



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA S/C LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PORTARIA/MEC Nº 251 DE 07/07/2011.

CLEIDIMARA GONÇALVES DE SOUSA

LEIDELENE FRASÃO DA SILVA NASCIMENTO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
(RUE) DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA-PA**

Itaituba- PA

2019

CLEIDIMARA GONÇALVES DE SOUSA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
(RUE) DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado ao Curso de
Graduação de Enfermagem da
Faculdade de Itaituba, em
cumprimento a exigência para
obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

Orientador Presidente: _____ **Nota:** _____
Prof.

Avaliador(a): _____ **Nota:** _____
Prof.

Avaliador(a): _____ **Nota:** _____
Prof.

Resultado: _____ **Média:** _____

Itaituba-PA, ____ de ____ de 2019

SOUSA, Cleidimara Gonçalves de.

Assistência de Enfermagem na Rede de Urgências e Emergências (RUE) do Hospital Municipal de Itaituba-PA

F. : il.

Orientadora: Juliane de Almeida Lira, Ma.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) Graduação em Enfermagem- Faculdade de Itaituba- FAI, 2019.

1. Assistência de Enfermagem 2. Rede de Urgência e Emergência. Juliane de Almeida II. Faculdade de Itaituba, BR-PA 2019.

AGRADECIMENTOS

Tudo que queremos realizar nessa vida de um jeito ou de outro, vem com ajuda das pessoas, essas pessoas que nos fazem ir além do que achamos que somos capazes, que levantam o nosso ânimo, quando estamos perto de desistir de tudo. Essas dificuldades que nos deparamos ao longo de nossas vidas não seriam fáceis de passarem despercebidas sem a presença dessas pessoas maravilhosas que encontramos no dia-a-dia. Por isso que é preciso compartilhar e celebrar essa alegria com essas pessoas que estiveram ao nosso lado durante essa imensa caminhada.

Agradeço à **Deus**, por ter me dado força e por nunca deixar eu desistir dos meus sonhos, pelo cuidado que sempre teve por mim e pelas pessoas que amo.

A **minha família**, que em todo momento procurou apoiar-me, dando força, para que eu persistisse até eu conquistar meu objetivo, a todo instante o amparo familiar nos fortalece, ajudando-nos a reerguer e seguir o caminho a ser trilhado. Obrigado por fazerem parte da minha vida.

A **Faculdade de Itaituba** pela oportunidade, aos professores pela paciências e credibilidade, aprendi um pouco com cada um de vocês, sou grata pelas amizades que fiz, aos meus colegas de classe, em especial minha equipe de estágio. **Erivan, Tatiane e Alini** que sempre foram maravilhosos comigo, sempre me ajudando e incentivando, pessoas que quero levar para a vida toda.

Aos **meus pais**, que sempre acreditaram em mim, por serem tão presentes na minha vida, por serem pais/avós da minha filha. E é por eles que estou aqui hoje realizando esse sonho, que inicialmente era deles, e que com o tempo se tornou meu.

Aos meus irmãos **Clelma e José** por sempre estarem presentes com minha filha na minha ausência.

A minha filha **Ákilla** que compreendeu a minha ausência durante esses cinco anos, sempre me incentivando. Minha inspiração, por ela todo meu esforço e toda minha dedicação.

Ao meu marido **Carlos Augusto** por esta sempre presente e me apoiando.

Ao meu amigo **Erivan**, que durante toda a graduação, me ajudou a superar minhas dificuldades, acreditando na minha capacidade, minha eterna gratidão.

A minha orientadora **Juliane Almeida** por ter sido tão presente, tão paciente e tão dedicada. Uma mulher maravilhosa de uma competência extraordinária, um exemplo de mulher. Obrigado pela dedicação.

A minha colega de TCC **Leidelene Frasão** que juntas desenvolvemos esse trabalho, obrigado pela confiança.

Clelidimara Gonçalves.

À **Deus** em primeiro lugar por nos permitir acordar todo dia e me colocar em sua proteção.

Aos meus pais **Luís e Francisca** por existirem na minha vida.

Aos meus filhos **Vinicius e Felipe** e ao meu marido **Amarildo** por terem me ajudado e apoiado nessa trajetória tão importante que durou esses cinco anos.

A minha orientadora **Juliane de Almeida**, pelo enorme apoio e pelos conselhos fundamentais para a conclusão desta jornada.

As minhas amigas **Maria Aparecida, Karen Mikaelly e Yuna Maiane**, pois com elas construí uma amizade que espero levar para a vida.

A minha colega **Alini**, que foi fundamental nessa trajetória.

A minha colega de TCC **Clelidimara Gonçalves** que confiou nessa empreitada e juntas desenvolvemos esse trabalho.

A **Faculdade de Itaituba**, aos **docentes** e todos meus colegas do curso de enfermagem por me proporcionarem um ambiente que obtive grandes aprendizados e conheci grandes amigos.

Leidelene Frasão

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral analisar o cenário atual da Assistência de Enfermagem na Rede de urgências e emergências (RUE) do Hospital Municipal de Itaituba-PA. Trata-se de um estudo com abordagem quanti-qualitativa, descritivo-exploratório de acordo com os objetivos e caracteriza-se como pesquisa de campo quanto aos procedimentos, realizado através de questionários entregues aos enfermeiros do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba. O material obtido foi submetido à técnica análise de conteúdo que possibilitou a organização em 4 eixos temáticos: Perfil dos Participantes; O acolhimento no setor de Urgência e Emergência no Hospital Municipal de Itaituba; O uso da classificação de risco pelos enfermeiros; Dificuldades encontradas para efetivar o acolhimento com classificação de risco. Os resultados referentes à caracterização do perfil dos enfermeiros estudados, mostram o predomínio de indivíduos do sexo feminino (80%). Em relação a faixa etária, são identificados indivíduos com média de 34,2 anos. O tempo de formação acadêmica varia entre 3 a 14 anos. O tempo de atuação desses profissionais no Hospital Municipal de Itaituba é de média de 2,6 anos. Os resultados desta pesquisa evidenciam a importância do acolhimento com classificação de risco na assistência aos usuários no setor de urgência e emergência, uma vez que possibilita um atendimento rápido e eficaz aos mais necessitados e assim diminui de maneira significativa os índices de mortalidades por causas evitáveis.

Palavras-chave: Emergência; Classificação; Acolhimento; Enfermagem

ABSTRACT

This study aims to analyze the current scenario of Nursing Care in the Emergency Care Network (RUE) of the Municipal Hospital of Itaituba-PA. This is a study with a quantitative and qualitative approach, descriptive and exploratory according to the objectives and is characterized as a field research regarding the procedures, carried out through questionnaires delivered to nurses from the Itaituba Municipal Hospital. . The material obtained was submitted to the content analysis technique that allowed the organization in 4 thematic axes: Participant Profile; Reception in the emergency department at the Itaituba Municipal Hospital; The use of risk classification by nurses; Difficulties encountered in effecting the reception with risk classification. The results regarding the characterization of the studied nurses profile show the predominance of females (80%). Regarding age group, individuals with an average of 34.2 years are identified. The time of academic education varies from 3 to 14 years. These professionals have worked at the Municipal Hospital of Itaituba on average 2.6 years. The results of this research show the importance of risk-classified care in assisting users in the urgency and emergency sector, since it enables fast and effective care to those most in need and thus significantly reduces the mortality rates from preventable causes.

