolhem ir ao serviço de urgência para resolver problemas ambulatoriais.

“Tem gente que não tem a consciência que está com um machucadinho e vai tomar a vaga de um paciente que realmente precisa.” (E11, 33anos, enfermeira há 9 anos, 3 anos de atuação em urgência)

“A população não é informada, tem paciente que vem aqui para medir a pressão, o que não é caso de urgência, então falta orientação.” (E17, 28 anos, enfermeira há 6 anos, 5 anos de atuação em urgência)

“Os pacientes não entendem que aqui é um hospital de urgência, que não atende coisas pequenas, hoje eles já entendem um pouco [...]” (E15, 27 anos, enfermeira há 4 anos, 4 anos de atuação em urgência)

[...] se você não passa ele pra dentro ou se ele acha que o médico não vai atender, ele chega aqui querendo te bater, como você faz nesta situação?” (E7, 47 anos, enfermeira há 6 anos, 6 anos de atuação em urgência)

[...] o que ocorre aqui é que o paciente não entende e, quando chega com dor, ele quer ser atendido. A dor pode ser mínima, mas para ele não é [...]” (E18, 47 anos, enfermeira há 11 anos, 6 anos de atuação de urgência)

É importante considerar que a adequação da demanda depende também da organização da rede de saúde, que deve viabilizar pactos de gestão entre serviços de saúde por meio de seus gestores no sentido de implementar os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade (FEIJÓ, 2010).

Os usuários sentiram-se acolhidos e bem atendidos em suas necessidades. Para eles ser acolhido é ter seu problema solucionado, ter bom atendimento por parte dos profissionais de saúde, incluindo a postura e a atitude em tratá-los com cortesia, além de conforto e boa recepção. Correlacionaram o acolhimento ao alívio da dor, a valorização de sua individualidade, a informação sobre o estado de saúde, a atenção dos profissionais.

Resultados e Discussão

“Senti muito acolhido, porque fui atendido imediatamente, não me deixaram sentir dor [...]” (U1, 28 anos, masculino)

“[...] estão dando mais valor nas pessoas que estão chegando [...]” (U11, 40 anos, filha)

“Na chegada, trataram a gente bem, foi rápido e positivo [...]” (U3, 65 anos, irmã)

“[...] uma enfermeira que me atendeu me explicou tudo que estava acontecendo com ele, foi muito importante.” (U9, 38 anos, esposa)

“[...] ser acolhido é chegar em um ambiente igual aqui é, receber atenção dos profissionais, tudo que eu precisava recebi, me atenderam bem [...] me senti bem acolhido.” (U20, 20 anos, masculino)

“[...] as enfermeiras me atenderam super bem, perguntando onde estava com dor para poder agir logo (U18, 19 anos, feminino)

“[...] fui bem atendido, o pessoal muito bom, muito educado, explica tudo pra gente direitinho, eu gostei muito.” (U6, 52 anos, masculino)

“[...] tratam todos mundo bem, com carinho, atenção, nunca me deram uma resposta em nada.” (U7, 48 anos, mãe)

“Os médicos aqui são atenciosos, escutam, tentam fazer o melhor para a pessoa [...]” (U17, 39 anos, filha)

Esta é a concepção de acolhimento descrita em outros estudos, que afirmam que o acolhimento não deve resumir apenas na recepção do usuário, deve continuar durante toda sua permanência no serviço de saúde (AZEVEDO, BARBOSA, 2007; PINAFO; LIMA; BADUY, 2008; RAMOS; LIMA, 2003; SOUZA et al., 2008).

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal, com a função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva; reorganizar o processo de trabalho deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, com compromisso de escutar e resolver seu problema de saúde e qualificar a relação do trabalhador com o usuário, a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O acolhimento nos serviços de saúde envolve um processo de relações humanas, devendo ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os locais de atendimento (MATUMOTO, 1998).

A agilidade na resolução do problema também foi mencionada como algo positivo, assim como a noção de proporcionalidade terapêutica, o que na percepção

Resultados e Discussão

dos enfermeiros contribuiu para o melhor desempenho técnico das equipes de saúde que passaram a realizar o trabalho de modo mais satisfatório.

Quando cheguei na emergência fui atendido com urgência, bem rápido mesmo, bastante eficaz.” (U5, 26 anos, masculino)

“[...] aqui é para as pessoas de alto risco, que precisa mais, quem sofre um acidente, é esfaqueado, baleado.” (U14, 41 anos, mãe)

“[...] aqui é hospital de urgência, mais para quem esta com urgência e emergência, não os casos que pode levar para o CAIS.” (U14, 41 anos, mãe)

“[...] a enfermeira olhou pra ver se era caso de urgência mesmo, pediu um vascular que olhou e já falou ‘já pode ir para cirurgia, vou preparar o centro cirúrgico’ e operou ele rapidinho, porque ele estava perdendo a perna.” (U17, 39 anos, filha)

“[...] um enfermeiro na classificação de risco atendeu e me passou para ortopedia, já foi tudo encaminhado, cheguei e foi questão de duas horas, muito rápido, me encaminharam lá pra cima para cirurgia.” (U19, 44anos, feminino)

“Com a Classificação de Risco, além de a gente direcionar o fluxo, a gente conseguiu melhorar o atendimento do paciente grave e direcioná-los para os setores corretos onde eles deveriam ser atendidos.” (E2, 32 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] o paciente já entra e é encaminhado para a direção certa, ele não fica perdido no hospital [...]” (E5, 28 anos, 5 anos de atuação em urgência)

“Diminuiu o tumulto, destinando o paciente para o local certo, para o paciente também foi ótimo [...]” (E15, 27 anos, 4 anos de atuação em urgência)

“[...] facilitou porque já vai mais ou menos diagnosticado, classificado, você passa pela triagem onde olham se você está com febre, pressão alta, então você já vai meio encaminhado para o médico. Melhorou o atendimento, pois não ocupa tanto o médico, eles já vão adiantando.” (U6, 52 anos, masculino)

O acolhimento é uma ação importante para humanização do cuidar em um espaço assistencial que exige do enfermeiro competência técnica e humana para classificar de modo condizente a necessidade dos usuários (FEIJÓ, 2010; SHIROMA, 2008).

No núcleo temático desafios para o AACR no serviço de urgência hospitalar foram descritos aspectos relacionados às limitações para o acolhimento, à necessidade do aprimoramento de competências e habilidades para o AACR e à falta de resolutividade da contra-referência.

Resultados e Discussão

Alguns enfermeiros consideraram que há limitações para o efetivo acolhimento. Para eles acolher significa além de priorizar o atendimento por nível de gravidade, ter tempo para ver, ouvir e orientar os usuários. Os enfermeiros mencionaram que procuram efetivar o acolhimento por meio da escuta das queixas dos usuários, das orientações e esclarecimento das dúvidas e do conforto perante suas necessidades. No entanto descreveram a dificuldade para incorporá-lo ao seu cotidiano, muitas vezes, realizam apenas a classificação de risco.

