

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

ANA PAULA RIBEIRO ZENHA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

GOIÂNIA

2015

ANA PAULA RIBEIRO ZENHA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - em Atenção à Saúde – da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da saúde

Eixo Temático: Políticas públicas para a atenção em saúde.

Orientador: Dr. José Rodrigues do Carmo Filho.

Coorientadora: Dr^a. Milca Severino Pereira.

GOIÂNIA

2015

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.

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Z54a	<p>Zenha, Ana Paula Ribeiro. Acolhimento com classificação de risco nas urgências e emergências na perspectiva do usuário [manuscrito] / Ana Paula Ribeiro Zenha – Goiânia, 2015. 43 f. ; 30 cm.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Atenção à Saúde. “Orientador: Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho”. Coorientadora: Profa. Dra. Milca Severino Pereira. Bibliografia.</p> <p>1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Acolhimento. 3. Classificação de Risco. I. Título.</p> <p>CDU 614(043)</p>
------	---

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA PAULA RIBEIRO ZENHA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 29 de junho de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Milca Severino Pereira
Presidente da banca - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Jacqueline Rodrigues de Lima
Membro Efetivo, Externo ao Programa FEN/UFG

Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Adenícia Custodia Silva e Souza
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos meus avôs, Sr. José Martins de Souza Zenha (in memoriam) e Sra. Deuza Ascensão da Luz Zenha que proporcionaram todos os meus estudos, insistindo que educação é o maior bem do ser humano!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois Ele está acima de tudo e me conduz nos melhores caminhos!

Aos meus professores: Prof.^a Dr.^a Milca Severino Pereira e Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho que me orientaram da melhor forma possível e souberam me conduzir à conclusão deste trabalho, meu eterno agradecimento!

À Professora Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila, pela disponibilidade em participar da banca e pelas contribuições para o enriquecimento desta pesquisa, professora pela qual tenho profunda admiração e carinho!

À Prof.^a Dr.^a Adenícia Custódia Silva e Souza e à Prof.^a Dr.^a Jacqueline Rodrigues de Lima, pela disponibilidade em fazerem parte da minha banca de defesa e por compartilharem seus conhecimentos conosco!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, pelo profissionalismo e competência, despertando-nos para um novo olhar científico!

Aos amigos do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, que compartilharam comigo os aprendizados, as dúvidas, as incertezas e muitos sorrisos!

Aos meus pais, Paulo César Ascensão Zenha e Cláudia Regina Gonzaga Ribeiro que acompanharam toda minha trajetória de estudos e souberam me compreender e incentivar minha escolha!

Às minhas irmãs Marina Ribeiro Zenha, Aletéia Tolentino de Vasconcelos e Isabella Queiroz Gonzaga que, em todos os momentos, souberam me apoiar e acreditaram que eu conseguiria concluir esta etapa!

Ao meu tio, Prof. Mestre Paulo José Gonzaga Ribeiro que sempre acreditou e incentivou este estudo, contribuindo diretamente para o meu crescimento profissional e pessoal!

A minha amiga e enfermeira Daniela Chaves Santos Heine, pela valorosa e essencial ajuda nas transcrições das entrevistas desta pesquisa!

Agradeço a todos os familiares e amigos que, mesmo não citados nominalmente, sabem da minha gratidão e carinho pela torcida sincera para que este trabalho fosse finalizado com responsabilidade, tranquilidade, paz e muito amor!

RESUMO

ZENHA, A. P. R. **Acolhimento com classificação de risco nas urgências e emergências na perspectiva do usuário.** Goiânia, 2015. 43f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2015.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado nos meses de novembro de 2014 a fevereiro do ano de 2015, nas unidades de urgência e emergência de Goiânia, com o objetivo de analisar o processo de acolhimento com classificação de risco nessas unidades públicas, na visão do usuário. Participaram do estudo 68 usuários que estavam nas unidades de urgência e emergências selecionadas e que já haviam sido atendidos pela classificação de risco e receberam as especificações: amarela, verde e azul. Os dados foram coletados por meio de entrevista e observações diretas, registradas em diário de campo. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista individual semiestruturada, gravada em áudio. Observamos que os usuários não foram devidamente orientados acerca do conceito e da aplicabilidade do acolhimento com classificação de risco nessas unidades e nem sobre os benefícios que esse método proporciona ao sistema público de saúde. Encontramos usuários insatisfeitos, porém a maioria se declarou bem atendida pela classificação de risco. Notamos que alguns, pela recorrência nessas unidades, haviam conseguido decifrar o funcionamento do dispositivo e encontrar formas para antecipação de seu atendimento médico, porém alegam que nunca houve esclarecimento por parte das instituições. Há certa aprovação do acolhimento com classificação de risco por parte dos usuários, pois muitos demonstraram compreender a diferença de gravidade dos que buscam atendimento nessas unidades e alegaram ficar mais seguros na espera pelo atendimento médico após serem consultados no setor de acolhimento. Concluímos que a conscientização dos usuários quanto ao funcionamento e objetivos do acolhimento com classificação de risco proporcionou maior compreensão do fluxo das unidades, ao identificar quais atendimentos são de urgência, favorecendo a reorganização do fluxo interno da unidade, apontando uma sutil conscientização acerca da unidade que o usuário deve recorrer em suas necessidades de saúde, além de proporcionar segurança aos usuários e profissionais envolvidos no processo de classificação de risco, assim que esses usuários chegam às unidades de urgência e emergência.

Palavras chaves: Acolhimento; Classificação de Risco; Programa Nacional de Humanização; SUS.

ABSTRACT

ZENHA, A. P. R. **Reception with risk classification within urgency and emergency units through a patient's perspective.** Goiania, 2015. 43 p. Dissertation (Master in Health Care) - *Stricto Sensu* Graduate Program. Pontifical Catholic University of Goias, 2015.

It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, conducted from November of 2014 to February of 2015 in urgency and emergency units in the city of Goiania, aiming to analyze the reception process with risk classification within these public units through a client's perspective. 68 clients took part of this study. They were in the urgency and emergency units selected and they had been taken care of through the risk classification and had received the specifications: yellow, green and blue. The data was collected through interviews and direct observation and registered in a field diary. In order to collect the data, it was used the technique of semi structured individual interview taped in audio. It was observed that clients were not well guided on the concept and applicability of the reception with risk classification within these units nor on the benefits this method allows to the public health system. There were unhappy clients, but the majority found itself happy with the risk classification. It was observed that some of them, due to the recurrence to these units, have discovered how the system worked and found ways to anticipate their medical care. However, they declared that there was never a clarification from the institutions. There is a certain degree of approval of the reception with risk classification from part of the clients, for many of them demonstrated to understand the difference in the seriousness of those who seek care in these units saying that they felt safer waiting for the care after being trialed in the reception unit. The study has concluded that the client awareness of how the system works and the goals of the risk classification have provided them with a better understanding of the units' flow in identifying which cases are urgent, allowing the reorganization of the internal unit flow and indicating a subtle level of awareness of which unit the client should go to in order to have his or her needs attended and also offering safety to clients and professionals involved in the risk classification process as soon as the patients arrive in urgency and emergency units.

Key words: reception, risk classification; Humanization National Program, SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos usuários quanto à primeira procura de atendimento nas unidades e o atendimento na classificação de risco. Goiânia, GO, Brasil, 2015 ..	27
Tabela 2 - Distribuição dos profissionais atuantes na classificação de risco segundo os usuários interrogados. Goiânia, GO, Brasil, 2015	28
Tabela 3 - Tipo de abordagem na classificação de risco. Goiânia, GO, Brasil, 2015	29
Tabela 4 - Distribuição dos usuários quanto ao bom atendimento recebido na classificação de risco. Goiânia, GO, Brasil, 2015	30
Tabela 5 - Distribuição dos usuários quanto às orientações recebidas sobre o procedimento de acolhimento com classificação de risco. Goiânia, GO, Brasil, 2015	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	História de triagem e classificação de risco no mundo	15
3.2	Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de urgência no Brasil	16
3.3	A enfermagem e a Classificação de Risco	21
4	MÉTODO	23
4.1	Tipo e local de estudo.....	23
4.2	População e amostra.....	24
4.2.1	Critérios de inclusão.....	24
4.2.2	Critérios de exclusão	24
4.3	Procedimento de coleta de dados	24
4.3.1	Variáveis do Estudo.....	25
4.4	Processamento e Análise de dados	26
4.5	Aspectos Éticos	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICES	41
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre	40
	Apêndice B - Roteiro para entrevista com os usuários do SUS que foram atendidos na classificação de risco	43

1 INTRODUÇÃO

Nas décadas de 1980 e 1990, alguns países modificaram seus sistemas de saúde, com a ideia de que o modelo hospitalocêntrico fosse substituído pelo primeiro nível de atenção à saúde para que houvesse um vínculo entre a população e o sistema de saúde, uma relação que se construiria, em longo prazo, com uma equipe multidisciplinar, levando em consideração, não somente a comorbidade, mas todo o meio social em que o usuário estivesse inserido (W JÚNIOR, 2009).