Keywords: Emergency; Classification; Host; Nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Componentes da RUE.....	16
-----------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Os eixos e suas áreas	23
Quadro 2- Protocolo de Manchester.....	24
Quadro 3 – Descrição da Escala ESI	25
Quadro 4- Descrição da escala ATS	25
Quadro 5- Níveis de classificação estabelecidos pela CTAS.....	26
Quadro 6- Perfil dos participantes	34
Quadro 7- Importância do ACCR na assistência de Enfermagem	38
Quadro 8- Desafios para efetivar o acolhimento com classificação de risco.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR: Acolhimento com Classificação de Risco

ATS: Australasian Triage Scale

CFM: Conselho Federal de Medicina

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

CTAS: Canadian Triage Acuity Scale

ESI: Emergency Severity Index

HPP: Hospital de Pequeno Porte

MS: Ministério da Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

RUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SE: Salas de Estabilização

SUH: Serviço de Urgência Hospitalar

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2.1. CONCEITOS E DEFINIÇÕES	13
2.1.1. Urgência e Emergência	13
2.2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	13
2.2.1. SUS: princípios e diretrizes	13
2.3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	14
2.4. REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE).....	15
2.5. COMPONENTES DA RUE.....	16
2.5.1. Promoção, prevenção e vigilância à saúde	16
2.5.2. Atenção Básica em Saúde	17
2.5.3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).....	17
2.5.4. Sala de Estabilização.....	18
2.5.5. Força Nacional de Saúde do SUS	18
2.5.6. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h)	19
2.5.7. Portas Hospitalares de Urgência e Emergência	19
2.5.8. Atenção Domiciliar.....	19
2.6. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	19
2.6.1. Política Nacional de Humanização nos serviços de Urgência	20
2.7. ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	21
2.7.1. Os Eixos e Suas Áreas	22
2.7.2. Protocolo de Manchester	23
2.7.3. Emergency Severity Index-ESI	24
2.7.4. Australasian Triage Scale (ATS)	25
2.7.5. Canadian Triage Acuity Scale – CTAS	26
2.8. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA ..	26

2.9. ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR) E A ENFERMAGEM	27
3. METODOLOGIA	29
3.1. TIPO DE PESQUISA	29
3.2. LOCAL DA PESQUISA.....	29
3.2.1. Hospital Municipal de Itaituba	30
3.2.2. Setor de Urgência e Emergência	31
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
3.4. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	31
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	32
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1. PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	34
4.2. O ACOLHIMENTO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA.....	35
4.3. O USO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELOS ENFERMEIROS	36
4.4. DIFICULDADES ENFRETTADAS PARA EFETIVAR O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
6. REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES	50
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	51
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO.....	54
ANEXOS	56
ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA.....	57

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é formado por instituições prestadoras de serviços, em que seguem um nível hierárquico de atendimento, em conformidade com a complexidade de cada caso. Diante disso, esse sistema estabelece a existência da organização e interação entre os níveis de assistência à saúde desde a atenção básica até os serviços de média e alta complexidade (SANTOS; ANDREOTI, 2014).

Atualmente, existe um aumento significativo de demanda nos serviços de urgência e emergência, uma vez que grande parte dos indivíduos não tem acesso a um sistema satisfatório de saúde, o que contribui para uma desorganização destes serviços. Assim, surge a necessidade de organizar os atendimentos de urgência e emergência através de protocolos e avaliação de prioridades (CARPEZANI; SERAPIÃO, 2017)

A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco tem como estratégia a diminuição do fluxo e da procura de atendimento e induz a utilização da rede básica como porta de entrada, visando a possibilidade de contribuir na organização do processo de trabalho, no direcionamento adequado de recursos materiais e humanos, maior autonomia profissional e intervenção oportuna de acordo com a situação de risco (FEIJÓ *et al.*, 2015).

A classificação de risco é um instrumento organizacional da fila de espera realizada pelos enfermeiros, baseada na avaliação primária do paciente que propõe uma ordem de atendimento de acordo com a prioridade, com a finalidade garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado (BRASIL, 2009).

No município de Itaituba é perceptível que a Emergência do Hospital Municipal da cidade exibe picos de superlotação, que acarreta em sobrecarga de trabalho aos profissionais de enfermagem e exige destes a utilização de um bom protocolo de triagem no sentido de evitar a lentidão e ineficiência nos atendimentos. Além disso, pressupõe que esses profissionais vivenciam outras dificuldades para cumprir com suas atividades, diante desses fatos, questiona-se: Qual o cenário atual da assistência de enfermagem na Rede de Urgência e Emergências (RUE) do Hospital Municipal de Itaituba (HMI)?

A relevância deste estudo para os profissionais de saúde é evidente, uma vez que através da Classificação de Risco é possível organizar, qualificar e humanizar o atendimento nos diversos níveis de atenção à saúde. Dessa forma, a implementação

deste estudo visa contribuir na transmissão de conhecimento científico para o público acadêmico e para os profissionais de saúde, assim como para os serviços de saúde do município.

Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar o cenário atual da Assistência de Enfermagem na Rede de urgências e emergências (RUE) do Hospital Municipal de Itaituba-PA e como objetivos específicos investigar como tem sido organizado o acolhimento da RUE do HMI e se este se fundamenta no protocolo de acolhimento com classificação de risco do Ministério da Saúde; verificar as vantagens do acolhimento com classificação de risco do ponto de vista dos enfermeiros e identificar quais os desafios enfrentados pelos profissionais de Enfermagem para efetivar o acolhimento com classificação de riscos da RUE do HMI.

Trata-se de um estudo com abordagem quanti-qualitativa, descritivo-exploratório de acordo com os objetivos e caracteriza-se como pesquisa de campo quanto aos procedimentos, realizado através de questionários entregues aos enfermeiros do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba.

O estudo está dividido em cinco capítulos, sendo o primeiro designado de introdução. O segundo capítulo refere-se à fundamentação teórica composta de conceitos e definições; Rede de atenção às urgências e emergências; componentes da RUE; Política Nacional de Atenção às Urgências; Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco entre outros, para melhor entendimento do leitor acerca da temática.

Na terceira parte, discute-se a metodologia empregada para se alcançar os objetivos e responder a problemática levantada por ocasião do projeto de pesquisa. Na quarta parte está incluída os resultados e discussão dos dados obtidos na pesquisa de campo, e por fim, na conclusão, fazendo uma análise do levantamento bibliográfico descrito e os resultados alcançados no trabalho científico.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

2.1.1. Urgência e Emergência

A Portaria nº 354, de 10 de março de 2014, define Urgência como o episódio inesperado de agravo à saúde, com ou sem possível risco de morte, pelo qual a vítima necessita de serviços médicos imediatos. A emergência é descrita como a comprovação médica de condições de agravo à saúde que resultem em perigo iminente de morte ou de sofrimento intenso, havendo a necessidade de assistência médica imediata (BRASIL, 2014).

Para os profissionais de saúde a diferenciação entre urgência e emergência é imprescindível, pois dessa forma, a assistência à saúde será realizada de maneira adequada a cada caso (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). Assim, os episódios de emergência são estabelecidos como prioridade absoluta em situações de pronto atendimento, seguidos pelas situações de urgência (UNA-SUS/UFMA, 2015).

2.2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

2.2.1. SUS: princípios e diretrizes

De acordo com o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Diante disso, o Sistema Único de Saúde é criado com a finalidade de garantir o direito dos cidadãos à saúde, promovendo a justiça social, de modo a superar as desigualdades (BRASIL, 2011).

O Art. 4 da Lei Orgânica 8.080 de 1990 define o SUS como: “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990).