“[...] você tem que orientar, ouvir o paciente, ver o paciente, examinar o paciente”. (E3, 39 anos, 5 anos de atuação em urgência)

“Olha, o que podemos fazer de melhor é orientar bem, receber bem, tratar o paciente bem, ajudar no que pode e não simplesmente falar que não é aqui; muita coisa você pode fazer.” (E4, 45 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] o acolhimento é o paciente chegar e nós darmos primeiramente uma orientação, ver se o paciente realmente necessita e, a partir daí, ver um tratamento em local adequado.” (E6, 6 anos de atuação em urgência)

“O acolhimento não estamos fazendo aqui, o acolhimento é todo um trabalho da política de humanização, de conversar com os pacientes, de ter tempo para ele e a gente não tem aqui.” (E14, 45 anos, 10 anos de atuação em urgência)

“O acolhimento seria receber o paciente de forma mais humanizada, mas infelizmente como o fluxo é muito grande fica difícil de você humanizar, de acolher o paciente [...] deixamos um pouco de lado e ficamos mais na classificação.” (E15, 27 anos, 4 anos de atuação em urgência)

“Aqui no hospital, o acolhimento ainda está ruim, minha vontade era que tivesse uma sala de atendimento, um quiosque de informação onde informaria melhor o usuário mesmo que ele não fosse atendido aqui e ele iria sair satisfeito.” (E16, 48 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] não é ver só o lado da doença dele, é também ver a pessoa, tem que tratar com educação, respeito que a pessoa vai agradecer.” (E10, 47 anos, 2 anos de atuação de urgência)

“Acolher é orientar o paciente, receber o paciente aqui na classificação, mesmo que ele não tenha o perfil do hospital [...]” (E18, 47 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“Olha, o que podemos fazer de melhor é orientar bem, receber bem, tratar o paciente bem, ajudar no que pode. E não simplesmente falar que não é aqui, tchau, muita coisa você pode fazer.” (E4, 45 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“Eu tenho que informar de forma elegante, cordial, profissional, com respeito, amabilidade. Estes quesitos que estou falando nem todos os profissionais têm, a verdade é esta. Os nossos profissionais são gente e gente tem cada um sua personalidade, um temperamento, então vai de cada um [...]” (E16, 48 anos, 6 anos de atuação em urgência)

Resultados e Discussão

Marques e Lima (2007) referem que a enfermagem mantém contínua convivência com os usuários, de modo que isso lhe possibilita grandes oportunidades de interação, mas, sua capacidade para ouvir ainda é limitada, e que estes precisam desenvolver essa habilidade. Os profissionais não estão preparados e amparados para trabalhar com as questões sociais e subjetivas trazidas pelos usuários, de modo que a atenção prestada se torna insuficiente e ineficiente (ZANELATTO; DAL PAI, 2010).

Os caminhos percorridos pelo serviço na busca de realizar o acolhimento ainda estão longe do ideal (DAL PAI, 2007). No processo de trabalho desse serviço, o acolhimento não acompanha todas as etapas do percurso do usuário, ocorrendo apenas no momento de chegada do usuário. O atendimento clínico permanece guiado por práticas tradicionais, centradas exclusivamente na dimensão biológica e no papel do médico (BECK; MINUZI, 2008).

Este despreparo pode estar relacionado, principalmente, à formação profissional voltada para o modelo biomédico, baseado na queixa conduta e não na atenção integral e na necessidade de desfocar da queixa (aspecto biológico) para construir uma lógica centrada no usuário (BECK; MINUZI, 2008; GARLET et al., 2009; RAMOS; LIMA, 2003).

Souza et al. (2008) destacam que os profissionais entendem que o uso de tecnologias leves, como o AACR, permite a compreensão mais ampla dos problemas dos usuários, do que apenas se restringir a sinais e sintomas. Essa compreensão foi relatada pelos participantes, porém os resultados sugerem que o efetivo acolhimento ainda está longe do ideal.

Entre as limitações relacionadas ao acolhimento, usuários mencionaram a falta e a demora para informar sobre o estado de saúde do paciente.

“Olha, quando você quer saber o estado de um paciente eles não gostam, o restante é tudo bem [...]” (U4, 59 anos, irmã)

“O atendimento dela foi bom, agora para os familiares eles não dão aquelas informações direito, aí a família fica apavorada [...]” (U4, 59 anos, irmã)

“Ele passou pra mesa de cirurgia já era quase duas horas da tarde, saiu já era quase seis horas da tarde e ficamos até a meia noite esperando resposta, aí que falaram que ele estava bem [...]” (U7, 48 anos, mãe)

“[...] agora na questão dos acompanhantes deveria mudar, você deveria ter seu companheiro ou companheira acompanhando seu caso.” (U6, 52 anos, masculino)

“[...] durante a internação teve um dia que ele estava se sentindo mal, procurávamos por enfermeira e elas não vinham atendê-lo [...]” (U17, 39 anos, filha)

MACIAK (2008) enfatiza que a realidade dos SUE demonstra que temos um longo caminho a percorrer e muito a fazer para que a assistência prestada ao usuário seja de forma integral.

É assegurado ao cidadão brasileiro, por meio da Carta de Direitos dos Usuários, o atendimento acolhedor e humanizado, garantindo-lhes o respeito, a integridade física, a privacidade, o conforto, a individualidade, bem-estar psíquico e emocional, em qualquer situação de diagnóstico e tratamento e direito ao acompanhante por pessoa de sua escolha (BRASIL, 2007). É importante lembrar que além de ser informado é essencial que a informação seja compreendida (BARBOSA, 2006).

A PNH define ainda diretrizes específicas para os diferentes níveis de atenção. No que se refere à atenção hospitalar, dentre os critérios estabelecidos, encontram-se a garantia de visita aberta por meio de presença do acompanhante e de sua rede social; equipe multiprofissional de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado, para atendimento à família e/ou sua rede social (BRASIL, 2004c).

Estudo realizado nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte identificou que hoje os profissionais escutam pouco os usuários, desconhecem, na maioria das vezes a realidade dos outros níveis de atenção e acabam encaminhando o usuário "para a frente", e com isso a sua responsabilidade sobre ele, sem o conhecimento da realidade desse usuário dentro do contexto social e de saúde (ROCHA, 2005).

Neste sentido, é imprescindível que o enfermeiro que atua no AACR, tenha a habilidade da escuta qualificada, da avaliação e registro correto e detalhado da queixa principal, a capacidade de trabalhar em equipe, o raciocínio clínico rápido para a tomada de decisão, e o conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial para o encaminhamento responsável do paciente, quando houver necessidade (SOUZA et. al., 2011).

Outro desafio apontado pelos enfermeiros foi a competência técnica para realizar a classificação de risco e o fato de que alguns não foram treinados para execução desta tarefa. Com isto, muitas vezes, o enfermeiro sente-se inseguro e

Resultados e Discussão

incerto quanto à conduta e o risco a que o usuário e sua família poderá estar exposto. Esta é uma importante queixa da enfermagem.