Porém, mesmo apresentando uma proposta que insere o usuário nos sistemas por meio da atenção primária, essa ação, ainda, não consegue suprir todas as necessidades da população, a fim de fazê-la continuar confiando e buscando o modelo hospitalocêntrico como solução para seus problemas de saúde (AZEVEDO; PEREIRA; LEMOS; COELHO; CHAVES, 2010).

No Brasil, a oferta restrita de serviços da atenção primária, somada à falta de resolutividade, dificulta o acesso ilimitado da população a esses serviços, diferente do que ocorre nas unidades de urgência, onde há maiores possibilidades de atendimento e prestação de serviços imediatos (MARQUES; LIMA, 2007).

Devido ao complicado acesso à rede da atenção básica em saúde, os usuários com poucas opções de atendimento buscam as unidades de urgência como única alternativa, por encontrarem, nesses serviços, atendimento rápido e resolutivo, culminando na superlotação das unidades de urgência e emergência (MARQUES; LIMA, 2007).

Essas unidades de urgência e emergência são fundamentais em qualquer sistema de saúde, pois prestam assistência imediata e prioritária a todo tipo de usuário, durante 24 horas por dia, desde quadros urgentes, pacientes não inclusos na atenção primária e especializada e as urgências sociais compostas pela violência urbana e acidentes de toda e qualquer natureza (BRASIL, 2002).

O quantitativo de unidades de urgência é pequeno e conta com reduzida capacidade técnica de atendimento. O estrangulamento do fluxo da atenção à urgência resulta na demora do atendimento, no desgaste laboral dos profissionais e na insatisfação dos usuários e dos trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

Entendemos que os serviços de urgência e emergência devem ser prestados de imediato, com intuito de diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes das enfermidades. Porém a capacidade de atendimento, comprometida pela demanda de pessoas que não observam os critérios para ter acesso a esse serviço especializado, contraria os

preceitos de universalidade do acesso à saúde e interfere na implementação de políticas públicas que visam à implantação da Política Nacional de Humanização (AZEVEDO; PEREIRA; LEMOS; COELHO; CHAVES, 2010).

A forma como está organizado o atendimento de urgência, por ordem de chegada, aumenta o risco de morte dos indivíduos mais graves (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007), tendo em vista que a alta demanda de pacientes nas urgências dificulta a realização da triagem adequada e a humanização do atendimento.

Devido a esse quadro confuso das urgências e emergências, foi indispensável estruturar a rede de assistência. Para tanto, o Ministério da Saúde, por meio da portaria de nº 2048, definiu a política de atenção às urgências e emergências, atribuindo funções a cada seguimento que compõe a rede de atenção. Faz parte desse complexo, a rede pré-hospitalar móvel, a pré-hospitalar fixa e a hospitalar de alta complexidade. Todas elas contam com apoio da regulação para que recebam o suporte necessário à continuidade da assistência ideal, formando uma rede que se complementa por meio da referência e contra referência (BRASIL, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, com a finalidade de oferecer atendimento com qualidade e promover integração dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS, utilizando algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde (BRASIL, 2004a).

Todo o atendimento prestado à população, no âmbito da saúde, deve estar fundamentado na Política Nacional de Humanização, que é considerado um modo de trabalho capaz de atender, de forma integral e humana, a todos que procuram os serviços de saúde, e os profissionais devem assumir uma postura que forneça segurança, resolutividade e responsabilidade, dando prosseguimento ao cuidado na sua unidade de trabalho ou em outra para a qual será referenciado (MARQUES; LIMA, 2007).

O acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas para a reorganização do acesso ao atendimento de urgência e implementação da produção de saúde em rede. Essa intervenção extrapola o espaço da gestão local, afirmando, no cotidiano, as práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas (BRASIL, 2009).

A classificação de risco é uma ferramenta que não somente organiza a fila de espera para estabelecer a prioridade do atendimento, fundamentada em critérios clínicos, mas também visa garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, prestar-

lhe informações sobre sua condição clínica, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera, promover o trabalho em equipe, por meio da avaliação contínua do processo, oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais, discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado, aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

A adoção da classificação de risco nas urgências é uma forma de reorganizar os serviços, melhorar o atendimento, otimizar o tempo dos usuários e a atividade dos trabalhadores, de acordo com as necessidades do usuário.

O acolhimento com classificação de risco deve ser dinâmico, contínuo, esclarecedor, de modo a proporcionar tranquilidade e segurança ao usuário e seus familiares, demonstrando a todos que a espera, mesmo que seja longa, está sendo acompanhada. Dessa forma, estabelece elo de confiança entre usuário e profissionais. Para que o vínculo e conforto sejam gerados, é necessário que o usuário tenha prévio conhecimento da dinâmica de funcionamento da classificação de risco, reconheça-a como um dispositivo seguro e confiável de organização do fluxo de atendimento, a fim de compreender esse sistema, respeitando a gravidade do estado de saúde de cada usuário, por meio dessa avaliação correta e eficiente (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

O acolhimento com classificação de risco é uma proposta que visa aumentar a resolutividade; entretanto, há muitas limitações e desafios para que esse tipo de acolhimento seja verdadeiramente humanizado, conforme preveem as políticas públicas, como o HUMANIZA SUS. Apontar suas potencialidades e limitações ajudará a compreender a perspectiva do usuário sobre todo esse processo, podendo, com isso, gerar mudanças e reverter esse atual quadro de insatisfação (BRASIL, 2004b).

A prática da classificação de risco requer o estabelecimento de articulações com os serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos. O profissional que acolhe deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidades, acolher o usuário e se responsabilizar pela resposta a ele na unidade (BRASIL, 2009).

O profissional enfermeiro é quem, geralmente, assume a classificação de risco e, por isso, deve ter excelente habilidade de comunicação para ajudar em momentos vulneráveis de aflição, dor e nervosismo. Esse profissional precisa estar preparado e disposto a ouvir, a ter diálogo e, principalmente, saber orientar o usuário para que, em casos em que houver necessidade de referência e contra referência, não crie mais dúvida e confusão, gerando estresse no usuário e em seus familiares (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Essa função deve ser realizada com abordagem holística que investigue não só a doença ou sintoma relatado ou verificado no usuário, mas também a causa de sua procura por aquele serviço, já que nem toda procura às urgências se enquadra em serviços dessa natureza (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

O acolhimento com classificação de risco, quando corretamente implementado, permite maior “controle” dos eventos e dos usuários, pois prioriza o atendimento dos mais graves. Essa modalidade de recepção organiza o fluxo dos pacientes no interior das unidades e cria um vínculo de comunicação entre a equipe de atendimento, os usuários e seus familiares.

Porém, mesmo com tantos benefícios e um instrutivo normativo vigente, a implantação do acolhimento com classificação de risco ainda é bastante frágil. Essa fragilidade se faz presente quando a classificação de risco se limita à verificação de sinais vitais, sem qualquer avaliação clínica para definir parâmetros de gravidade e orientar condutas.

Estudo realizado em uma unidade de urgência em Fortaleza avaliou o acolhimento na perspectiva do usuário e revelou a falta de humanização no atendimento prestado pelos profissionais de saúde. O estudo também demonstrou que o usuário tem desconhecimento das finalidades do acolhimento com classificação de risco e julga que esse método serve apenas para separar casos mais graves (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013).

No cotidiano da prática do acolhimento no serviço de urgência e emergência, observa-se que os usuários não compreendem a dinâmica do atendimento. Ele é, equivocadamente, visto e julgado como um procedimento para aferir sinais vitais, para adiantar o atendimento médico, ou até mesmo como um procedimento que seleciona quem deve ser atendido imediatamente e quem pode esperar.

Esse estudo nos revela como o acolhimento com classificação de risco vem sendo implementado, como está sendo visto e é vivenciado pela população, quais são os benefícios e como o usuário entende a importância desse procedimento nas urgências em Goiânia. Com as respostas, os profissionais e unidades terão conhecimento dessa ferramenta, saberão os aspectos que devem ser melhorados para prestação de serviço com qualidade e se mudanças devem ser feitas para o entendimento e colaboração da população sobre esse dispositivo do SUS.