O SUS é organizado através de princípios e diretrizes que visam a qualidade da assistência. Dentre os princípios, configuram-se os doutrinários e os organizacionais. Os princípios doutrinários são:

- a) Universalidade: Assegura o direito à saúde a todo e qualquer cidadão sem qualquer tipo de discriminação;

- b) Integralidade: Fornece a garantia de que todas as ações e serviços relacionados à promoção, prevenção e reabilitação à saúde serão ofertados integralmente ao cidadão e a sua coletividade;
- c) Equidade: Garante que a assistência à saúde seja igual para todos os indivíduos, mas que seja coerente para cada situação (BRASIL, 2000).

Os princípios organizacionais são:

- a) Regionalização: Define a organização da atenção à saúde pela delimitação de um espaço geográfico e populacional.
- b) Hierarquização: Os serviços do sistema de saúde devem ser organizados por meio dos níveis de complexidade crescente.
- c) Resolutividade: Capacidade de resolver os problemas de saúde do indivíduo de acordo com que corresponde a cada nível;
- d) Descentralização: Cabe aos municípios a responsabilidade política das ações e serviços de saúde direcionada a cada cidadão e uma redistribuição dessas responsabilidades, envolvendo vários níveis de governo (Municipal, Estadual e Federal),
- e) Participação dos cidadãos: Garante à população a participação nos conselhos e nas conferências de saúde, com representação partidária do governo, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviços e dos usuários, dessa maneira contribuindo de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde (BRASIL, 1990).

2.3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A Portaria nº 4.279/ 2010 define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como a organização das ações e serviços de saúde em redes, com o intuito de garantir a integralidade da assistência de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2010).

A proposta de implantação da RAS no Brasil e no mundo são recentes. As primeiras experiências ocorreram na década de 90 nos Estados Unidos. Logo após, foram introduzidas nos sistemas públicos da Europa Ocidental e do Canadá, assim como em alguns países subdesenvolvidos. Esse movimento mundial para a implementação da RAS está fundamentado em evidências, provenientes de vários

países, de que esta melhora os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de assistência à saúde (MENDES, 2011).

A implementação das RAS no Brasil é realizada por meio de redes temáticas, em que são priorizadas algumas linhas de cuidado:

- a) Rede Cegonha;
- b) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);
- c) Rede de Atenção Psicossocial (Raps);
- d) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência;
- e) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014)

2.4. REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)

O setor de urgência e emergência é definido como a principal via de acesso no âmbito hospitalar. Neste, independentemente da situação de saúde, os usuários são atendidos com as mais diversificadas queixas e agravos à saúde (SANTOS; ANDREOTI, 2014). Sendo considerado uma porta de entrada fácil e ágil, nota-se neste setor um número excessivo de pacientes, os quais na maioria das vezes apresentam quadros tratáveis na atenção primária e que por falta de informação ou pressa, acabam procurando-o (AMARO; FERREIRA; SILVA, 2016).

Os serviços de urgência e emergência têm como objetivo diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes (BRASIL, 2009). A utilização inadequada desses serviços é prejudicial tanto para os pacientes graves quanto para os não graves, que ao buscarem o atendimento hospitalar, não têm garantido o seguimento do cuidado (MACHADO *et al.*, 2011).

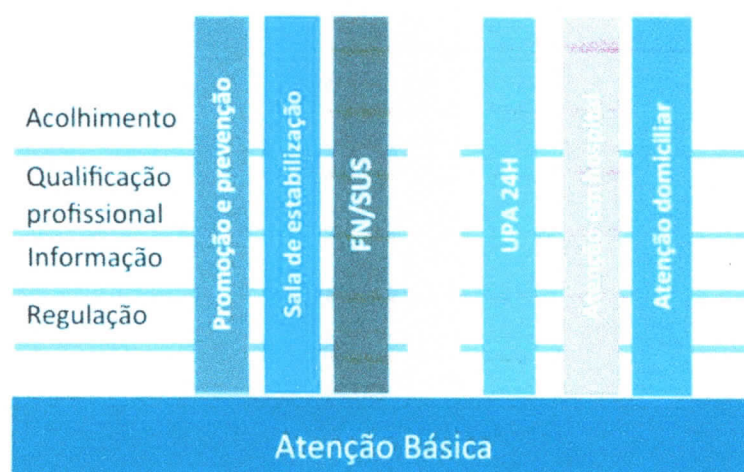
De acordo com o art. 3º, parágrafo 1º da Portaria 1600/2011, a Rede de Atenção às urgências, que está organizada no âmbito do SUS, tem por objetivo "articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna" (BRASIL, p. 3, 2011a).

Dessa forma, a RUE é uma rede complexa que atende as diferentes condições de saúde, composta por diversos níveis de atenção, com o intuito de garantir ações adequadas ao atendimento em situações de urgência, em que pressupõem características importantes como o acolhimento, capacitação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013a).

2.5. COMPONENTES DA RUE

De acordo com a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e institui a Rede no SUS, são componentes da RUE: promoção, prevenção e vigilância à saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h); Portas Hospitalares de urgência e emergência e atenção domiciliar (BRASIL, 2011a).

Figura 1- Componentes da RUE



Fonte: SAS/ MS, 2011

Estes componentes devem estar relacionados de forma complementar aos mecanismos organizados e regulados pelo sistema de referência e contrarreferência. Assim, é essencial que estes serviços sejam reconhecidos como parte integrante da RUE, realizando o acolhimento e atendendo de maneira adequada os usuários, e quando necessário, efetuar o devido encaminhamento (DAL SASSO *et al.*, 2013).

2.5.1. Promoção, prevenção e vigilância à saúde

Dentre seus objetivos, esse componente propõe o incentivo ao desenvolvimento de ações intersetoriais e de participação social que visam a promoção e vigilância à saúde, assim como a prevenção de agravos. Ações de saúde e educação continuada voltadas para a vigilância e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, mortes no trânsito, violência urbana e acidentes também estão entre seus objetivos (BRASIL, 2011a).

As causas externas têm sido consideradas um dos principais problemas na saúde pública, implicando diretamente na atenção à saúde prestada pelos componentes das RUE, desta maneira, constitui um desafio a incorporação de ações de vigilância, prevenção e promoção nesta rede (BRASIL, 2013a).

O desenvolvimento de ações de promoção da saúde são umas das estratégias do Ministério da Saúde para a prevenção de morbidades e melhoria da qualidade de vida da população, sendo utilizada também na gestão integrada e intersetorial de políticas públicas (BRASIL, 2013a).

2.5.2. Atenção Básica em Saúde

Esse componente é definido como a porta de entrada para os sistemas de saúde, onde é feito o primeiro atendimento de urgência e emergência em ambiente apropriado até a transferência ou encaminhamento a outros serviços de saúde, contudo ele vem sendo substituído gradativamente pelas unidades de urgência e emergência (BRASIL, 2004).

Os profissionais que trabalham na Atenção Básica têm a oportunidade de criar vínculos e de realizar ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças. No tocante ao processo de trabalho desses profissionais em relação as urgências e emergências, eles devem realizar o acolhimento com classificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e analisar as vulnerabilidades dos usuários (BRASIL, 2013a).

2.5.3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

O SAMU tem como objetivo chegar em tempo rápido e hábil à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, o qual possa ocasionar sofrimento, sequelas ou mesmo óbito, assim se faz necessário, garantir o atendimento e/ou transporte apropriado para um dos diferentes níveis de serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2011a).