“Como profissional eu não fui preparada para trabalhar com classificação de risco, não fiz treinamento específico, eu por acaso fui escalada lá, fui aprendendo o serviço com uma colega que estava lá há mais tempo que provavelmente também não tinha sido preparada.” (E13, 31 anos, 5 anos de atuação em urgência)

[...] o chefe foi lá para olhar porque a enfermeira foi atrás dele, ele viu minha mãe e falou que ela estava boa, que ela poderia ir para o CAIS.” (U15, 53 anos, filha)

“O acolhimento aqui poderia ser diferente. Ali mesmo na classificação eu gostaria de ter um médico lá dentro, o serviço social, a psicologia lá dentro, uma equipe multiprofissional para trabalhar com o necessitado. Infelizmente hoje a gente classifica: é ou não é, mas acolhimento tem que envolver mais profissionais e não só o enfermeiro.” (E16, 48 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“Outra coisa é treinamento, não por mim, pois fiz muito treinamento e estou fazendo pós-graduação na área de Classificação de Risco. Então, eu leio muito, mas eu vejo que falta (treinamento).” (E2, 32 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“A falta de treinamento é um problema, a pessoa não pode começar em uma classificação de risco sem saber o que ela vai fazer. Tem que ser orientado, às vezes um recém formado é colocado na classificação e não vai entender [...]” (E10, 47 anos, 2 anos de atuação de urgência)

“O funcionário tem que ter o conhecimento do protocolo. Dificulta em termos de equipe, pois se conheço e encaminho um paciente para dentro, chega um médico que não conhece e manda de volta, fica difícil de trabalhar.” (E7, 47 anos, 6 anos de atuação em urgência)

Pesquisadores descrevem que o enfermeiro é o profissional mais indicado para realizar o AACR por sua capacidade de observação, percepção, capacidade de comunicação, facilitando interação entre profissional e usuário. Além disso, sua formação inclui a competência clínica e a gestão de recursos humanos e de suprimentos, que propicia uma visão sobre a logística e a especificidade de atendimento do setor incluindo, área física e fluxo de pacientes, aspectos esses que devem ser considerados relevantes no momento da priorização do atendimento (AZEVEDO, BARBOSA, 2007; GATTI, 2003).

O AACR nas unidades de urgências hospitalares reorganiza esses serviços e melhora a qualidade da assistência aos usuários, bem como promove e amplia o acesso aos usuários e humaniza o atendimento, melhora resolutividade do trabalho da enfermeira na assistência devido à definição de protocolos de condutas

Resultados e Discussão

(AZEVEDO, 2004; FIGUEREDO, 2006; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; GODOY, 2010; MALTA et al., 2000; MARQUES; LIMA, 2007; PALLARÉS; FIGUEIREDO, 2006; SHIROMA, 2008; TAKEMOTO, SILVA, 2007; TOLEDO, 2009; ZANELATTO; DAL PAI, 2010).

No entanto, algumas pesquisas têm revelado o comprometimento das funções do AACR devido à falta de competência técnica e/ou humana da equipe de enfermagem. Estes estudos enfatizam a necessidade do preparo e formação do enfermeiro nas ações protocolares para o tal trabalho, em serviços de urgência (ALBINO; GORSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; BOTH, 1990; MELO; VIGO; FONSECA, 2008).

Em um estudo sobre o entendimento dos enfermeiros quanto ao papel que desempenham na classificação de risco, pesquisadores identificaram que 54% deles jamais realizaram esse tipo de serviço antes e informaram não terem tido qualquer treinamento para desenvolvê-lo (ROCHA et al., 2010).

Neste sentido, pesquisadores referem que por ser a porta de entrada do serviço, a importância de um profissional bem capacitado para atuar nessa unidade é premente, pois tanto o prognóstico como o tratamento do paciente dependem do atendimento de urgência e emergência. O trabalho em urgência apresenta algumas características específicas, exigindo do profissional agilidade e competência para atender as necessidades identificadas (GODOY, 2010).

Embora as pesquisas apontem uma excelente qualidade técnica dos enfermeiros para realizar a classificação de risco, reforçam que ainda há limitações importantes gerando a necessidade do aperfeiçoamento e educação permanente dos profissionais de modo a atender de maneira dinâmica e eficaz ao protocolo do AACR (BRASIL, 2004b; FEIJÓ, 2010; MADEIRA; LOUREIRO; NORA, 2010; TOLEDO, 2009). Assim, são necessários investimentos na formação profissional de modo a atender as necessidades do AACR (SOUZA et al., 2011).

Os enfermeiros participantes desse estudo relataram que, muitas vezes, vivenciaram situações de conflito na prática do AACR, o que demonstra uma difícil relação com a equipe médica no processo de classificação de risco. A falta de uma equipe multidisciplinar também foi mencionada como aspecto dificultador para realização do AACR.

“Muitos médicos ainda não conhecem o protocolo. Às vezes, fazemos a classificação de um paciente, ele entra na unidade e o médico, por falta de

Resultados e Discussão

conhecimento do protocolo, devolve o paciente.” (E6, 6 anos de atuação em urgência)

“O funcionário tem que ter o conhecimento do protocolo. Dificulta em termos de equipe, pois se conheço e encaminho um paciente para dentro , chega um médico que não conhece e manda de volta, fica difícil de trabalhar.” (E7, 47 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“A falta do médico na classificação é uma dificuldade. Às vezes a gente tem dúvida em um diagnóstico, a gente segue o protocolo, mas tem coisas que fogem, aí temos que ir atrás do médico para tirar a dúvida e não é sempre que tem um chefe de plantão disponível para isso.” (E8, 40 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“Uma história interessante é que um médico disse para mim ‘este paciente não é cirúrgico e não sei mais o que’. Aí falei para ele: o senhor com a radiografia e exames na mão é outra coisa [...]” (E18, 47 anos, 6 anos de atuação em urgência)

Os estudos também apontaram que o não comprometimento da equipe médica é uma das limitações para implementação do AACR (GODOY, 2010; MARQUES; LIMA, 2007). Estudo realizado em serviços de saúde da região nordeste do Brasil, Souza et. al.(2008) também identificaram a baixa adesão do profissional médico no desenvolvimento do acolhimento juntamente com o restante da equipe de saúde.

Nas observações realizadas por Mendes (2009) em seu estudo, também foi evidenciado o pouco compromisso dos médicos à proposta do acolhimento com classificação de risco justificada pela carência de profissionais, o que na verdade significava a rejeição a novas atribuições, a mudança de rotinas e implantação de novas tecnologias.

O profissional médico parece encontrar algumas dificuldades em participar dessa nova tecnologia de atendimento, fato este explicado, pois, este profissional mantinha anteriormente centrada em sua figura toda a dinâmica de atendimento dos serviços de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Estes dados sugerem que o processo de tomada de decisão é conflituoso e não atende ao preconizado pelo Ministério da Saúde em termos da constituição de uma equipe multidisciplinar. Esta situação demonstra a falta de trabalho em equipe na instituição estudada, intensificando o sentimento de solidão do enfermeiro nesta prática.

“[...] não sei se é totalmente correto ter só o enfermeiro na classificação de risco, pois tem muita coisa que não compete ao enfermeiro [...]” (E15, 27 anos, enfermeira há 4 anos, 4 anos de atuação em urgência)

Resultados e Discussão

“É um trabalho muito difícil que a gente tem que julgar se um caso é sério, mas muitas pessoas não entendem o trabalho da gente” (E18, 47 anos, enfermeira há 11 anos, 6 anos de atuação em urgência).