Diante dos benefícios que o acolhimento com classificação de risco traz para as urgências, questiona-se: Qual o conhecimento que o usuário tem sobre esse dispositivo?

2 OBJETIVO

- Analisar o processo de acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência públicas, na visão do usuário.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História de triagem e classificação de risco no mundo

O termo triagem oriunda do verbo francês “*trier*” que significa selecionar, escolher, separar e, nesse sentido, começaram as triagens no mundo, selecionando os que precisam de mais atenção e cuidados imediatos para que tivessem prioridade na atenção à saúde. Estudos revelam que a triagem de pacientes teve início nas guerras, em que soldados com mais ferimentos recebiam, prioritariamente, atendimento para evitar a morte e, assim, melhoravam rapidamente sua condição física para o retorno o mais breve possível aos campos de batalha. Mesmo com esse método rústico de triagem, foi criada, nessa situação, a priorização de gravidade, modelo que, posteriormente, foi adotado nas urgências devido ao volume de pacientes (CRISTHINO, 2014).

Na década de 1990, a triagem já havia se tornado realidade em alguns países, porém tinha sua implantação de forma desordenada, sem critérios fixos, sem protocolos e realizada por qualquer profissional, pois não contava com nenhum instrumento jurídico que a respaldasse (CRISTHINO, 2014).

Devido a essa situação, a não padronização do atendimento, somada ao aumento contínuo da demanda nas urgências, fez com que alguns países criassem seus modelos de triagem, baseados em objetivos claros como identificar rapidamente os pacientes em situação de risco de morte, determinar a área mais adequada para tratar a pessoa enferma que se apresenta ao serviço de emergência, reduzir o congestionamento nas áreas de tratamento do serviço de emergência para melhoria do fluxo de pacientes, garantir a reavaliação periódica dos pacientes, informar, aos pacientes e famílias, o tipo de serviço de que necessitam e o tempo estimado de espera, assegurar as prioridades em função do nível de classificação, contribuir com informações que ajudassem a definir a complexidade do serviço, tais como: casuística, eficiência, carga de trabalho, consumo de recursos e satisfação do usuário, priorização do acesso ao atendimento e a não execução de diagnósticos (JIMÉNEZ, 2003).

Os modelos pioneiros no mundo que se consolidaram internacionalmente foram, respectivamente, o Sistema de Triagem de Manchester no ano de 1997, o qual utiliza a queixa do paciente como determinante para a classificação, sendo o modelo mais usado no mundo, pois tem aplicação prática e eficaz determinada por cores. No Brasil, os protocolos internos estaduais, municipais e institucionais são inspirados nesse modelo. Em 1999, aparece o modelo da Escala Canadense de Triagem em que o determinante é a situação pré-definida do

paciente, mais empregada somente no Canadá e, em 2000, surge a Escala Australiana de Triagem que aplica o tempo de espera de acordo com a gravidade apresentada pelo usuário. Em 2004, aparece a Triagem Sul Africana, baseada em sintomas cuja triagem é a mais complexa e demorada, utilizada somente na África e, por último, em 2009, a Escala Americana *Emergency Severity Index* que foca em quais recursos serão necessários de acordo com o relato do usuário, usada em apenas parte dos Estados Unidos (W. JÚNIOR, 2009).

Esses são os modelos que serviram de embasamento para vários outros em todo o mundo. Eles foram adequados e remodelados de acordo com necessidades locais, adaptações que criaram seus próprios protocolos, como no Brasil (CRISTHINO, 2014).

3.2 Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de urgência no Brasil

O grande avanço da saúde no Brasil aconteceu a partir de 1988 com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil que, em seus artigos 196 a 200, definiu a política de saúde para os brasileiros e, posteriormente, regulamentada por lei infraconstitucional. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido como o novo modelo de sistema a ser implantado em todo o território nacional. Sistema que tem por fundamento os princípios da universalidade, equidade e integralidade, estabelecendo a descentralização e regionalização da atenção e da gestão de saúde, contrapondo o modelo assistencial centralizado existente até então (BRASIL, 1988).

Em 1990, houve a regulamentação do SUS por meio das Leis Orgânicas da Saúde, cujas leis 8080/90 e 8142/90 foram de fundamental importância para o desenvolvimento inicial do Sistema, regulando os serviços de saúde em todo o território nacional. A partir delas, surgiram outras leis, emendas, decretos, normas e portarias que orientam o funcionamento do SUS até hoje (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Em 2002, por meio da Portaria nº 2.048, de 05 de novembro, foi reafirmada a relevância das unidades de urgência e emergência no país e a implantação do processo de aperfeiçoamento do atendimento, com a criação de mecanismos como centrais de regulação, adequação física das unidades, capacitação de recursos humanos, edição de normas específicas e a efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência do país. Além disso, modificações e ampliações também seriam feitas em conjunto com os governos estaduais e municipais (BRASIL, 2002).

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, cujo princípio ressalta a humanização, estruturação das redes assistenciais,

estratégias de promoção da saúde, regionalização médica de urgências, qualificação e educação dos trabalhadores de saúde e a implantação do SAMU, em todo território nacional (BRASIL, 2004b).

A Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009, estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo, objetivando a organização das urgências e afirmando a implantação de salas de estabilização em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção às urgências, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades (BRASIL, 2009). Essa portaria reafirma, assim, a implantação e a importância da classificação de risco na rede de atenção das urgências do país.

A reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências ocorreu em 2011 e foi instituída a Rede de Atenção às unidades de urgência no SUS, por meio da Portaria nº 1600, determinando que o sistema precisa ser hierarquizado. As unidades devem oferecer resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, aumentando o compromisso das urgências em receber o paciente, acolhê-lo, prestar a assistência necessária e, quando isso não houver, regulá-lo para outra unidade que possa finalizar o atendimento (BRASIL, 2011b).

As redes de atenção às urgências são integradas pelas salas de observação da atenção primária, pela organização do Serviço de Atendimento de Urgência (SAMU), as unidades de pronto atendimento e seus similares, com serviços 24 horas, a atenção domiciliar e os leitos hospitalares. Todas as unidades devem seguir a proposta do acolhimento com classificação de risco, para qualidade e resolutividade na atenção, pois todas possuem interfaces entre si, garantindo a integralidade de atenção nessa rede (BRASIL, 2011a).

A “circulação dos usuários do SUS” nas urgências mostra a necessidade de reorganização da unidade, do fluxo de pacientes e do processo de trabalho dos profissionais para prestar assistência a todos, de acordo com suas necessidades ou sofrimento, respeitando os princípios que traçam as diretrizes do Sistema de Saúde que são: equidade, integralidade e universalidade (BRASIL, 2004a).

As políticas públicas de saúde sugerem que o SUS deva proporcionar não só atendimento integral, garantindo o direito constitucional da população à saúde, mas também oferecer condições de saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética à saúde e com a defesa da vida, propondo, então, uma Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão de Saúde que visem oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004b).

A política nacional de humanização preconiza que, nas unidades de urgência, a humanização deva aparecer com a função de acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso e referenciando os demais níveis de assistência (BRASIL, 2004b).

Toda a população brasileira tem, por direito e dever do Estado, receber todo e qualquer tipo de atendimento de saúde e, para isso, o SUS conta com uma rede de serviços hierarquizada e regulada para atender a essa demanda, dispõe de uma rede de atenção básica, equipada com unidades de atendimento pré-hospitalar móveis e fixas, atenção psicossocial em todos os níveis de atenção e hospitais com atenção secundária e terciária, completando, assim, uma assistência completa da promoção à saúde e reabilitação de forma integral como o SUS deve ofertar (BRASIL, 1988)

Apesar de se contar com toda essa rede de atenção criada e adotada pelo Ministério da Saúde (MS), no cotidiano, esse fluxo passa por desafios históricos, culturais e geográficos que dificultam a aplicabilidade do sistema. Tem-se uma população de baixa instrução educacional para a qual o modelo hospitalar é tido como a principal forma de atenção à saúde e, junto com uma demanda aumentada e crescente, resulta em hospitais lotados, em especial nos setores de urgência que, geralmente, têm continuamente suas portas abertas, levando a população a sempre recorrer a ela, independente da situação, pois nessas unidades é mais improvável ter *déficit* de profissionais e não há problemas de horário de atendimento e dificuldade de agendamento, situações que levam as urgências a se tornarem opção única do usuário (CECILIO, 2000).