Esse serviço é de suma importância no atendimento pré-hospitalar e no transporte de vítimas de caráter emergencial ou urgente, como em casos de intoxicações, de queimaduras, de maus-tratos, tentativas de suicídio, em casos de crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto em que exista

risco de morte para a mãe e/ou o feto, assim como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte (BRASIL, 2013a).

O Suporte Básico de Vida (SBV) compreende “um conjunto de habilidades cognitivas e motoras destinadas à manutenção, suporte ou restabelecimento da oxigenação, ventilação e circulação em pacientes com quadro de parada cardíaca, parada respiratória ou ambos” (MELO, p. 31, 2011).

O atendimento é feito por indivíduos que possuem capacitações em primeiros socorros, sob a supervisão do médico, tendo como finalidade a manutenção da vida, sem o uso de manobras invasivas (RAMOS; SANNA, 2005). Dentre os componentes do SBV estão as medidas de prevenção relacionadas direta e indiretamente à PCR, até a implantação do suporte avançado de vida (SAV) (MELO, 2011).

O SAV compreende no uso de manobras invasivas e de alta complexidade no atendimento às urgências, sendo realizado exclusivamente por médico e enfermeiro. Dentre as manobras constam: intubação endotraqueal, toracocentese, drenagem torácica, acesso venoso e outros (RAMOS; SANNA, 2005).

2.5.4. Sala de Estabilização

Trata-se de um ambiente que deverá garantir a estabilização de pacientes em estado crítico ou grave, durante o período de 24 horas, ligado a um equipamento de saúde e em articulação aos demais níveis de assistência, para futuro encaminhamento à rede de atenção à saúde (RAS) pela central de regulação das urgências (BRASIL, 2011a).

A SE poderá ser instalada em diversos serviços de saúde, públicos ou beneficentes, em hospitais de pequeno porte (HPP) com capacidade máxima de 30 (trinta) leitos e que encontre-se fora da área de abrangência das UPA 24 horas, assim como em outras unidades, como em unidades básicas de saúde (UBS) e unidade mista, desde que asseguradas as condições para o seu funcionamento por 24 horas e sete dias por semana (BRASIL, 2011b).

2.5.5. Força Nacional de Saúde do SUS

É o componente que tem por intuito juntar esforços visando garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações

com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos (BRASIL, 2011a).

2.5.6. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h)

Segundo a Portaria nº 342, de 4 de março de 2013, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é definida como um estabelecimento de saúde de média complexidade, que em associação com a Atenção Básica e Hospitalar devem compor uma rede organizada de atenção às urgências. Além disso, o seu funcionamento deve ocorrer nas vinte e quatro horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive feriados, contando com uma equipe multidisciplinar e qualificada (BRASIL, 2013b).

2.5.7. Portas Hospitalares de Urgência e Emergência

Na atenção hospitalar, a organização da RUE tem entre seus objetivos qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, uma vez que se configuram como serviços implantados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento contínuo ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (BRASIL, 2013a).

2.5.8. Atenção Domiciliar

É definido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde que ocorrem no espaço intradomiciliar. Assim, constitui uma nova modalidade de atenção à saúde que visa reorganizar o processo de trabalho dos profissionais de saúde que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011).

2.6. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

O campo de Urgência e Emergência é caracterizado como um importante elemento da assistência à saúde. Nos últimos anos, o crescimento da demanda de serviços nesta área, relacionados ao aumento no número de acidentes e violência urbana somados a falta de estruturação da rede são um dos fatores que têm colaborado para a sobrecarga destes serviços para o atendimento da população (BRASIL, 2001).

Com o objetivo de regulamentar a assistência à saúde seguindo as diretrizes e princípios do SUS, em 2003 é criada a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003). De acordo com Granja *et. al* (2013), esta política visa diminuir a sobrecarga dos atendimentos e garantir a assistência ao paciente em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até os níveis de alta e média complexidade.

No entanto, a instituição desta política deve seguir alguns componentes fundamentais como a adoção de estratégias que visem a promoção de qualidade de vida, organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção e orientação a população segundo os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2003).

2.6.1. Política Nacional de Humanização nos serviços de Urgência

A Política Nacional de Humanização (PNH) visa a articulação dos serviços de saúde em conformidade com os princípios do SUS, criando mudanças significativas nas práticas de gestão e cuidado. A PNH estimula a interrelação entre gestores, colaboradores e usuários com o intuito de fomentar métodos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto (BRASIL, 2013).

O Acolhimento constitui em uma das diretrizes da PNH, caracterizado pelo compromisso dos profissionais de saúde em satisfazer as necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde (SES/DF, 2018). De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento não é um ambiente ou um lugar, mas um comportamento humano, que demanda dos profissionais uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Assim, é diferenciado da triagem, pois configura-se como uma forma de inclusão que deve ocorrer em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

O acolhimento não é considerado uma novidade nos serviços de saúde do SUS, pelos quais integra resultados positivos e negativos. Grande parte dos conhecimentos a respeito desse tema se devem ao acúmulo prático de experiências já presenciadas. No entanto, algumas dessas experiências definiram o acolhimento como uma atitude de caráter voluntário baseado na bondade por parte de alguns profissionais (CARPEZANI; SERAPIÃO, 2017).

2.7. ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Diversos serviços de atendimento às urgências estão marcados pela superlotação, onde as pessoas disputam o atendimento sem nenhum critério, além da hora da chegada. A falta de classificação dos riscos ou dos níveis de dor são um dos fatores responsáveis pelo agravamento ou até morte dos indivíduos no âmbito hospitalar (BRASIL, 2009).

Segundo a Resolução CFM nº 2079 de 14 de agosto de 2014, a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco é obrigatória em todos os serviços de pronto atendimento 24h (UPAS-Unidades de Pronto Atendimento) e hospitalares. Além disso, todos os usuários que procuram esses serviços, independente do agravo, deverão ser atendidos por um profissional médico, não podendo ser dispensados ou encaminhados a outras unidades por profissional que não seja o médico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem se mostrado um instrumento eficiente com resultados satisfatórios em relação aos profissionais de saúde e pacientes, além do aumento da eficácia, desenvolvimento de equipes de referência, gestão compartilhada da clínica e a valorização do trabalho em saúde (SES/DF, 2018).

O ACCR tem por objetivo identificar pacientes que precisam de atendimento imediato e aqueles que podem esperar pelo atendimento em segurança. Desse modo, é um dispositivo de grande importância nos serviços de saúde com superlotação (ALBINO, GROSSEMAN, RIGGENBACH, 2007).

Uma das medidas necessárias para a implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco é estabelecer o fluxo interno de pessoas, dos protocolos de atendimento e classificação de risco, capacitação dos profissionais de saúde e colaboradores, identificar o perfil dos usuários e quantidade dos atendimentos diários, além da adaptação da estrutura física e logística da área de emergência (BRASIL, 2004).

Porém, nos serviços de urgência diversos fatores dificultam a qualidade da assistência como a superlotação, o atendimento fragmentado, conflitos e divergências de poder, desrespeito aos direitos dos usuários e outros (BRASIL, 2009). Esses fatores representam em empecilhos na atenção, uma vez que requerem investimentos financeiros elevados, grande esforço dos gestores e trabalhadores e, principalmente,

empenho dos usuários em compreender os processos que envolvem a rede de atenção à saúde (BELLUCCI JUNIOR *et al.*, 2015).