Foram descritos aspectos legais relacionados à atuação do enfermeiro no AACR em documentos do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (2008) e do Conselho Regional de Medicina do Paraná (2010). Estes documentos reafirmam a competência do enfermeiro para a realização da classificação de risco deste que esteja respaldada por protocolo clínico institucional, previamente discutido com a equipe médica. Neste caso o enfermeiro poderá determinar a gravidade ou potencial de agravamento do caso, bem como o grau de sofrimento do paciente e quando necessários realizar a contra-referencia (COREN/MG, 2008; CRM/PR, 2010).

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação do acolhimento e da “triagem classificatória de risco” nos Serviços de atendimento às urgências e emergências. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde descreve que a classificação de risco pode ser uma atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação proposta específica para a atividade (BRASIL, 2009).

A implantação do AACR pressupõe o acolhimento realizado por todos os profissionais de saúde, e deve traduzir-se em qualificação da produção de saúde complementando-se com a responsabilização dos encaminhamentos realizados e a brevidade, bem como o suporte técnico para o atendimento baseado no grau de risco (BRASIL, 2004b). A insuficiência de profissionais habilitados para o AACR trouxe à tona a discussão de novas estratégias de formação de profissionais capacitados para esta assistência (MENDES, 2009; MOURA, 2004).

No momento em que, sozinho, o enfermeiro toma para si esta responsabilidade, traz uma sobrecarga real vivenciada na prática cotidiana de seu trabalho no AACR. Coloca-se como capaz de resolver todas as questões, toma para si muitas resoluções e estas dependem de fatores que estão muito além do campo

Resultados e Discussão

de decisão do enfermeiro; com isso vivenciam a frustração da não resolutividade (GODOY, 2010).

Os profissionais se referiram a falta de compreensão dos usuários quando há a necessidade da contra-referência.

“[...] só que muitas vezes, eles (os usuários) já estão tão armados, não querem receber orientação, sentem assim que não vai resolver aqui. Então, às vezes nos deparamos com situações difíceis onde a pessoa, por achar que não vai resolver, age até com agressividade e isto é um pouco estressante.” (E1, 33 anos, 4 anos de atuação em urgência)

“Primeiro, o paciente que chega sem informações e, às vezes, é difícil dar uma explicação quando você pede para ele procurar atendimento na rede básica, pois ele não entende a diferença nas especialidades do hospital.” (E5, 28 anos, 5 anos de atuação em urgência)

Mesmo com a compreensão de que o acesso aos serviços de saúde deveria ser feito a partir das unidades de atenção básica (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família), o que ocorre ainda é justamente o inverso. A rede básica de saúde mostra-se fragilizada para atender as necessidades primárias de saúde da população, acarretando aumento considerável na utilização por parte dos usuários dos SUE hospitalares para resolução de problemas de baixa complexidade (O'DWER; OLIVEIRA; SETA, 2009; SANTOS, 2002;).

Giglio-Jacquemot (2005) descreveu o desencontro entre a percepção do enfermeiro e dos usuários sobre o atendimento no SUE. Enquanto os enfermeiros almejavam atender apenas os casos urgentes, os usuários por não compreenderem a distinção das situações urgentes e situações não urgentes ou por não conseguirem resolução dos seus problemas na rede básica, superlotam as urgências. Neste contexto, é preciso considerar que o usuário, ao procurar o serviço de urgência, internaliza a idéia de que necessita de atendimento imediato “emergência do paciente”, que pode ou não coincidir com a “emergência técnica” (MAGALHÃES et al., 1989; ROCHA, 2005).

Por outro lado o usuário justifica a busca pelo SUE como modo de resolver suas necessidades em saúde, tendo em vista que a rede básica de saúde mostra-se fragilizada para atender as necessidades primárias de saúde da população. Pesquisadores referem que cerca de 65% desses clientes poderiam ser atendidos em outros serviços (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; GARLET et al., 2009; O'DWER; OLIVEIRA; SETA, 2009; OLIVEIRA; SCOOCHI, 2002).

Resultados e Discussão

Os enfermeiros mencionaram que, se o atendimento nos serviços de atenção básica fosse eficiente e resolutivo, contribuiria para o não agravamento do quadro de saúde dos pacientes e evitaria o estrangulamento no atendimento de urgência e emergência no SUE hospitalar.

“Realmente aqui não tem como acolher a população toda, mas às vezes você se sente mal em mandar um paciente para o CAIS, você sabe que lá não vai atender, vão mandar de volta para cidade do interior, onde não tem condição nenhuma [...]” (E4, 45 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] é muito difícil falar não para quem está passando mal. Você atende ali na classificação e não tem para onde mandar, manda para um CAIS onde você sabe que não vai resolver.” (E8, 40 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] se a rede básica, o SUS tivesse uma resolução lá tudo bem, eu ficaria satisfeita em encaminhar um paciente tendo a certeza que ele seria atendido lá. Por isso avalio como falido esse serviço.” (E7, 47 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] quando você classifica e orienta que um paciente não é desta instituição que ele deve buscar atendimento, a gente fica meio preso, porque você não sabe para onde mandar. Então é um papel difícil para quem está classificando, dispensar este paciente e ele ficar sem saber para onde vai. Se orientamos ele para um CAIS próximo da casa dele, chega lá e ele também não é atendido” (E9, 39 anos, 5 anos de atuação em urgência)

“[...] chegou aqui no acolhimento falaram que teria que levar ela para o CAIS, aí fomos para o CAIS [...] mas como o caso dela era grave e tinha que fazer endoscopia, a doutora veio junta e custou para conseguir internar ela [...] ficaram mandando minha mãe pra lá e pra cá e, com o problema dela, já era pra ter chegado e feito a endoscopia mesmo [...]” (U15, 53 anos, filha)

“[...] levei ela para o CAIS Novo Mundo, o Cais mandou ela para Chácara do Governador, depois para Campinas, de Campinas para o ortopédico e não tinha vaga. Devolveram-nos de novo para o CAIS de Campinas. Aí arrumou vaga de novo no ortopédico e de lá ela foi encaminhada para o HUGO.” (U12, 62 anos, filha)

“Depois retiraram o soro e colocaram sangue. mandaram que fôssemos lá para o São Judas, pegamos a ambulância e fomos chegando lá não tinham recursos para nós, aí voltamos novamente [...] será que o médico não sabia que lá não tinha UTI.”? (U3, 65 anos, irmã)

Estas demandas geram tanto para os profissionais como para os usuários situações problemáticas. Pesquisadores discutem que o fato dos SUE não atenderem especificamente pacientes que necessitam deste nível de atenção à saúde, gera nos profissionais de saúde sobrecarga de trabalho (DESLANDES, 2002; GARLET et al., 2009; GODOY, 2010; GGLIO-JACQUEMOT, 2005; MARQUES; LIMA, 2008; OLIVEIRA; SCOOCHI, 2002). Por outro lado, existe uma demanda

Resultados e Discussão

reprimida que bate à porta dos serviços de urgência e emergência porque precisa de respostas às suas necessidades (MARQUES E LIMA, 2008; RAMOS E LIMA, 2003).