Essa cultura, criada e vivida pela população, de sempre recorrer às unidades de urgência, determina sua superlotação, acarretando desorganização em todo o sistema e resultando em falha no atendimento, transtornos para os usuários e profissionais, insatisfação, e até violência verbal e física, impulsionada pelo desespero desencadeado pela doença, prejudicando a assistência oferecida e estressando ambas as partes.

Mesmo ciente do fluxo de atendimento inadequado, as unidades de urgência recebem toda a demanda espontânea que chega a sua porta e, para tentar amenizar os problemas frequentes trazidos pelas superlotações, muitas delas adotaram a política nacional de humanização, no intuito de garantir, ao usuário, um acesso humanizado aos serviços de urgência.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada e lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), objetivando introduzir mudanças na gestão, cuidados e assistência ao paciente. Essas mudanças devem incluir gestores, trabalhadores e usuários do SUS,

propiciando, a eles, mais autonomia e reponsabilidade em seus papéis, construindo soluções para suas dificuldades e desafios com a participação de todos, criando vínculos e estimulando a produção organizacional do trabalho (BRASIL, 2013).

A política implantada possui diretrizes com orientações éticas e políticas, objetivando estabelecer rumos para a criação de alguns dispositivos a fim de facilitar a organização do trabalho que resulte na melhoria das condições laborais dos gestores, trabalhadores e usuários (PASCHE, 2009). O dispositivo que destaco se refere ao processo de acolhimento com classificação de risco, praticado nas portas das urgências de todo o país.

O Ministério da Saúde (2009) define Acolhimento com Classificação de Risco como:

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

O acolhimento, por seu conceito linguístico, já nos revela o ato de acolher, receber, aceitar, hospedar, entre outros verbos que representam essa chegada de alguém a algum lugar. Nas unidades de saúde, esses significados e sinônimos tomam uma dimensão de receptividade por parte das unidades de saúde e mesmo que o local de acolhimento não seja ideal para sua permanência, o usuário será redirecionado ao adequado, pois houve um vínculo de resolutividade e responsabilidade de forma qualificada, tornando sua passagem pelo serviço humanizada e acolhedora (GALLO; MELLO, 2009).

É necessário destacar que o acolhimento é um dispositivo a ser aplicado por todos os profissionais envolvidos, desde a portaria e recepção até os profissionais especializados da referência, como forma de desempenhar sua atividade de forma humanizada. Essa nova visão de equipe descentraliza a problemática do usuário da consulta médica e destaca o potencial dos outros profissionais. Essa prática reorienta o serviço e, conseqüentemente, valoriza a equipe. Tal divisão de atribuições e de responsabilidades exige, dos profissionais, qualificação e treinamento necessários para que as atividades sejam realizadas de forma responsável e segura pelos envolvidos (SOLLA, 2005).

Para prestar assistência correta e humanizada, como proposta pelo Ministério da Saúde, os profissionais carecem não apenas do conhecimento técnico científico, mas é preciso tratar o usuário com dignidade, respeito e atenção condizente com suas necessidades, saber

considerar seu momento de fragilidade, mesmo que ele não seja a prioridade ou o paciente apropriado para o atendimento naquela unidade (ZANELATTO; PAI, 2010).

Devido à grande demanda de atendimento nas unidades de urgências, o serviço de acolhimento organiza a acolhida por meio da classificação de risco, seguindo um protocolo que classifica o grau de necessidade do usuário, centrada no nível de complexidade e não por ordem de chegada (BRASIL, 2004b).

A implantação e a utilização do acolhimento com classificação de risco é a resposta mais eficaz para o rápido atendimento. Toda a sociedade deve estar orientada quanto à função e aplicação dessa tecnologia para que resulte em confiança nos profissionais, no fluxo e no sistema (OLIVEIRA; AMORIM; FERNANDES; MONTEIRO, 2012).

Para a adequada classificação de risco, são necessários treinamento e capacitação dos profissionais, a fim de que desempenhem suas funções com mais segurança para acolher, avaliar e referenciar o usuário quando necessário.

A classificação de risco, em Goiânia, é realizada por enfermeiro, seguindo um protocolo criado pela rede de urgências municipal cujo objetivo é eliminar as filas de espera, facilitar o acesso da população aos serviços de saúde e prestar assistência qualificada em que os usuários tenham maior agilidade, resolutividade e eficiência na assistência prestada nessas unidades (GOIÂNIA, 2011).

Ao chegar às unidades de urgência e emergência, o usuário é acolhido pelos recepcionistas que realizam o preenchimento da ficha de atendimento. Em seguida, é encaminhado para a classificação de risco onde será recepcionado pelo técnico de enfermagem e enfermeiro. Aferem-se os sinais vitais e avaliam-se suas queixas, seguindo o protocolo interno de acolhimento com classificação de risco do município de Goiânia, quando, então, o paciente será categorizado dentro das quatro cores: vermelha significa atendimento imediato; a cor amarela indica a condição clínica de urgência, sugerindo risco eminente de morte, porém podendo esperar até quinze minutos; a cor verde informa urgência, mas não apresenta risco eminente de morte, podendo suportar um tempo de espera de trinta minutos a três horas e a cor azul recomenda situações de saúde que podem ser tratadas em ambulatorios. O tempo de espera dessa condição é de três horas (GOIÂNIA, 2011).

Vale ressaltar que a qualquer momento esses pacientes podem ser reclassificados, à medida que altera seu quadro clínico. Devem-se considerar as particularidades de situações especiais ao fazer a classificação, como: idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, gestantes, carcerários, índios, vítimas de violência doméstica, vítimas de violência sexual, surtos de envenenamento e intoxicação coletiva.

3.3 A enfermagem e a Classificação de Risco

De acordo com a Portaria nº 2048 do MS, que regulamenta a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de urgência, esse acolhimento deve ser (BRASIL, 2002):

[...] realizado por profissional 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 atendimento.

Um estudo realizado por Shiroma e Pires (2011), sobre o desafio que a classificação de risco representa para o enfermeiro, evidenciou que:

A maioria (75%) dos entrevistados considera que a/o enfermeira/o é o mais habilitado para realizar a classificação de risco, justificando sua resposta baseada na associação de conhecimentos teórico-práticos, pelo maior manejo com sinais e sintomas, e não com diagnósticos em sua formação. Acrescentou, ainda, que a/o enfermeira/o está mais envolvida/o com políticas públicas e organização do ambiente de trabalho e mais preocupada/o com o acolhimento e a humanização do atendimento.

Assim, o enfermeiro é o profissional ideal para a classificação de risco, pois, além de ter maior facilidade de se aproximar da população, tem, por sua formação acadêmica, a característica de dinamismo, qualidade essencial para ser explorada na classificação de risco, além, é claro, do olhar holístico.

O profissional de enfermagem que assumirá a classificação de risco deve ter posturas diferenciadas dos demais, como: ser comunicativo, paciente, compreensivo, discreto e ter a empatia necessária para realizar uma boa classificação (JIMÉNEZ, 2003).

Historicamente, o enfermeiro já possui uma liderança agregada a sua função, pois supervisiona não somente sua equipe técnica, mas outras equipes que compõem seu posto de trabalho, como: limpeza, radiologia, laboratório, recepção, entre outros, dependendo de cada especificidade de ambiente de trabalho inserido. E, devido a essa postura líder assumida por muitos, a enfermagem domina competências gerenciais que lhe proporcionam autonomia em tomadas de decisão que, somadas a seu conhecimento técnico, tornam-se ferramentas ideais para um bom acolhimento e classificação de risco (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Na classificação de risco, o enfermeiro deve adotar postura acolhedora, tendo não apenas o olhar técnico, mas também percepção holística e avaliação psicossocial que possam estar influenciando nesse processo de adoecimento. Dessa relação, deve surgir não somente

um vínculo profissional, mas também vínculo de confiança que exige, do classificador, confidencialidade e resolutividade, sempre.

Além de classificar, o enfermeiro deve ser responsável por encaminhar os pacientes para a área de espera, deve contra referenciar quando necessário, manter a equipe médica ciente da situação das esperas por atendimento, conservar pacientes e familiares informados sobre o tempo de espera e os procedimentos seguintes a serem realizados na unidade. Deve, ainda, esclarecer as dúvidas dos pacientes e preservar a vigilância sobre os já classificados (JIMÉNEZ, 2003).