Para Hermida, *et al.*, (2018) O ACCR emerge pela escuta qualificada, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilidade, resolução dos serviços de saúde e a priorização dos pacientes mais graves para atendimento. Trata-se, de uma forma de dar um novo significado ao processo de triagem, o que torna tal processo uma ação de inclusão que passa por os todos os espaços e momentos do cuidado nos serviços de saúde.

Sal Dasso *et al.* (2013) afirma que a classificação de risco é utilizada em diversos países, através de protocolos que objetivam otimizar o atendimento de maneira rápida e segura nas situações de urgência e emergência. O desenvolvimento de um protocolo de classificação de risco, baseado em outros existentes e disponíveis nas literaturas, é fundamental para facilitar a interrelação entre os profissionais de saúde nos mais diversos setores da atenção, além da valorização dos profissionais dos serviços de urgência (BRASIL, 2009).

De acordo com Cordeiro Junior, Torres e Rausch (2014), além de diminuir o risco de agravamento dos pacientes antes do primeiro atendimento médico, uma classificação de risco estruturada amplia a satisfação do usuário e dos trabalhadores da saúde, assim como racionaliza o consumo de recursos.

Feijó *et al* (2015) pressupõe que a ACCR pode permitir maior racionalidade no atendimento de urgência por priorizar os atendimentos de maior risco, a organização dos serviços com adequado fornecimento de recursos humanos conforme horário de atendimento, adequação da estrutura de acordo com a natureza da demanda e a articulação em rede da atenção primária, secundária e terciária.

2.7.1. Os Eixos e Suas Áreas

O Ministério da Saúde organizou os espaços dos setores de urgência e emergência em eixos e áreas para proporcionar uma melhor compreensão do atendimento nestes espaços e evidenciar os níveis de risco dos usuários (DAL SASSO *et al.*, 2013).

Os eixos são divididos em dois principais: o paciente grave, com risco de morte, designado eixo vermelho e o paciente aparentemente não grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, designado eixo azul. (BRASIL, 2009).

Quadro 1- Os eixos e suas áreas

NÚMERO	EIXOS	ÁREAS
1	VERMELHO: Este eixo está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais	Área Vermelha: Nesta área está presente a sala de emergência, onde ocorre o atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos; Área Amarela: composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos). Área Verde: composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda.
2	AZUL: é o eixo dos pacientes aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco. Este eixo se compõe de 3 (três) planos de atendimento:	Plano 1: espaços para acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo. A diretriz principal, neste plano, é acolher, o que pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Plano 2: área de atendimento médico, lugar onde os consultórios devem ser planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade do paciente. Plano 3: áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização). É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe.

FONTE: Brasil (2009)

2.7.2. Protocolo de Manchester

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é um dos protocolos mais usados no Brasil (SILVA *et. al.*, 2013). Ele é um método internacionalmente conhecido, de fácil execução e que fornece regularidade na tomada de decisões, sendo amplamente difundido nos mais diversos sistemas de saúde (CRONIN, 2003 apud SANTOS FILHO, 2013).

O estado de Minas Gerais foi o primeiro estado do Brasil a utilizar esse sistema, sendo inclusive adotado como política pública a partir de 2008 (TORRES; BELISARIO;

MELO, 2015). A implementação do STM nos serviços de saúde depende da autorização do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR), a medida que é o representante oficial do protocolo no país (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

O STM classifica o paciente em cinco categorias ou níveis. Os níveis são distinguidos pelos critérios de número, cor, nome e tempo máximo aceitável até o atendimento médico inicial, conforme o quadro a seguir:

Quadro 2- Protocolo de Manchester

NÍVEL	COR	ATENDIMENTO/TEMPO
1 Emergente	Vermelho	Imediato
2 Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3 Urgente	Amarelo	60 minutos
4 Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5 Não Urgente	Azul	240 minutos

Fonte: Coutinho; Cecílio; Mota (2012).

De acordo com Bonzi e seus colaboradores (2017), a implantação do protocolo de Manchester tem entre seus objetivos, a melhora do atendimento nas RUE, uma vez que é considerado instrumento essencial na assistência à saúde, pois além de diminuir os índices de morbimortalidade, é utilizado com o intuito de diminuir o desgaste físico e mental dos profissionais nos serviços de saúde.

Em estudo realizado por Guedes, Martins e Chianca (2015) em que tinha como objetivo analisar o valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester em relação à evolução clínica de pacientes, constatou que o STM é um bom preditor para tempo de permanência hospitalar, já que pacientes com alta prioridade clínica ficam mais tempo internados do que os de baixa prioridade clínica. O STM também se mostrou um bom preditor do alta/transferência e óbito, uma vez que pacientes classificados pelo STM nas categorias de maior gravidade clínica foram os que mais vieram a óbito.

2.7.3. Emergency Severity Index-ESI

A escala de triagem ESI é amplamente utilizada nas emergências dos Estados Unidos da América. Ela foi desenvolvida em 1998 com o objetivo de classificar o risco dos usuários, implantada em 1999 em hospitais de ensino americanos, sendo aperfeiçoada e implantada no ano de 2000 em outros hospitais do país (SOUZA, 2009).

Essa escala apresenta cinco níveis de prioridade, sendo definida de acordo com critérios de um fluxograma, com avaliação dos recursos necessários para a assistência adequada, conforme quadro abaixo:

Quadro 3 – Descrição da Escala ESI

NÍVEL	ASSISTÊNCIA
Nível 1	emergente: avaliação médica imediata
Nível 2	urgente: recomenda-se não mais que 10 minutos para o atendimento
Nível 3	os sintomas relacionam-se a doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida
Nível 4	pacientes com queixas crônicas, sem ameaça a função de órgãos vitais
Nível 5	os pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos

Coutinho; Cecílio; Mota (2012).

2.7.4. Australasian Triage Scale (ATS)

Essa escala foi criada na Austrália na década de 70, formada por cinco prioridades baseada em tempo e cor. No entanto, ela sofreu algumas modificações tendo em vista as necessidades dos serviços de urgência. Atualmente tem sido adotada pelas autoridades de saúde como base de avaliação do desempenho das Unidades de Emergência (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

A ATS classifica os pacientes em cinco categorias de urgência, sendo descritos os critérios clínicos de cada nível e organização do tempo de espera para atendimento médico (SOUZA, 2009).

Quadro 4- Descrição da escala ATS

CATEGORIA	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	AValiação Médica
Categoria 1	Risco imediato à vida	Imediata
Categoria 2	Risco iminente à vida ou exigência de tratamento imediato.	< 10 minutos
Categoria 3	Potencial ameaça à vida/Urgência	30 minutos
Categoria 4	Situação de potencial urgência ou de complicações/gravidade importante	60 minutos
Categoria 5	Menos urgente ou problemas clinico-administrativos.	120 minutos

Fonte: Souza, 2009

2.7.5. Canadian Triage Acuity Scale – CTAS

A Canadian Triage Acuity Scale foi criada em 1999 pelo Canadá, nos quais possui cinco categorias de classificação de risco. Ela foi implantada com o objetivo de classificar os pacientes tendo em vista a gravidade de seus sinais e sintomas, assim, é priorizado o atendimento aos pacientes em estado mais grave (SOUZA, 2009).