Acredita-se que o efetivo acolhimento dos usuários deva levar em consideração este importante aspecto, tendo em vista que o objetivo do usuário é resolver seu problema de saúde e neste sentido, busca o serviço que acredita ser capaz de dar respostas resolutivas e condizentes às suas necessidades. Neste contexto, a garantia de um atendimento integral está vinculada a garantia de acesso a outros serviços para resolução dos problemas a rede de cuidados progressivos, ou seja, corredores virtuais de referência e contra-referência que assegurem a continuidade de seu tratamento (BITTENCOURT; HORTALE, 2007; GARLET et al., 2009; PINAFO; LIMA; BADUY, 2008).

Por meio das observações, foi possível verificar usuários que procuraram o SUE para receber atendimento e foram encaminhados ao CAIS ou orientados a retornar ao seu município, sem qualquer garantia de atendimento. Quando acontece esta situação, os enfermeiros mencionaram sentimentos de angústia e conflito, por não ter a certeza de que o usuário seria atendido. Esta é reconhecida como uma tarefa que gera estresse na equipe.

“[...] às vezes você se sente mal em mandar um paciente para o CAIS, você sabe que lá não vai atender, vão mandar de volta para cidade do interior, onde não tem condição nenhuma [...]” (E4, 45 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“Classificar o risco aqui é o atendimento prioritário que é o vermelho e o amarelo que seria o atendimento urgente, pois aqui não pegamos nem o paciente azul nem o verde que é devolvido para unidades básicas da rede.” (E13, 31 anos, 5 anos de atuação em urgência)

“[...] só que muitas vezes, eles (os usuários) já estão tão armados, não querem receber orientação, sentem assim que não vai resolver aqui. Então, às vezes nos deparamos com situações difíceis onde a pessoa achar que não vai resolver age até com agressividade e isto é um pouco”. (E1, 33 anos, 4 anos de atuação em urgência)

“É um trabalho muito difícil que a gente tem que julgar se um caso é sério, mas muitas pessoas não entendem o trabalho da gente” (E18, 47 anos, 6 anos de atuação em urgência)

“[...] também a falta de compreensão de muitos pacientes, quando que devolver por não se adequar ao perfil da unidade.” (E6, 6 anos de atuação em urgência)

Um estudo realizado no Hospital de Pronto Socorro em Porto Alegre/RS identificou que as trabalhadoras do acolhimento identificaram como obstáculo a responsabilidade de dizer ao usuário que ele deve optar pela atenção básica, pois o

Resultados e Discussão

usuário enxerga no profissional que o atende, um representante do sistema público e, portanto, expressa sua angústia e raiva por não encontrar o atendimento que ele necessita ou espera. Ao mesmo tempo, o profissional que fica na linha de frente do sistema se sente injustiçado pela agressão que lhe é conferida (DAL PAI, 2007).

Souza et al (2008) afirmaram que a pressão da demanda reflete em sobrecarga de trabalho, difícil desempenho, sendo geradora de cansaço e estresse na equipe, pelos inúmeros embates que se produzem entre os profissionais e usuários, ficando evidente que os profissionais necessitam de acolhida em seu processo de trabalho (espaço de escuta pela gestão, cuidado ao cuidador).

O sofrimento dos trabalhadores não deve ser somente credenciada à gravidade dos pacientes, mas também, ao fato de terem de lidar com situações incontornáveis, inesperadas, imprevistas, ficando frente a frente com situações que desencadeiam sentimentos de impotência (DESLANDES, 2002).

No estudo de Godoy (2010) ficaram evidenciados problemas diários com a não aceitação de usuários e familiares com a contra-referência, casos em que o paciente se revolta com o encaminhamento.

Apesar de muitas vezes, o protocolo indicar a necessidade de contra-referenciar o paciente para outros serviços, os enfermeiros e os usuários relataram que não existe garantia de atendimento, foi identificado como obstáculo para a resolutividade.

“[...] chegou aqui no acolhimento falaram que teria que levar ela para o CAIS, aí fomos para o CAIS [...] mas como o caso dela era grave e tinha que fazer endoscopia, a doutora veio junta e custou para conseguir internar ela [...] ficaram mandando minha mãe pra lá e pra cá e, com o problema dela, já era pra ter chegado e feito a endoscopia mesmo [...]” (U15, 53 anos, filha)

“[...] levei ela para o CAIS Novo Mundo, o Cais mandou ela para Chácara do Governador, depois para Campinas, de Campinas para o ortopédico e não tinha vaga. Devolveram-nos de novo para o CAIS de Campinas. Aí arrumou vaga de novo no ortopédico e de lá ela foi encaminhada para o HUGO.” (U12, 62 anos, filha)

“Depois retiraram o soro e colocaram sangue. mandaram que fôssemos lá para o São Judas, pegamos a ambulância e fomos. Chegando lá não tinham recursos para nós .Aí voltamos novamente [...] será que o médico não sabia que lá não tinha UTI.?” (U3, 65 anos, irmã)

“[...] é muita responsabilidade encaminhar um paciente para o CAIS e ficar pensando se ele foi mesmo, se foi atendido lá [...]” (E15, 27 anos, 4 anos atuação em urgência).

Resultados e Discussão

“Nem sempre temos sucesso, porque é um programa novo. Tem pessoas que saem daqui, retornam ao CAIS e lá está aquela confusão”. (E18, 47 anos, 6 anos de atuação em urgência).

Esta é uma decisão complexa e preocupante tendo em vista as deficiências da rede básica. Pesquisadores apontam que a rede pré-hospitalar fixa tem um papel reduzido junto à rede assistencial (MOURA, 2004). A atenção básica às urgências também foi alvo de insatisfação dos participantes do estudo que buscou retratar a situação dos serviços de urgência/emergência do estado do Rio de Janeiro no ano de 2006 sob o olhar do chefe da emergência, do chefe de enfermagem da emergência e do chefe médico de plantão; apenas uma região não fez referências negativas à mesma (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

No estudo realizado nos SUE de Recife/PE, foram apontados como obstáculos à implantação, o déficit de recursos humanos nos hospitais, a baixa resolutividade dos demais componentes da rede de atenção aos SUE (GUSMÃO FILHO, 2008).

Dessa forma, estabelece-se uma contradição, pois os trabalhadores têm a responsabilidade de orientar o paciente a procurar pela atenção básica, mas eles próprios não têm certeza do real atendimento e não acreditam no poder resolutivo da rede básica. Essa descontinuidade das ações de saúde gera sentimentos de impotência e angústia entre os enfermeiros, já que eles são obrigados a sustentar um “discurso vazio”, no qual nem eles mesmos acreditam.

A descontinuidade das ações de saúde é um fator gerador de sentimento de impotência nos enfermeiros, pois se estabelece um dilema entre o desejo individual de realizar um agir ético, de atender a necessidade do paciente e a exigência institucional de só atender pacientes realmente da urgência (DAL PAI, 2007).

Godoy (2010) identificou a sensação de desconforto, medo e insegurança vivenciada por enfermeiros do AACR, sentindo-se sozinhos e expostos no momento de realizar a contra-referência. A responsabilidade técnica e pessoal do profissional para mediar a articulação com a rede de serviços em saúde, realizar referência e contra-referência, ser resolutivo nas ações, ter competência e postura ética, saber orientar e ter poder de comunicação é outro requisito importante do profissional enfermeiro (SHIROMA, 2008).