4 MÉTODO

4.1 Tipo e local de estudo

Pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, nas unidades pré-hospitalares fixas de urgência e emergência de Goiânia, Goiás, Brasil.

Goiânia conta com 2.624 estabelecimentos de saúde, sendo que 2.442 são privados, 07 federais, 19 estaduais e 156 municipais. As unidades de saúde municipais são distribuídas em sete distritos sanitários, sendo que cada um tem suas unidades de saúde de acordo com a população da área de abrangência e seu perfil. Nos sete distritos sanitários, há onze Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), três Centros Integrais de Assistência Médico-Sanitária (CIAMS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que são as unidades pré-hospitalares fixas de urgência e emergência. Algumas funcionam 24 horas, todos os dias da semana e outras possuem implantado o acolhimento com classificação de risco (SEPLAN, 2013).

As classificações de risco feitas pelos enfermeiros de Goiânia seguem um protocolo criado pelo departamento de urgência do município. Nesse protocolo, o paciente classificado com a cor vermelha deve ser levado imediatamente para avaliação médica, sem nenhum tipo de espera, por se tratar de doente que apresenta alto risco de morte. Quem estiver com a cor amarela deve ter o tempo máximo de 15 minutos de espera, por ser considerado com risco eminente de morte e necessita de observação constante dos enfermeiros classificadores, até que seja chamado para consulta médica. O paciente classificado com a cor verde deverá ter sua consulta médica entre 30 minutos a 3 horas; trata-se de paciente em condições agudas (urgência relativa) com prioridades sobre consultas simples. O paciente categorizado com a cor azul é considerado paciente ambulatorial, com queixas e sintomas considerados não urgentes e poderá esperar de 3 horas a sete dias para uma consulta médica e os agendamentos poderão ser referenciados até o prazo máximo de uma semana (GOIÂNIA, 2011).

Para a coleta de dados, foram escolhidas as unidades com atendimento pré-hospitalar fixo de urgência e emergência com atendimento 24 horas que possuem a classificação de risco implantada e em funcionamento. Foram selecionadas cinco unidades, cada uma de um distrito sanitário diferente e que apresentam grande fluxo de pacientes. As unidades onde ocorreram as coletas foram: Cais Campinas, Cais Nova Mundo, Cais Jardim Curitiba, Cais Jardim Guanabara e Cais Bairro Goyá.

4.2 População e amostra

A população constituiu-se de usuários que procuraram atendimento nas unidades de urgência e emergência selecionadas e que foram atendidos no acolhimento com classificação de risco, no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015.

Foram convidados a participar da pesquisa 103 usuários atendidos pela classificação de risco. Deste total, 68 concordaram em colaborar.

A escolha dos participantes foi por conveniência; a pesquisadora comparecia às unidades em determinado dia da semana e abordava os usuários presentes.

4.2.1 Critérios de inclusão

- Unidades que apresentam maior número de atendimentos em Goiânia.
- Unidades que implantaram acolhimento com classificação de risco.
- Pacientes que tenham sido atendidos na classificação de risco e foram classificados nas cores amarelo verde e azul e aguardavam consulta médica.
- Pacientes maiores de 18 anos de idade.

4.2.2 Critérios de exclusão

- Pacientes que tenham sido classificados pela equipe da unidade na cor vermelha, uma vez que esse paciente é de atendimento imediato, sem tolerâncias de espera.
- Pacientes com *déficit* de comunicação.

4.3 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observações diretas registradas em diário de campo. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista individual semiestruturada, gravada em áudio, após o usuário receber classificação de risco amarela, verde e azul.

As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos, gravadas em mp3, com autorização prévia dos participantes e, posteriormente, foram transcritas pela própria pesquisadora, utilizando o Programa *Microsoft Word 2010*®. Usou-se um roteiro com dados

sociodemográficos e questões norteadoras: É a primeira vez que você procura atendimento nessa unidade? Se sim, toda vez que você vem é atendido na classificação de risco? Quem atendeu você na classificação de risco hoje? Na sala em que você foi classificado, o que aconteceu lá dentro? Você considera que foi bem atendido? Como você está se sentindo depois de ter sido atendido na classificação de risco? Alguma vez alguém lhe explicou como é o procedimento de acolhimento com classificação de risco? (APÊNDICE B)

O quantitativo de usuários entrevistados foi considerado suficiente quando os dados ficaram repetitivos. As informações foram registradas com identificação codificada em números arábicos, para garantir o sigilo e privacidade dos participantes.

As observações registradas em um diário de campo foram realizadas com o propósito de identificar o fluxo dos usuários na unidade, o ambiente em que o paciente é acolhido e aguarda a consulta, as pessoas que realizam esse acolhimento e o atendimento prestado nesse primeiro contato.

Para a realização da pesquisa, foi feito contato com as Diretorias das unidades selecionadas. Após isso, a pesquisadora foi apresentada aos enfermeiros classificadores e funcionários da recepção para que tomassem conhecimento das atividades que seriam desenvolvidas naquela unidade.

Primeiro, observou-se como funcionava a recepção, como eram feitas as fichas de atendimento, quais os funcionários que participavam direta e indiretamente do acolhimento com classificação de risco e como era o fluxo que os usuários faziam. Depois dessas observações, definiu-se a forma de abordar os usuários para a entrevista.

4.3.1 Variáveis do estudo

Sexo, escolaridade, unidade de atendimento e classificação recebida após atendimento.

Queixa principal; se é a primeira vez que procura atendimento na unidade; quem fez o atendimento na classificação de risco; se foi bem atendido; como está se sentindo depois de ter sido atendido na classificação de risco; se alguma vez alguém explicou como é o procedimento de acolhimento com classificação de risco.

Os usuários classificados nas cores amarela, verde ou azul, pelo enfermeiro, foram abordados e apresentados, a eles, os objetivos da pesquisa e sua finalidade. Aqueles que concordaram em participar da entrevista assinaram o TCLE.

4.4 Processamento e análise de dados

Após coleta e transcrição das entrevistas, foi feita a interpretação dos resultados a partir do diário de campo, das observações e reflexões da pesquisadora.

4.5 Aspectos éticos

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa “A formação na graduação em Enfermagem e as práticas no sistema de saúde – mudanças, contribuições e desafios” submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, com o registro CEP 1780/2011 (em anexo) e aprovado por ele, solicitando a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Aos usuários que concordaram em participar da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em cumprimento aos aspectos éticos. Os dados obtidos após a coleta serão utilizados somente nesta pesquisa e não servirão para investigações futuras, conforme recomendação da Resolução do CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado em cinco unidades de urgência e emergência que correspondem a 38 % das unidades existentes no município de Goiânia. A média de atendimento por plantão de 12 horas é de 210 pacientes, dos quais alguns não são submetidos à classificação de risco pela natureza da sua condição clínica ou por fazerem parte da comunidade carcerária e, também, os que procuram atendimento no intervalo entre 23 h e 07 h horas da manhã.

Apesar de as unidades pré-hospitalares fixas de urgência e emergência do município de Goiânia serem de atendimento 24 horas, após as 23 horas elas não fazem o acolhimento com classificação de risco, alegando diminuição do fluxo de pacientes, poucos funcionários disponíveis no período noturno e a periculosidade, pois, em sua maioria, são localizadas em bairros com alto índice de violência.

Participaram deste estudo 68 usuários, entre eles 38 (52,9%) eram do gênero feminino e 30 (47,1%) do gênero masculino, com idade variando de 19 a 78 anos de idade. Entre os entrevistados, 18 (26,2%) relataram ter 1º grau incompleto; 09 (13,2%) com 2º grau incompleto; 27 (39,7%), 2º grau completo; 04 (5,9%), disseram ter o Superior incompleto e apenas 02 (3,0%) com Superior completo; nenhum se declarou analfabeto.