Quadro 5- Níveis de classificação estabelecidos pela CTAS

CATEGORIA	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	TEMPO ALVO PARA AVALIAÇÃO MÉDICA
Nível 1	Ressuscitação. Risco iminente de deterioração das funções vitais	Imediata
Nível 2	Emergência. Condições que ameaçam a vida e requer intervenção rápida	Até 15 minutos
Nível 3	Urgente Condições potenciais de evolução para sérias complicações.	Até 30 minutos
Nível 4	Pouco urgente. Condições potenciais de evolução para complicações ou relacionadas à idade do paciente.	Até 60 minutos
Nível 5	Não urgente Condições agudas ou crônicas que não apresentam risco para deterioração das funções vitais	Até 120 minutos

Fonte: Souza, 2009

2.8. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

Na obstetrícia, o acolhimento nos hospitais e nas maternidades admite características próprias referentes a gravidez. A falta de conhecimento, acompanhada do pré-natal deficiente, bem como das crenças que permeiam o período gravídico, parto e nascimento podem gerar sentimentos de insegurança e preocupação, tanto para a gestante como para seus familiares, fazendo com que ela procure os serviços de urgência com regularidade (BRASIL, 2014).

O ACCR em Obstetrícia é uma ferramenta usada com o intuito de organizar as portas de entrada dos serviços de urgência obstétricos de maneira a assegurar o acesso de qualidade às mulheres no período gestacional e puerperal. Esse protocolo visa ainda diminuir as taxas de morbimortalidade materna, sendo considerado um

instrumento essencial na identificação da gestante em estado crítico e possibilitando a sua assistência imediata (SES/DF, 2018).

2.9. ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR) E A ENFERMAGEM

A função do enfermeiro na unidade de emergência baseia-se em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhar e ensinar na manutenção da saúde e orientar os doentes para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro da unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte essencial que integra a equipe de emergência (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

O acolhimento não se configura como sinônimo de classificação de risco, são dois processos distintos. O ato de acolher pode ser concebido como o comportamento da equipe na execução do atendimento, presente em todas as etapas do cuidado e realizada por todos os profissionais de saúde (UNA-SUS/UFMA, 2015).

Em seu artigo 1º, a Resolução COFEN 423/2012 diz que: "No âmbito da equipe de Enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão". Além disso, esta Resolução prevê que o enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Esse procedimento deverá ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as disposições da Resolução COFEN 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e aos princípios da PNH (COFEN, p.1, 2012).

A classificação de risco é de responsabilidade específica do enfermeiro, sendo assim, é o profissional que realiza o exame clínico e crítico das queixas e, a partir destas informações determina o risco para cada caso. O enfermeiro deve conhecer todas as etapas do processo de maneira holística e deve observar a abrangência do ACRR. (CAMARA *et al.*, 2015).

No âmbito da atenção às urgências, os enfermeiros assumem a responsabilidade de fornecer práticas de cuidado de forma contínua aos pacientes, dessa forma, necessitam de recursos humanos capacitados e em quantidade suficiente para atender a demanda (DAL SASSO *et al.*, 2013)

2.9.1. Processo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

Segundo Abbês e Massaro (2004), ao procurar os serviços de urgência, o usuário deve se encaminhar para a Central de Acolhimento, cuja finalidade é direcionar e organizar o fluxo, mediante a identificação da demanda dos usuários, definir as áreas de atendimento em nível primário, além de acolher pacientes e familiares diante das suas necessidades.

Ainda de acordo com os autores supracitados, depois de realizado o atendimento inicial, o paciente é direcionado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes critérios: situação/Queixa/Duração (QPD); Breve Histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas); Uso de Medicamentos; Verificação de Sinais Vitais; Exame físico resumido buscando sinais objetivos; Verificação da glicemia e eletrocardiograma quando necessário.

A identificação das prioridades pode ser feita através de adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência (BRASIL, 2004).

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo com abordagem quanti-qualitativa, descritivo-exploratório de acordo com os objetivos e caracteriza-se como pesquisa de campo quanto aos procedimentos.

A pesquisa quantitativa tem como objetivo organizar opiniões claras e concisas dos entrevistados através da quantificação dos dados coletados, à medida que utiliza instrumentos estruturados (FONSECA, 2002). A pesquisa qualitativa procura levantar dados a respeito das razões de uma determinada amostra, com o intuito de entender e interpretar comportamentos, os julgamentos e as expectativas da população estudada (GIL, 2010).

A pesquisa exploratória busca familiarizar o pesquisador com o problema, com o objetivo de torná-lo mais claro ou possibilitar a construção de hipóteses, sendo geralmente caracterizadas pelo levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2010).

Foi abordada ainda a pesquisa descritiva, que segundo Gil (2002, p. 42):

"As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então, o estabelecimento de relações variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, tais como o questionário e a observação sistemáticas".

A pesquisa de campo é realizada com a finalidade de fornecer informações e conhecimentos sobre um problema através da obtenção de respostas ou para a comprovação de hipóteses e identificação de novos acontecimentos (LAKATOS, 2003).

3.2. LOCAL DA PESQUISA

Itaituba é um município que está localizado no sudoeste do estado do Pará, às margens do Rio Tapajós. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no censo de 2010 era de 97.493 pessoas, com densidade demográfica de 1,57 habitantes/km². Para o ano de 2018 a população estimada é de 101.097 pessoas (IBGE, 2010).

3.2.1. Hospital Municipal de Itaituba

O Hospital Municipal de Itaituba (HMI) é um estabelecimento do tipo Hospital Geral, localizado na Avenida José Ribeiro dos Anjos, s/n, Bairro Boa Esperança. Ele é responsável pelo atendimento de demanda espontânea ou referenciada com horário de funcionamento de 24 (vinte e quatro) horas por dia.

O HMI é o único hospital público do município de Itaituba, referência em internações em clínicas básicas como: clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, UCI neonatal e urgência e emergência, para a toda a região do Tapajós que é formada por 06 (seis) municípios paraenses: Aveiro, Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso, Rurópolis e Trairão.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Itaituba, as instalações físicas do HMI são divididas em três modalidades de assistência: urgência e emergência, ambulatorial e hospitalar. O setor hospitalar é ainda composto pela clínica de internação, representadas a seguir na tabela 1.

Tabela 1- HMI. Instalações Físicas para Assistência.

HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA- Instalações físicas para assistência		
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/ Equipamentos
CONSULTORIOS MEDICOS	1	0
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	1	10
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	2
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	2
AMBULATORIAL		
Instalação:	Qtde/Consultório	Leitos/ Equipamentos
CLINICAS BASICAS	2	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	2	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
HOSPITALAR		
Instalação:	Qtde/Consultório	Leitos/ Equipamentos

SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	2
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	2
LEITOS RN PATOLOGICO	1	10
Serviços de Apoio		
Serviço:	Característica	
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PRÓPRIO	
FARMACIA	PRÓPRIO	
LAVANDERIA	PRÓPRIO	
NECROTERIO	PRÓPRIO	
S.A.M.E. OU S.P.P. (SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO	
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2019)

3.2.2. Setor de Urgência e Emergência

O setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba conta com cerca de 20 leitos e uma equipe integrada por 5 (cinco) médicos, 10 (dez) enfermeiros e 19 (dezenove) técnicos de enfermagem que atuam por intermédio de escala de trabalho (manhã/tarde/noite/descanso/folga).

A estrutura física deste setor é composta por: posto de enfermagem, sala de sutura, consultório de enfermagem, consultório médico e sala de administração de medicamentos.

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os alvos da pesquisa foram os enfermeiros que atuam no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba, que foram incluídos de acordo com os seguintes critérios: enfermeiros de ambos os sexos e faixa etária, com atuação no setor por mais de seis meses e que declararam o consentimento em participar da pesquisa por meio do TCLE. Foram excluídos da pesquisa, os enfermeiros que atuam em outros setores do Hospital.