O QualiSUS (BRASIL, 2004a) e HumanizaSUS (BRASIL, 2003) estabelecem que a assistência de urgência e emergência deva ser organizada por meio de uma

Resultados e Discussão

rede regionalizada e hierarquizada por níveis de complexidade. Porém, a proposta do AACR preconizada por estas políticas, define⁰ que todos devem ser acolhidos para avaliação do risco, realizando-se o primeiro atendimento e, aí sim, passando-se para emergência ou à rede de saúde, cabendo à Central de Regulação Médica de Urgência o ordenamento do que é referenciado pelo pré-hospitalar móvel e o que é referenciado entre unidades de saúde (BRASIL, 2002).

Em síntese, os desafios para a promoção do AACR no serviço de urgência hospitalar relacionaram-se à falta de informação dos usuários, à falta de treinamento da equipe para realizar a adequada classificação de risco, a falta de equipe multidisciplinar, dificuldades para efetivar o acolhimento e à garantia de que o encaminhamento para atendimento na rede básica será efetiva, resolutiva e qualificada.

Neste contexto, os desafios para a implementação do AACR envolvem alguns pontos a serem trabalhados na forma de atendimento prestada aos usuários no serviço de urgência hospitalar, que são principalmente, maior responsabilização com os usuários, aumento da resolutividade e a articulação com a referência/contrareferência e constituição de equipe multidisciplinar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais

A realização desta pesquisa permitiu descrever a realidade vivenciada por enfermeiros e usuários após a implantação do AACR no principal serviço de urgência hospitalar do município de Goiânia, Goiás.

Os resultados sugerem a transformação organizacional do acesso ao serviço de urgência hospitalar e apontam alguns indicadores da necessidade de implementar o cuidado humanizado centrado nas necessidades dos usuários.

A implantação do AACR trouxe a organização e a ordenação da demanda, com resultados positivos no acesso ao SUE e no atendimento por nível de prioridade. No entanto, ainda são vivenciadas limitações relacionadas principalmente ao acolhimento e a contra-referência.

Ao trazer à tona as repercussões, limites e desafios do AACR, foi possível compreender que a implementação deste protocolo requer um projeto institucional interdisciplinar, no qual gestores e trabalhadores repensem continuamente o modo de produção do cuidado em urgência, para que haja a efetiva qualificação e humanização desta prática.

Neste contexto, é preciso considerar a necessidade de, além dos aspectos técnicos relacionados ao protocolo de classificação de risco, incorporar ao cotidiano de trabalho, o preparo para a humanização do atendimento, envolvendo a capacidade de escuta para lidar com os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos relacionados ao processo saúde e doença.

Acredita-se que se o AACR não for colocado em prática seguindo os princípios norteadores da PNH, contribuirá apenas para a organização da fila de espera, sem qualificar o atendimento ao usuário e melhorar efetivamente a resolutividade e as condições de trabalho dos profissionais.

É importante tornar esta prática um projeto institucional, em que a participação da equipe multiprofissional deve ser garantida e a contra-referência realizada de modo efetivo, pactuada com os gestores dos serviços de saúde do município.

A classificação de risco deverá ser uma decisão articulada e discutida entre os membros de uma equipe multidisciplinar para garantir a segurança e resolutividade para o usuário, e o respaldo ético dos profissionais responsáveis por este atendimento. O AACR envolve a constituição de uma equipe multiprofissional, não concentrando apenas esta atividade nas ações dos enfermeiros. Neste sentido,

Considerações Finais

é necessário o estabelecimento de relações mais horizontais entre os profissionais de saúde, de respeito, interação e reconhecimento do trabalho do outro.

Entre os problemas relacionados à implementação do AACR destacou-se a dificuldade dos profissionais para realizar a contra-referência, fato que reflete a falta de articulação da rede de atenção às urgências, neste caso, o serviço pré-hospitalar fixo (atenção básica). Este aspecto poderá comprometer a integralidade e resolutividade da atenção ao usuário que fica vulnerável e exposto a um atendimento despersonalizado, no qual a qualidade está seriamente comprometida.

No momento em que se realiza a contra-referência do usuário para outro serviço, sem a garantia de atendimento e sem suporte adequado de locomoção, a segurança e o direito à saúde estão comprometidos. Este resultado expôs a falta de articulação entre os serviços de saúde e a fragilidade no trabalho dos enfermeiros. Por parte dos gestores, há estímulo na implantação de novas propostas, mas há pouco envolvimento destes gestores para dar suporte ao desenvolvimento delas.

Dessa maneira, o trabalhador em saúde se vê sozinho, vivenciando dilemas no desenvolvimento dessas novas práticas, assumindo as dificuldades e os riscos.

Esta pesquisa aponta questões relevantes para os gestores dos serviços de urgência e emergência acerca do cotidiano vivenciado pelos profissionais enfermeiros que se encontram sozinhos na linha de frente de atendimento.

Entre as limitações do estudo pode se destacar, que não foram entrevistados os usuários contra-referenciados, para identificar por que procuraram o serviço de urgência hospitalar e como perceberam o atendimento no serviço hospitalar.

É necessária a realização de estudos com usuários e profissionais que atuam nos serviços pré-hospitalares fixos para conhecer como está a realidade do AACR neste espaço assistencial. Assim, será possível ampliar a compreensão desta importante problemática que requer envolvimento de todos que tenham como missão promover a integralidade das ações em saúde.

Estes resultados sugerem a necessidade de realizar estudos que possibilitem compreender a percepção dos usuários que foram contra-referenciados para atendimento de urgência na rede básica, de modo a identificar como tem sido o processo de cuidar neste espaço assistencial. Além disso, são necessários estudos que avaliem de modo global a qualidade da assistência à saúde na rede de atenção às urgências mostrando os indicadores de processo, estrutura e resultado de modo

Considerações Finais

que seja possível confirmar as transformações, as limitações e os desafios para qualificar este espaço assistencial.

REFERÊNCIAS

Referências

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Campinas: Hospital Municipal Mário Gatti, 2004.

ALBINO, M. R.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v.36, n.4, p. 70-75, dez. 2007.

ANDRADE, E.; DONELLI, T. Acolhimento e humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do hospital municipal de Novo Hamburgo. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.2, p. 17-24, dez. 2004.

AQUINO, E. M. L. L. **Socorro**. Quem precisa disso? Um estudo sobre usuários de serviços de emergência no município do Rio de Janeiro. 1987. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1987.

AZEVEDO, J. M. R. **O Serviço de triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, como resultante da reorganização institucional e promotor do acolhimento**. 2004. 128f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-39, mar. 2007.

BARBOSA, E.M.A. **Boletim informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde**. 2006. 129f. Dissertação (Mestrado – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2006)

BATISTA, S.R.R.; MARTINEZ, R.C. **Articulação entre formação universitária e os serviços de saúde: experiência do Município de Goiânia**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Revista Saúde**, Santa Maria, v.34a, n. 1-2, p. 37-43, dez. 2008.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no Município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, ago. 2007.