Dos participantes, 13 (19,12%) procuraram atendimento nas unidades de urgência pela primeira vez. Dentre os que ali se encontravam por mais de uma vez, 60% já haviam vivenciado a classificação de risco (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos usuários quanto à primeira procura de atendimento nas unidades e o atendimento na classificação de risco. Goiânia, GO, Brasil, 2015

Primeiro atendimento na unidade de urgência	n	%
Sim	13	19,12
Não	55	80,88
Total	68	100,00
Atendidos na classificação de risco	n	%
Sim	33	60,00
Não	10	18,00
Às vezes	12	22,00
Total	55	100,00

FONTE: Dados da pesquisa

Dentre os entrevistados, 80,88% responderam que foram atendidos mais de uma vez na unidade de urgência e emergência. Esse resultado mostra problemas no fluxo dessas

unidades, pois, de acordo com o instrutivo do Ministério da Saúde que regulamenta os serviços de atendimento de urgência e emergência do país, devem ser avaliados e classificados quanto ao risco, antes de serem atendidos em sua demanda (BRASIL, 2004 a). A consequência do descumprimento dessa normativa é a superlotação das unidades e as insatisfações dos usuários que permanecem em longas filas de espera. Como ficou demonstrado nas falas de alguns entrevistados:

[...]a demora é muita né, estou sentindo dor desde ás oito da manhã [...] (paciente 2).
 [...] to aqui desde ás sete da manhã e já são meio dia [...] (paciente 11).
 [...] o problema é a demora né, demora demais ser atendido [...] (paciente 49).
 [...] ela disse que vai demorar, aqui demora demais, disse que tem pouco médico, de vez em quando passa na televisão isso [...] (paciente 57).

Sobre a identificação do profissional que realizou o atendimento de triagem, 48 (70,58%) reconheceram ser o enfermeiro, entretanto 12 (17,64%) revelaram ser outros profissionais e 08 (11,78%) não souberam informar (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais atuantes na classificação de risco segundo os usuários interrogados. Goiânia, GO, Brasil, 2015

Informação paciente	N	%
Enfermeira	48	70,58
Outros profissionais	12	17,64
Não sabe informar	8	11,78
Total	68	100,00

FONTE: Dados da pesquisa

O desconhecimento sobre a categoria a que pertence o profissional que realizou a classificação de risco ficou comprovado por meio das falas seguintes:

[...] não sei o nome da pessoa, acho que é enfermeira [...] (paciente 2)
 [...] não reparei mais acho que é médica [...] (paciente 8)
 [...] na área de enfermagem [...] (paciente 20)
 [...] é boa, clínica geral [...] (paciente 24)
 [...] acho que é da administração [...] (paciente 32)
 [...] foi uma moça lá [...] (paciente 55)
 [...] sei não, moça de branco [...] (paciente 59)
 [...] a moça que me atendeu deve ser enfermeira, porque estava de jaleco [...] (paciente 63).

Antes de começar cada atendimento, é importante que o profissional faça sua identificação por meio do nome e da categoria profissional a que pertence e essa mediação inicial do diálogo deve ser feita pela autoapresentação de quem atende e aquele que é atendido

deve ser chamado pelo nome, sendo esse o primeiro passo para a aproximação do usuário, estabelecendo, assim, o vínculo de confiança.

O Programa Nacional de Humanização (BRASIL, 2009) esclarece:

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Isso deve ser implementado com a consequente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população.

O atendimento necessita ser transformado em um encontro entre o usuário e o trabalhador, onde cada um irá expor suas necessidades, expectativas e o que tem a ofertar, situação que caracteriza o acolhimento e define-o como uma relação de troca, de confiança e de vínculo (MATUMOTO, 1998).

O vínculo precisa ser construído entre a população e o profissional de saúde que executa o acolhimento, no caso o enfermeiro o qual deve ser mais reconhecido não só pelo usuário, mas, principalmente, pelo próprio profissional. É uma chance dentro do dispositivo do acolhimento que proporciona não ser apenas participante efetivo do processo do SUS, mas também ter autonomia e poder de resolutividade com esse usuário, ofertando ações e serviços disponíveis que mais se adequam as suas necessidades, na rede. Torna-se um papel de destaque para o enfermeiro na saúde pública, pois é o momento em que demonstra sua importância e suas qualificações, aumentando não só suas responsabilidades, porém destacando os benefícios que sua função trará à população e ao sistema, construindo, assim, seu lugar fundamental no processo de entrada no SUS (SCHIMITH; LIMA, 2004).

A peça chave para o acolhimento é o profissional e exige-se dele preparo, esforço, dedicação profissional e paciência. Nas portas dos serviços de urgência, há a pressão para o atendimento imediato e, saber lidar com esses apelos, é um desafio para os profissionais classificadores (SOUZA; VILAR; ROCHA; UCHOA; ROCHA, 2008).

No que se refere aos procedimentos realizados pelo profissional atendente, no momento da classificação de risco, a maioria dos usuários (41 - 60,29%) revelou que tão somente foi aferida a pressão arterial (Tabela 3).

Tabela 3 - Tipo de abordagem na classificação de risco. Goiânia, GO, Brasil, 2015

Informação paciente	Nº	%
Aferir pressão	41	60,29
Outros	27	39,71
Total	68	100,00

FONTE: Dados da pesquisa

A abordagem na classificação de risco vai muito mais além da aferição da pressão arterial, porém o resultado da mesma, como nos mostra a pesquisa, tornou-se algo definidor para a população, tendo em vista que a maioria dos usuários atendidos só se recorda dessa aferição.

[...] mediu a pressão e fez a ficha [...] (paciente 1)
 [...] mediu minha pressão [...] (paciente 2)
 [...] nada demais só mediram minha pressão mais devido ao meu problema tinha que ter verificado minha febre e não verificaram [...] (paciente 11)
 [...] mediu minha pressão e agora vou ser encaminhado para o médico [...] (paciente 33)

A consulta de enfermagem na classificação de risco, além de ter a característica máxima de acolhimento, deve realizar procedimentos já estabelecidos pelo Ministério da Saúde na Cartilha do PNH, como: avaliar a condição clínica do usuário, sua queixa e duração do incômodo, realizar um breve histórico da sua condição familiar ou do responsável, informar-se sobre as medicações em uso, verificação de sinais vitais e saturação de oxigênio arterial, realizar um exame físico sumário, buscando sinais objetivos e verificação de glicemia e eletrocardiograma, se necessários (BRASIL, 2004 a).

Durante a entrevista, apesar de alguns relatos de descontentamento com o acolhimento com classificação de risco, ainda assim, 54 (79,41%) dos usuários entrevistados alegaram terem sido bem atendidos durante o acolhimento (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos usuários quanto ao bom atendimento recebido na classificação de risco. Goiânia, GO, Brasil, 2015

Informação paciente	Nº	%
Sim	54	79,41
Não	14	20,59
Total	68	100,00

FONTE: Dados da pesquisa

[...] eu fui bem atendido graças á Deus [...] (paciente 15)
 [...] considero, ela me tratou bem, fez o atendimento todo direitinho [...] (paciente 7)
 [...] fui, elas são legais [...] (paciente 19)
 [...] fui sim, muito bem atendido [...] (paciente 42)
 [...] sim, ela foi bem cuidadosa comigo [...] (paciente 56)

Quando se está envolvido nesse processo, surgem, nas pessoas, vários sentimentos de dúvidas e medos. Esses são momentos que revelam sofrimento, desamparo, vulnerabilidade e medo do desconhecido. Em instantes de tanta fragilidade, como no processo de doença, o

primeiro pensamento é buscar conhecimento da causa de tudo que está acontecendo e, nessa busca, a solução culmina nas unidades de saúde locais por acreditar ter profissionais capacitados em detectar e solucionar o problema.

Nessa hora, o acolhimento se torna tão essencial, pois, feito de maneira correta, aproveita essa vulnerabilidade e cria laços de confiança entre o trabalhador e o usuário, sendo necessário, para isso, todo um envolvimento de ambas as partes. Não bastam os usuários estarem dispostos a buscar ajuda plena e não há profissionais bem preparados para um bom atendimento.

Os usuários do sistema de urgência em Goiânia, em sua maioria (73,53%), revelaram não ter recebido orientação sobre como é realizado o procedimento de acolhimento com classificação de risco (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos usuários quanto às orientações recebidas sobre o procedimento de acolhimento com classificação de risco. Goiânia, GO, Brasil, 2015

Informação paciente	Nº	%
Sim	18	26,47
Não	50	73,53
Total	68	100,00

FONTE: Dados da pesquisa

Nos serviços de urgência do Município de Goiânia, os trabalhadores e usuários seguem um fluxo de atendimento estabelecido pela Secretaria de Saúde que organiza e orienta as etapas a serem desenvolvidas a partir da entrada do doente no sistema de atenção às urgências (GOIÂNIA, 2011), tendo, por objetivo, gerar resultados e organizar, dentro da estrutura, o fluxo de pacientes nas unidades do SUS (SOUZA; VILAR; ROCHA; UCHOA; ROCHA, 2008).