3.4. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa foi feita por meio de questionários de acordo com o modelo apresentado aos enfermeiros (Apêndice A). Segundo Gil (2002, p.116) essa técnica

“consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos”. Dessa forma, ele é caracterizado pela obtenção de informações por escrito, com a finalidade de averiguar e avaliar as opiniões, interesses e situações vivenciadas pelos indivíduos que mantêm contato com o objeto investigado.

O questionário foi constituído de perguntas abertas (subjctivas) e fechadas (objetivas) nas quais objetivava analisar o cenário atual da assistência de enfermagem na Rede de urgências e emergências (RUE) do Hospital Municipal de Itaituba-PA.

As perguntas abertas tinham como intenção identificar a organização do acolhimento da RUE; as mudanças percebidas no atendimento aos pacientes que buscam o serviço; a importância da utilização do protocolo de acolhimento com classificação de riscos na assistência de Enfermagem da RUE do HMI; os desafios enfrentados para efetivar o acolhimento com classificação de riscos e as vantagens encontradas na assistência de enfermagem com a utilização do acolhimento com classificação de risco.

As perguntas fechadas foram estabelecidas com o intuito de caracterizar o perfil dos entrevistados através da idade, sexo, ano de formação e ano de admissão na instituição, além da utilização do protocolo de acolhimento com classificação de risco.

A análise das respostas foi feita através da técnica análise de conteúdo, em que visa organizar as respostas obtidas em eixos temáticos (BARDIN, 2016). Os dados foram tabulados em quadros, gráficos e tabelas com o auxílio do programa Microsoft Excel 2016, destacando-se sexo, idade, tempo de serviço na área dentre outros fatores.

Para a busca do conteúdo foram utilizados artigos científicos, monografias, dissertações, teses, livros e revistas de enfermagem impressos ou por meio de pesquisa na internet. Além de pesquisas em artigos, revistas, publicações, relatórios e manuais do MS (Ministério da Saúde) base de dados Scielo, Lilacs e BDENF, no período de maio a novembro de 2019.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

A autorização da pesquisa foi solicitada ao diretor da Instituição mediante Ofício, sendo evidenciado a natureza do estudo, que é meramente acadêmica para construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Após a autorização, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará para

aprovação conforme as recomendações da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2012)

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará (ANEXO B). As condições da pesquisa foram esclarecidas aos participantes de forma clara e objetiva, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em que foram elucidadas a finalidade do estudo e que este só seria realizado mediante a autorização pelo TCLE, garantido o anonimato e sigilo.

Para a realização da entrega dos questionários aos enfermeiros foi agendada data, horário e dia da semana oportunos dentro do próprio serviço, visando o conforto dos participantes. A pesquisa não apresentou riscos físicos aos seus participantes, todavia pôde apresentar riscos mínimos, como constrangimento destes ao responder parte do questionário. Sendo assim, com o objetivo de atenuar este risco foram realizadas orientações a respeito do conteúdo dos questionamentos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico serão apresentados os dados oriundos da coleta junto aos 10 (dez) enfermeiros que fazem parte do setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba-Pará, no mês de setembro de 2019. O teor das perguntas, assim como o perfil dos participantes do estudo, estão divididos em eixos temáticos.

Com o objetivo de manter o anonimato dos participantes, o nome destes estão representados pela palavra “Enfermeiro”, sucedidos pelos números de um a dez.

4.1. PERFIL DOS PARTICIPANTES

Os resultados apresentados no Quadro 6, referentes à caracterização do perfil dos enfermeiros estudados, mostram que dentre os 10 participantes da pesquisa, houve o predomínio de indivíduos do sexo feminino (80%). Em relação a faixa etária, são identificados indivíduos com média de 34,2 anos. O tempo de formação acadêmica varia entre 3 a 14 anos. O tempo de atuação desses profissionais no Hospital Municipal de Itaituba é de média de 2,6 anos.

IDENTIFICAÇÃO	GÊNERO	IDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA (ANOS)	TEMPO DE ATUAÇÃO HMI (ANOS)
Enfermeiro 1	Masculino	34	11	3
Enfermeiro 2	Feminino	44	3	2
Enfermeiro 3	Feminino	40	4	1
Enfermeiro 4	Feminino	31	3	2
Enfermeiro 5	Feminino	32	10	3
Enfermeiro 6	Feminino	35	14	3
Enfermeiro 7	Masculino	31	6	5
Enfermeiro 8	Feminino	39	3	1
Enfermeiro 9	Feminino	27	6	5
Enfermeiro 10	Feminino	29	4	1

Quadro 6- Perfil dos participantes; Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

Algumas características dos enfermeiros entrevistados como sexo e idade foram encontradas em outras literaturas (NETO *et al.*, 2013; DURO, LIMA, WEBER, 2017; HERMIDA *et al.*, 2018).

De acordo com Goulart (2011), a baixa remuneração e as relações de trabalho precárias reduzem a aderência dos profissionais ao SUS, o que pode explicar o pouco tempo de trabalho desses profissionais no HMI. Scarpelini (2007), afirma que o setor de emergência dos hospitais consiste na primeira oportunidade de emprego para médicos e enfermeiros jovens, que continuam nesses cargos até consolidarem sua condição profissional e econômica.

4.2. O ACOLHIMENTO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA

As respostas obtidas acerca de como é organizado o acolhimento da RUE no setor de urgência e emergência do HMI fornecem a ideia de que os usuários são acolhidos e atendidos de acordo com os critérios de gravidade e complexidade, conforme evidenciado no relato do Enfermeiro 4:

“O acolhimento na sala de emergência é voltado aos pacientes que estão com problemas de saúde mais graves, um atendimento que prioriza o imediato”.

Esse relato vai de encontro aos achados de Carpezani e Serapião (2017) em um estudo realizado em Lins-SP, em que a classificação de risco é utilizada com o intuito de priorizar o atendimento nas situações de urgência e emergência.

Ainda nas falas dos entrevistados, o acolhimento é confundido com a classificação de risco, limitado ao processo de classificar as patologias. No entanto, em alguns casos, como exemplifica bem o Enfermeiro 6, o acolhimento é feito *“de forma humanizada para que ocorra a garantia do acesso, sendo assim importante a escuta qualificada”*.

Para Camara e seus colaboradores (2015) a prestação de cuidados vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária. Nesse sentido, o acolhimento significa a humanização do atendimento, sendo a ferramenta que visa a garantia do atendimento para todos os usuários que procuram os serviços de saúde. Ou seja, é o acolhimento que garante, como objetivo final do trabalho de saúde, a resolubilidade efetiva do problema do usuário, como demonstrado na fala do Enfermeiro 8:

“O acolhimento no HMI é humanizado com o ato de acolher o paciente de forma psíquica, biológica e até espiritual, para o estabelecimento de sua saúde”.

4.3. O USO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELOS ENFERMEIROS

Quando questionados sobre o protocolo com classificação de risco, 70% (7) afirmaram fazer uso deste instrumento. Para Dias (2014), o uso da Classificação de risco pode garantir a eficácia do atendimento, realizando a avaliação do usuário rapidamente, reduzindo o tempo para o atendimento e proporcionando o atendimento adequado para cada agravo à saúde.

Referente as mudanças percebidas pelos enfermeiros no atendimento aos pacientes, as respostas obtidas alternam-se entre melhorias e dificuldades enfrentadas por esses profissionais no uso da classificação de risco:

“Mesmo com a implantação do protocolo, os usuários ainda não se conscientizaram de que é um atendimento de urgência ou emergência” (Enfermeiro 3).