Referências

BOTH, C. T. A importância da triagem em serviços de emergência. **Momento & perspectivas em saúde**, Porto Alegre, v. 4, n. 1-2, p. 25-26, dez. 1990.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1451**. Urgência, Emergência e Pronto Atendimento. Brasília: CFM, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH (Política Nacional de Humanização)**. Acolhimento com classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 45p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HUMANIZA SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo técnico da PNH**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Acolhimento com classificação de risco nos sistemas de urgência e emergência do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048 de 02 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **QUALISUS: Política de Qualificação de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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– Brasília: Ministério da saúde, 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História do SUS**. Brasília, 2010

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergências**. São Paulo: Atheneu, 2007. 795 p.

Referências

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, 2009.

CHAVES, D. P. L et al. Estudo sobre triagem no serviço de emergência. Revisão de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 181-196, jul. 1987.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **Saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer técnico 68/08**. Encaminhamento pelo profissional enfermeiro de pacientes classificados como risco Azuis dentro do Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco em setor de Pronto Socorro. Belo Horizonte, 26 maio 2008.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA PARANÁ. **Parecer técnico nº 21136/2010**. Serviços de Urgência e emergência, Pronto Socorro, Classificação de Risco. Curitiba, 08 de janeiro de 2010.

COSTA, M. C. S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p.372-82, jun. 2002.

DAL PAI, D. **Enfermagem, trabalho e saúde: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro**. 2007. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DURO, C. L. M; LIMA, M. A. D. S. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3132>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

FEIJÓ, V. B. R. **Acolhimento com avaliação e classificação risco: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola**. 2010. 93f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Referências

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, jun. 1999.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, jun. 2009.

GATTI, M. F. Z. Triagem de enfermagem em serviço de emergência. Centro de Estudos e Pesquisa. **Boletim científico do Hospital Samaritano**, São Paulo, v. 5, 2003.

GATTI, M. F. Z.; LEÃO, E. R. O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridades de atendimento. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 7, n. 73, p. 24-29, jul. 2004.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 144 p.

GODOY, F. S. F. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência**: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. 2010. 155f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2010.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Histórico da Classificação de Risco**. 2009. Disponível em: <<http://www.classificacaoderisco.com.br/>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

GUSMÃO FILHO, F. A. R. **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde - Política QUALISUS** – em três hospitais no município do Recife. 2008. 181 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2008.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

LUDKE, N.; ANDRÉ, N. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACIAK, I. **Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção da equipe de enfermagem e do usuário**. 2008. 144f. Dissertação (Mestrado Saúde da Família) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008

Referências

MADEIRA, D. B.; LOUREIRO, G. M.; NORA, E. A Classificação de risco: perfil do atendimento em um hospital municipal do leste de Minas Gerais. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 2, p. 543-553, dez. 2010

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Urgência e emergência – A participação do município. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. Parte III, p. 265-286.

MAGALHÃES, A. M. M. et al. Implantação de um sistema de triagem em unidade de emergência. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 182-187, dez. 1989.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p.21-34, 2000.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.1, p. 13-19, fev. 2007.

MASSAROLO, J. L. Acolhimento e classificação agilizam o atendimento. 2009. Disponível em: <http://www.hmmg.sp.gov.br/detalhesf1e3.html?id=13422&page=NOT%CDCIAS>. Acesso em: 10 fev. 2012.

MATUMOTO, S. **O Acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MELO, M. G. G.; VIGO, L. R. A.; FONSECA, A. S. O papel do enfermeiro na triagem classificatória do departamento de emergência. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 11, n. 124, p. 430-434, set. 2008.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência**: uma abordagem por triangulação de métodos. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2009.

MILES, M. B; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis**: an expanded sourcebook. London: Sage Publications, 1994.

MORSE, J. M. Designing qualitative research. In: Denzin N.K.; Lincoln, Y. S. **Handbook of qualitative inquiry**. Thousand Oaks: Sage, 2000. p. 200-235.

Referências

- MOURA, I. R. **Avaliação da organização assistencial das unidades não hospitalares de pronto atendimento do município de Goiânia adotando como referência a política nacional de atenção às urgências**. 2004. 101f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública "Sérgio Arouca", Rio de Janeiro, 2004.
- O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, ago. 2010.
- O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QUALISUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 5, p. 1881-1890, dez. 2009.
- O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, out. 2008.
- OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá(PR). **Ciências, Cuidado & Saúde**, Maringá. v. 1, n. 1, p. 123-128, jun. 2002.
- PALLARÉS, E. C.; FIGUEIREDO, M. R. B. O Acolhimento na Unidade Básica de Saúde. **Logos**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, jun. 2006.
- PINAFO, E.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Espaço para a saúde (Online)**, Londrina, v. 9, n. 2, p.17-25, jun. 2008.
- PINTO JÚNIOR, D. **Valor preditivo do protocolo de classificação de risco em unidade de urgência de um hospital municipal de Belo Horizonte**. 2011. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- PIZZOLATO, C. A. proposta de implantação do acolhimento e avaliação com classificação de risco no pronto socorro do Hospital Universitário Cajuru, Curitiba (PR) In: Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem, 2., 2008, Curitiba, **Anais eletrônicos...** Brasília: ABEn, 2008. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.098.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

Referências

PREFEITURA DE GOIÂNIA, Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Goiânia: Prefeitura de Goiânia, 2011.

PREFEITURA DE GOIÂNIA, Secretaria municipal de Saúde.. **Rotinas, fluxos e protocolos**. Goiânia: Prefeitura de Goiânia, 2010.

RAMOS, D. D, LIMA. M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

ROCHA, A. F. S. R, **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2005. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ROCHA, R. G. et al. Classificação de riscos em emergência: como os enfermeiros entendem e participam desse programa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, número suplementar dos 120 anos da EEAP/UNIRIO, dez. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1153>. Acesso em: 10 fev. 2012.

ROSA, T. P. et. al. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um Hospital Universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n.1, p. 51-60, abr. 2011.

ROSSANEIS, M. A. et al. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Hospital Público de Médio Porte e a responsabilidade da atenção básica. **Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 13, n. 3, p. 169-74, jul. 2011.

ROSSO, C. F. W. **Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da rede básica de saúde em Goiânia-GO**. 2008. 204 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2008.

SANTOS, J. S. A organização dos comitês gestores no subsistema de atenção às urgências. In: Organização Panamericana de Saúde. **Estratégia de Continuidade e Expansão das Atividades do Qualisus**. Recife, 2005, p. 93-123.

SANTOS, J. S. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina, Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2, p. 498-515, dez. 2003.

Referências

SANTOS, J. S. Da Fundação do Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção às Urgências. **Medicina, Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 3, p.403-418, set. 2002.

SANTOS-FILHO; S. B., Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p. 999-1010, ago. 2007.

SHIROMA, B. M. L; PIRES, P. E. D; REINITZR; S. K. Reflexão acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no serviço de emergência. In: Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem, 2., 2008, Curitiba, **Anais eletrônicos...** Brasília: ABEn, 2008. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.102.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

SHIROMA, L. M. B. **Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da política nacional de humanização do SUS** – Um desafio para enfermeiros/as. 2008. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, mar. 2008.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: Concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, fev. 2011.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância de classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl. 1, p. s100-s110, 2008.