O protocolo utilizado pela Secretaria de Saúde de Goiânia foi desenvolvido por seus colaboradores (GOIÂNIA, 2010). Porém o PNH já havia elaborado a cartilha do acolhimento com classificação de risco junto ao Ministério da Saúde, apresentando uma dinâmica de acolhida com classificação de risco para ser adotada nas unidades de urgência em todo o país, visando prestar atendimento acolhedor e diminuir a espera nas portas de entrada das unidades, não havendo, portanto, obrigatoriedade de implantação fiel à cartilha. Nota-se, porém, que a proposta apresentada pelo PNH é mais ampla e sugere tempo de espera mais apropriado para as classificações, podendo diminuir o descontentamento do usuário e aumentar a confiança na classificação de risco por parte da população (BRASIL, 2004a).

O novo fluxo que se iniciou com a implantação da classificação de risco nas entradas das urgências difere das anteriores que eram aleatórias e com atendimento por ordem de chegada, expondo, assim, os usuários a riscos de vida, já que os profissionais que os recebiam não aplicavam nenhum critério de prioridade de atendimento protocolado.

Todo novo método gera dúvidas e necessita de tempo para sua adequação e implantação e, mais que isso, carece que os trabalhadores a executarem suas atividades dentro do novo modelo sejam treinados e tenham clareza sobre seus objetivos e funcionalidade para que possam operá-lo de forma correta.

A população usuária das unidades de urgência revelou não ter recebido esclarecimentos sobre a organização e a estratégia do atendimento com classificação de risco, porém alguns usuários perceberam a dinâmica da classificação de risco, como demonstrado nas seguintes falas:

- [...] não, eu penso que eles passam na frente quem está passando mais mal. (paciente 55)
- [...] ninguém nunca me explicou não, nunca me explicaram isso [...] (paciente 15)
- [...] nunca me explicaram, elas simplesmente vão pela cara das pessoas e marcam lá [...] (paciente 11)
- [...] tem dois sentidos, mas não sei explicar não [...] (paciente 9)
- [...] ninguém explicou mais é assim, se for acidente de moto, tiro ou facada vai passar na frente da gente e eu acho justo porque precisam de médico pra não perder sangue [...] (paciente 58)
- [...] não, eu aprendi sozinho, o importante é ser amarelo ai você passa não espera tanto [...] (paciente 61)
- [...] ninguém explicou não, mais todo mundo sabe que pra andar logo tem que ser amarelo [...] (paciente 64)
- [...] não mas eu acho bom porque sempre passo na frente desse povão por causa do açúcar [...] (paciente 66)

O estudo revelou que a população em geral desconhece ou nega conhecer a nova dinâmica do atendimento implantada desde 2011 nas unidades de emergência do município de Goiânia.

É compreensível que o acolhimento com classificação de risco fosse gerar alguns questionamentos dos usuários na medida em que possam sentir-se prejudicados, pois estavam habituados à dinâmica do atendimento por ordem de chegada e não pelo critério definido pela necessidade clínica.

Alguns anos após a implantação da nova dinâmica de atendimento é possível extrair de algumas falas dos usuários algo que o Humaniza SUS alega poder ser minimizado com divulgação ampla do processo de classificação de risco nas salas de espera. Para aqueles que resistem compreender o processo, os profissionais devem utilizar o momento da consulta para

explicitar a importância e o funcionamento do acolhimento com classificação de risco nas urgências (BRASIL, 2004a).

[...] é o atendimento de urgência né? Quanto mais estão necessitados, eles vão ser atendidos primeiro [...] (paciente 6)

[...] é bom para definir, seria o caso mais perigoso e outro não, o meu caso exige apenas atenção e outros são mais complicados [...] (paciente 20)

As superlotações das unidades de saúde, as condições inadequadas de trabalho e a sobrecarga laboral podem gerar situações de estresse, culminando em falta de empatia com os usuários, banalizando seu sofrimento e tratando seu trabalho como algo burocrático e sistematizado e isso faz com que os serviços da saúde se transformem em seguidores de protocolos e produtores de procedimentos. COSTA e MARZIANE, em um estudo, revelam que, nas unidades de urgência e emergência, os trabalhadores sofrem vários tipos de cobranças e pressões de todas as partes: a institucional que cobra agilidade, competência, regularidade e habilidade devido à alta demanda e gravidade dos pacientes; a cobrança populacional cujos pacientes exigem cuidados, explicações e bom atendimento e a exigência pessoal que os próprios trabalhadores fazem a si mesmos sobre seu desempenho como profissional. Tantas obrigações resultam em alto nível de estresse (COSTA; MARZIANE, 2006).

O acolhimento não tem como ser “engessado”; sem dúvida, é sistematizado, pois segue um protocolo que resguarda e orienta os profissionais em suas ações. No entanto, as outras atividades, relacionadas com a abordagem de cada paciente, dependerão do relato de cada história. Cada usuário apresentará dificuldades e características diferentes que devem ser ouvidas e compreendidas. Para tanto, faz-se necessária a superação da prática tradicional de atendimento, centralizada na dimensão biológica, pela construção de uma relação interativa, mais humana entre os profissionais e os usuários (BRASIL, 2004a).

Tal situação gera conforto, como percebemos em alguns relatos ao serem interrogados sobre como estão se sentindo após passar na classificação de risco:

[...] to mais seguro com o atendimento, vai ser mais rápido [...] (paciente 34)

[...] to mais tranquilo, o processo está indo pra frente [...] (paciente 37)

[...] me sinto mais segura, se eu tiver com a suspeita eu vou ser tratada [...] (paciente 38)

[...] to bem, ele me acalmou e falou que vai ter medicamento logo [...] (paciente 25)

[...] eu sinto mais seguro porque todos me atendem bem [...] (paciente 15)

[...] pelo menos alguém me viu nesse caos [...] (paciente 60).

É justamente esse vínculo de segurança entre o profissional e o usuário que faz o acolhimento ser vital nos processos de saúde, além de gerar a confiança entre os dois atores: profissional e usuário.

Durante a coleta de dados, foi identificado que todos os pacientes foram classificados nas categorias definidas pelas fichas de cores amarela e verde e nenhum foi classificado na categoria definida pela ficha da cor azul. Pacientes classificados na categoria azul têm um tempo de espera que varia entre 3 horas a 7 dias. Em consequência da longa espera definida pela condição clínica desses pacientes, os enfermeiros, num ato de generosidade, alteram o sistema, classificando-os em uma categoria de maior gravidade para que possam ser atendidos com mais brevidade.

A pesquisa não só nos apresenta o entendimento, mas os sentimentos dos usuários quanto à classificação de risco, ao revelarem que sua aplicabilidade é necessária e primordial nas entradas das urgências e mostra, também, como o usuário, mesmo não tendo sido orientado plenamente sobre seu funcionamento, entende os critérios de prioridades apresentados e, em sua maioria, sente-se bem atendido e mais seguro após ser atendido na classificação de risco, reafirmando novamente que é um dispositivo seguro, barato que utiliza pouca tecnologia e, se bem aplicado, gera maior satisfação dos usuários com a unidade e com o atendimento dos seus servidores. Por isso, a necessidade de se investir na conscientização do usuário a fim de que entenda o funcionamento do acolhimento com classificação de risco e seus benefícios para a comunidade que frequenta as unidades de urgência e emergência do município de Goiânia.

Durante as entrevistas, alguns usuários convidados a participar da pesquisa desistiram ao saber que tinham que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e apresentar documentos; entretanto, mesmo não aceitando se envolver, estiveram sempre presentes durante as outras entrevistas, fazendo questão de serem notados para expor sua opinião sobre a classificação de risco.

Observamos que alguns usuários com doenças crônicas, sem esclarecimento da diferenciação de unidades de urgência e unidades básicas de saúde, permanecem nas portas das urgências constantemente. Eles procuram as unidades de urgência pela facilidade de atendimento. Esses pacientes conhecem o fluxo de atendimento da unidade e tentam “burlar” o sistema. São portadores de doenças crônicas, porém não fazem uso das medicações de controle para gerar alteração nos sinais vitais; algumas mães deixam seus filhos chegarem a altas temperaturas corporais para serem classificadas como urgentes e diminuir seu tempo de espera na unidade.

Outra situação observada foi o descontentamento demonstrado pelos pacientes com o atendimento recebido. Na maioria dos dias pesquisados, às vezes, as unidades estavam acima do seu limite de capacidade de atendimento, gerando demora.

A fim de reduzir o descontentamento do usuário, é imprescindível que haja mudança na política de recursos humanos, a qual deveria prover pessoal com a formação específica que a função exige para ocuparem esses postos de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento com classificação de risco trouxe benefícios, como a organização na chegada dos pacientes às unidades e a reorganização do atendimento conforme sua gravidade, estratégia que proporciona, aos usuários, atendimento mais rápido, balizado pela condição clínica, diminuindo, assim, o risco de morte.

A classificação apresenta tempos de espera que deveriam ser respeitados, porém a realidade delineada pela alta demanda nas unidades de urgência e emergência, para atendimentos específicos e outros de natureza ambulatorial, inviabiliza o cumprimento satisfatório dos objetivos definidos na política de atenção às urgências/emergências.

Os resultados desta pesquisa revelam que os pacientes mais graves com iminente risco de morte têm atendimento prioritário e os casos pouco urgentes são avaliados e, de alguma forma, assistidos pelos profissionais da classificação de risco, cumprindo parte da proposta do Programa Nacional de Humanização.

Em face dos resultados apresentados, nota-se que não tem como as instituições apenas mudarem seu fluxo de atendimento ou implantar uma nova política sem esclarecer ao usuário o funcionamento que ele receberá na unidade. Constata-se a satisfação daqueles que se beneficiam do acolhimento com classificação de risco e também daqueles que mostram o mínimo de entendimento do processo; porém, nota-se a insatisfação daqueles que vivem a realidade desses serviços. Ficou perceptível a necessidade de divulgação permanente da dinâmica da atenção nos serviços de urgência/emergência, como forma de esclarecimento aos usuários sobre os objetivos e vantagens do acolhimento com classificação de risco.

Deve haver, também, maior envolvimento da gestão local com os enfermeiros, porque, às vezes, o acolhimento com classificação de risco enfrenta dificuldades, pois a população não compreende seu funcionamento e agride de forma verbal e física os trabalhadores, e estes não têm apoio nem ajuda dos seus gestores que deveriam buscar soluções e melhorias para seus servidores.

Destaca-se a importância de esclarecer a população em relação ao funcionamento do acolhimento com classificação nas unidades de urgência e emergência, para que o dispositivo não gere nenhum sentimento de exclusão ou injustiça.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A.M; DURO C.L.M; LIMA M.A.D.S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 181-190, 2012.
- 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.
- AZEVEDO, A.L.C.S.; PEREIRA, A.P.; LEMOS, C.; COELHO, M.F.; CHAVES, L.D.P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 4, p. 736-745, 2010.
- BRASIL. República Federativa do Brasil. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.
- BRASIL. República Federativa do Brasil. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, DF, 1990 a. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.
- BRASIL. República Federativa do Brasil. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, DF, 1990 b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18112cons.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.
- BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica: Implementação da Rede de Atenção às Urgências/Emergências-RUE.** Para discussão na Câmara Técnica da CIT. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1600 de 07 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1020 de 13 de maio de 2009.** Estabelece diretrizes para implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2048 de 05 de novembro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CECÍLIO, L. C. O. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 16, n. 4, p. 973-983, 2000.

CHRISTINO, T. G. T. Avaliação e Classificação de Risco baseada no Sistema de Triagem Sul-Africano adaptada em um modelo de serviços de emergência: um estudo descritivo e observacional em um hospital terciário privado. **X Congresso Nacional de Excelência em Gestão** ISSN 1984-9354, ago, 2014.

COSTA, A.L.R.C; MARZIANE M.H.P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 337-343, maio-jun. 2006.

GALLO, A. M.; MELLO, H. C. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. **Revista Paciência**, Apucarana-PR, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2009.

GOIÂNIA, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA O ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Versão II Revisada em julho de 2011.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, jan.-fev. 2013.

JIMÉNEZ, J.G. Clasificación de pacientes em los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Emergencias**. Principat D' Andorra, vol. 15, p. 165-174, 2003.

JÚNIOR, W.C. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, jan./jun. 2009.

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

MATUMOTO S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1998.

OLIVEIRA, K. K. D.; AMORIM, K. K. P. S.; FERNANDES, A. P. N. L.; MONTEIRO, A. I. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 17, n. 1, p. 148-156, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, Londrina, v. 4, n. 2, out.-dez. 2010.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. **1º Seminário Nacional do Pró-Saúde II**, Brasília, mar. 2009.

SEPLAN GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo. 2012. Disponível em: <http://www.goiania.go.gov.br/shtml/seplan/anuario2012/_html/s_saude.html>. Acesso em: 12 out. 2013.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1487-1494, nov.-dez. 2008.

SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P. Classificação de risco em emergência - um desafio para as/os enfermeiras/os. **Revista Enfermagem em Foco**, Santa Catarina, v. 2, n. 1, p. 14-17, 2011.

SOLLA, J. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out.-dez. 2005.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 100-110, 2008.

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.

APÊNDICE A
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tema do Estudo: Acolhimento com classificação de risco nas unidades em Centro de atenção integral à saúde, na perspectiva do usuário.

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Ana Paula Ribeiro Zenha e sou pesquisadora responsável pela investigação.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine esta folha que está em duas vias e também será assinada por mim, pesquisadora. Uma delas será da pesquisadora e a outra sua. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Ana Paula Ribeiro Zenha pelo telefone (62) 32256527. Em caso de dúvidas sobre seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o comitê de ética da PUC-GO, pelo telefone: (62) 39461512 ou no endereço: Avenida Universitária n° 1.069, Setor Universitário, Goiânia - Goiás, Área IV (Bloco D da Reitoria).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCE PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

- a.) A pesquisa é intitulada “Acolhimento com classificação de risco nas unidades em Centro de atenção integral à saúde, na perspectiva do usuário.
- b.) A pesquisa tem como objetivo avaliar o processo de classificação de risco nos Centros de Atenção Integral de Saúde, na visão do usuário.
- c.) Será feita um entrevista gravada em áudio que, posteriormente, será transcrita e o entrevistado terá sua identidade mantida em sigilo.
- d.) Não haverá ressarcimento de despesas pela sua participação, uma vez que o estudo não implicará custos adicionais aos participantes.
- e.) Não será oferecido pagamento ou qualquer gratificação financeira pela participação na pesquisa.
- f.) A confidencialidade das falas da entrevista será protegida, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **SERÁ GARANTIDO O SIGILO SOBRE OS NOMES E UNIDADES PESQUISADAS.**
- g.) O senhor(a) tem a liberdade de retirar o consentimento deste estudo a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo para você.
- h.) Os dados coletados serão apenas utilizados para esta pesquisa.
- i.) Caso o senhor(a) se sinta lesado(a), poderá pleitear, junto aos órgãos competentes, indenização, que será concedida, conforme as determinações das leis brasileiras, caso seja comprovada a ocorrência de eventuais danos decorrentes da sua participação nesta pesquisa.
- j.) Caso haja algum desconforto psicológico resultante da participação nesta pesquisa, o participante poderá procurar a pesquisadora responsável que encaminhará o participante para atendimento na Clínica Escola Vida da Pontifícia Universidade de Goiás.

Pesquisadora Ana Paula Ribeiro Zenha

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO
SUJEITO DA PESQUISA

Tema do Estudo: Acolhimento com classificação de risco nas unidades em Centro de Atenção Integral à Saúde, na perspectiva do usuário.

Eu, _____, RG ou CPF _____, acordo que participo do estudo “ Acolhimento com classificação de risco nas unidades em Centros de atenção integral à saúde, na perspectiva do usuário”, sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Paula Ribeiro Zenha, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre o estudo e a entrevista nele envolvida, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Goiânia, ____ de _____ de 2014.

Nome por extenso do participante

Nome por extenso da pesquisadora responsável

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

Nome por extenso testemunha 1

Assinatura testemunha 1

Nome por extenso testemunha 2

Assinatura testemunha

APÊNCICE B
ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DO SUS JÁ ATENDIDOS NA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Dados de identificação

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

Grau de escolaridade: () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto
() 2º grau completo () Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo

Qual unidade: () unidade 1 () unidade 2 () unidade 3 () unidade 4 () unidade 5

Qual classificação recebeu: () amarela () verde () azul

Queixa principal: _____

- 1.) É a primeira vez que você procura atendimento nessa unidade? Se sim, toda vez que você vem, é atendido na classificação de risco?
- 2.) Quem o atendeu na classificação de risco hoje?
- 3.) Na sala em que você foi classificado, o que aconteceu lá dentro?
- 4.) Você considera que foi bem atendido?
- 5.) Como você está se sentindo depois de ter sido atendido na classificação de risco?
- 6.) Alguma vez alguém lhe explicou como é o procedimento de acolhimento com classificação de risco?