STAKE, R. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S.. **The handbook of qualitative research**. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. p. 435-54.

STRAUSS, A. L; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory**. 2nd ed. London: Sage Sage Publications, 1998. p. 312.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo,

Referências

Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p. 331-340, fev. 2007.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto-socorro de um Hospital Municipal de Belo Horizonte**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de Saúde em emergência e a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-289, jun. 2009.

VILA, V. S. C. **O significado de qualidade de vida: perspectiva de indivíduos revascularizados e de seus familiares**. 2006. 150f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 86-90, jun. 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. Porto Alegre: Bookman, 2002. 205p.

ZANELATTO, D.M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 358-365, jun. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa **“A percepção de usuários e enfermeiros sobre o acolhimento com classificação de risco em um serviço de urgência hospitalar em Goiânia”** que será desenvolvida pela pesquisadora Enf^a Solange Maria Seixas Martins, COREN-GO: 24.161 .

O objetivo da pesquisa será descrever a percepção dos usuários e de enfermeiros sobre o acolhimento na unidade de urgência de um hospital público de Goiânia-GO. Você, melhor do que ninguém, pode nos dizer como tem sido o atendimento na unidade de urgência e emergência, bem como os fatores que favorecem e dificultam este atendimento. Estas informações serão importantes para nós, profissionais da saúde, pois, nos farão compreender melhor a realidade vivenciada nos serviços de urgência e emergência e, assim, aprimorar nossas ações para humanizar e qualificar o atendimento destes serviços.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e consiste em responder uma entrevista sobre o atendimento recebido ou prestado nos serviços de urgência e emergência e o quanto você está satisfeito com este atendimento. Você deverá responder algumas questões que serão gravadas mediante seu consentimento, ou transcritas. Isto levará aproximadamente 30 minutos.

Suas informações contribuirão com os resultados da pesquisa que, com certeza, fornecerá subsídios para melhorar a atenção dispensada pela enfermagem às pessoas que necessitam de atendimento de urgência e emergência. Após o término da mesma, os resultados serão publicados em uma revista científica da área da saúde, a fim de que outros pesquisadores, e demais profissionais da saúde tenham acesso a estes dados

Os resultados serão encaminhados à Diretoria do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) para conhecimento e providências de melhorias.

Acreditamos que o Sr. (a) não sentirá nenhum desconforto, não terá riscos ou prejuízos ao participar do estudo. Entretanto, caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno emocional, poderá procurar o Serviço de Psicologia do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), que o atendimento está

garantido. Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa, inclui-se contribuir para o conhecimento e a reflexão sobre as ações necessárias para promover o cuidado com a excelência de qualidade técnica e humana nos serviços de urgência e emergência.

Você está livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo do seu seguimento neste Hospital. Se você não estiver à vontade para discutir sobre um determinado assunto, você é livre para não responder questões ou interromper suas respostas durante sua entrevista. Você poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem, sofrer nenhuma penalidade. Todas as informações serão confidenciais, o nome do participante será mantido em sigilo, e os dados serão arquivados por cinco anos e, após, incinerados, conforme orientação Resolução CNS nº 196/96.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Enf^a Solange Maria Seixas Martins, fone. (62) 39455132 (62) 81189446 ou Prof^a Dr^a Vanessa Carvalho Vila, fone (62) 81328200. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nessa pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgência de Goiânia/Hugo/SES – GO, fone (62) 3201-44-38.

Muito obrigada pela sua atenção.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF, concordo em participar do estudo _____, sob a responsabilidade do _____ como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Solange Maria Seixas Martins sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem a minha pessoa.

Assinatura do sujeito participante _____
Goiânia, ___/___/___

Assinatura Dactiloscópica:



Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeado.

Assinatura do Investigador _____
Goiânia, ___/___/___

Assinatura da Testemunha* _____
Goiânia, ___/___/___

OBSERVAÇÃO: Testemunha do Consentimento Livre e Esclarecido por escrito se o (a) participante não pode ler ou escrever, uma testemunha independente deve assinar por ele (a).

APÊNDICE B**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS****Dados de identificação**

Gênero: feminino () masculino () Idade: _____ anos.

Tempo de formado: _____ano(s)

Instituição onde se graduou: _____

Tempo de trabalho em urgência _____ano (s)

Trabalha apenas nesta instituição? Sim () Não ()

- 1. Descreva como funciona o acolhimento com classificação de risco neste serviço de urgência e emergência.*
- 2. Como foi o processo de implantação e implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco neste serviço de urgência e emergência?*
- 3. Como está a realidade atual da implementação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco neste serviço de urgência e emergência?*

APÊNDICE C**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS****Dados de identificação do sujeito**

() paciente () familiar

Gênero: feminino () masculino () Idade _____
anos

Grau de parentesco com quem está internado: _____

Por que procurou esse serviço? _____

Questões norteadoras:

1. *Descreva como foi o seu primeiro atendimento neste serviço de urgência e emergência.*
2. *Por que você procurou este serviço?*
3. *Quais foram os aspectos positivos e facilitadores do seu atendimento?*
4. *Quais foram os aspectos negativos ou que dificultaram seu atendimento?*
5. *Quais foram suas percepções sobre o atendimento recebido por você neste serviço?*

ANEXO

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/HUGO/SES Nº 058/10

Goiânia, 08 de outubro de 2010.

Referente ao protocolo CEP/HUGO/SES Nº 057/10

CAAE: 0065.0.171.168-10

Folha de Rosto: 360138

Pesquisador responsável: Solange Maria Seixas Martins

Título: A percepção de usuários e enfermeiros sobre o acolhimento com classificação de risco em um serviço de urgência de Goiânia

Área Temática: Grupo III

Descrição do projeto.

- Descrever a percepção de usuários (paciente e/ou familiar) e enfermeiros sobre o Acolhimento com Classificação de Risco em um serviço de urgência e emergência de um hospital público, referência neste tipo de atendimento para região metropolitana de Goiânia, Goiás.
- Identificar o grau de satisfação dos usuários e enfermeiros em relação ao Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de urgências.
- Descrever os fatores que favorecem e/ou dificultam a efetivação do Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de urgências, na perspectiva de usuários e enfermeiros.
- Servir de base para melhorar o atendimento aos pacientes por meio de implantação de outros projetos.
- Encaminhar os resultados desta pesquisa a Diretoria para conhecimento e providências.

Local de realização: Hospital de Urgências de Goiânia

Parecer: PROJETO APROVADO

Av. 31 de março, snc. 05ª Etapa, s/n Setor Pedro Ludovino, CEP: 74810-200 - Goiânia/Goiás
Fone/Fax: (62) 251-4438 - cepinh_hugo_scs@yahoo.com.br

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Recomendação do CEP pesquisador deve apresentar relatórios **quinzenais** para projetos com duração de **30** dias, **mensais** para projetos de **31** a **90** dias e **trimestrais** para projetos com duração superior a **90** dias. Comunicar primeiramente ao CEP qualquer intercorrência ou mudança durante o projeto. O relatório final deve ser entregue juntamente com o trabalho para arquivo no CEP.


PI Prof. Hildêth Pereira de Oliveira Sousa
Coordenador do CEP/HUGO/SES