Os achados de Costa *et al.* (2015) revelam que erros na "porta de entrada" dos serviços de emergência, em específico na classificação de risco e no acolhimento do usuário e acompanhante, podem distorcer o verdadeiro entendimento dos usuários, seus familiares e acompanhantes sobre o ACCR, levando-os a pensar que o ACCR é uma diretriz de atuação isolada na rede de atendimento, com atividade limitada para a resolução dos casos.

A redução de mortes evitáveis, a diminuição de usuários na fila de espera e a superlotação foram algumas das mudanças positivas identificadas pelos enfermeiros diante da implantação do protocolo de classificação de risco:

“A principal mudança que teve foi primeiramente a implantação do protocolo de Manchester, em que o atendimento é feito de acordo com o agravo de saúde, mediante a classificação de risco, ou seja, feito os cuidados por toda a equipe do hospital para o paciente que necessita de atendimento imediato” (Enfermeiro 4)

“O número de pacientes na fila de espera, desgarrados da Atenção Básica, diminuiu consideravelmente” (Enfermeiro 7)

Segundo GUEDES et al., (2014), os serviços de urgência e emergência têm constituído a principal porta de entrada ao sistema de saúde, sendo um recurso de acesso rápido para à população, o que é responsável pela superlotação nas unidades.

De acordo com Edwards e Sines (2008) apud Acosta, Duro e Lima (2012), muitas vezes o primeiro profissional de saúde que os pacientes e familiares veem quando chegam ao serviço é o enfermeiro responsável pela classificação de risco. Dessa forma, é essencial que ele possua excelentes habilidades de comunicação para acolher essas pessoas.

No que diz respeito a importância da utilização do ACCR, os discursos dos entrevistados mostraram que estes consideram a implantação desse dispositivo essencial para a assistência de enfermagem, semelhante aos achados de Zanelatto e Pai (2010), ao investigarem as vivências da equipe de enfermagem em relação à estratégia de acolhimento com classificação de risco.

Pergunta 4: Na sua concepção, qual a importância da utilização do protocolo de acolhimento com classificação de riscos na assistência de Enfermagem da RUE do HMI?

Enfermeiro 1	"Fundamental para priorizar os mais graves frente aos casos menos complexos, evitando assim o desperdício de tempo no atendimento"
Enfermeiro 2	"É assim, tem pessoas que entendem sobre o protocolo e esperam, outras não querem, é muito vantajoso para a equipe, pois qualquer ocorrência estamos respaldados".
Enfermeiro 3	"A conscientização"
Enfermeiro 4	"É de extrema importância, pois a partir dele, identificamos quem realmente está necessitando naquele momento de atendimento de urgência".
Enfermeiro 5	"Para melhorar o atendimento para os pacientes que estão em risco iminente de morte".
Enfermeiro 6	"O direcionamento do atendimento priorizando a nível da assistência de quem busca um atendimento de urgência e emergência".
Enfermeiro 7	"Como a maior parte dos atendimentos na sala de emergência são ambulatoriais, com a classificação de risco, os pacientes graves tem maior atenção e atendimento rápido".
Enfermeiro 8	"Melhorou com certeza, assim podemos dar um atendimento de qualidade quanto a necessidade de cada paciente com suas restrições".

Enfermeiro 9	"Para organizar o atendimento e prestar serviço de qualidade"
Enfermeiro 10	"Atender de forma rápida e eficaz o paciente que realmente necessita do atendimento de urgência e emergência".

Quadro 7- Importância do ACCR na assistência de Enfermagem; Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

Em relação as vantagens da assistência de enfermagem com a utilização do acolhimento com classificação de risco, como é reproduzido nas falas a seguir, os participantes mostram que o ACCR tem se tornado um instrumento essencial para a diminuição de morbimortalidades e de usuários na fila de espera:

"Aumento da sobrevida do paciente, diminuição de custo (ao encaminhar para a UBS), diminuição da superlotação do Pronto-socorro" (Enfermeiro 1)

"Atendimento rápido para pacientes graves; os pacientes aprendem qual é o principal atendimento da Sala de Emergência; Filas menores, pois quem entende como funciona uma Sala de Emergência só irá em casos necessários. Ao contrário, irá procurar uma unidade básica de saúde". (Enfermeiro 7)

O estudo realizado por Camara *et al.*, (2015) evidenciou que apesar das dificuldades, o acolhimento e a classificação de risco se mostram indispensáveis para um processo de trabalho mais eficaz, sendo de fundamental importância para a avaliação da população, aumentando a procura a este serviço.

Oliveira *et al.* (2017), ao realizar uma pesquisa no estado do Paraná, identificou que dentre as vantagens do dispositivo ACCR é que esse instrumento pode tornar mais ágil o atendimento aos pacientes com quadros clínicos considerados graves.

4.4. DIFICULDADES ENFRENTADAS PARA EFETIVAR O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS

A situação do setor de urgência e emergência do HMI vai de encontro com a realidade brasileira em que a atuação do setor é acima de sua capacidade máxima, com poucos funcionários e precariedade no desenvolvimento de atividades de educação permanente acerca da temática. A demanda é inadequada, as verbas são insuficientes, o gerenciamento de recursos é precário e não há leitos. (BRASIL, 2009).

Dentre os desafios identificados pelos enfermeiros, conforme as falas a seguir, está a conscientização por parte da população em aceitar o uso de um protocolo de classificação de risco. Observa-se que a excessiva demanda aos serviços de urgência é uma questão a ser resolvida, pois nota-se falhas na porta de entrada no serviço de urgência e emergência e na classificação de risco no acolhimento do usuário/acompanhante advindas da falta de conhecimento da população.

Pergunta 5:	Quais os desafios enfrentados para efetivar o acolhimento com classificação de riscos?
Enfermeiro 1	"Na nossa cidade, o maior desafio é a população aceitar o atendimento da classificação de risco, dando prioridade de atendimento aos mais graves e aguardar até o tempo máximo de espera para cada classificação"
Enfermeiro 2	"É complicado porque tem pessoas que não conhecem sobre o protocolo de classificação de risco, e é bom para a equipe que atende"
Enfermeiro 3	"O atendimento dos usuários"
Enfermeiro 4	"Acredito que o principal desafio tem sido educar, conscientizar aqueles pacientes que tem dificuldade para entender que o atendimento de emergência é para evitar complicações graves, para quem precisa de assistência urgente. Confundem muito com atendimento ambulatorial"
Enfermeiro 5	"A população não entende o que é classificação de risco e prioridade de atendimento"
Enfermeiro 6	"Podemos ressaltar que trata-se de algo cultural, pois a maior parte da população não tem conhecimentos de um atendimento de urgência e emergência, assim superlotando o pronto atendimento".
Enfermeiro 7	"A falta de consciência e não compreensão dos pacientes de menor risco".
Enfermeiro 8	"No nosso município enfrentamos dificuldades devido a falta de informações que deveriam repassar nas mídias como televisão, rádios e até mesmo em palestras."
Enfermeiro 9	"Falta de recursos".
Enfermeiro 10	"Conscientização da população e qualificação dos profissionais que realizam seleção de risco".

Quadro 8- Desafios para efetivar o acolhimento com classificação de risco; Dados da Pesquisa, 2019.

Semelhante aos achados do estudo, dentre as dificuldades encontradas por Duro, Lima e Weber (2017) está o acolhimento durante a avaliação e a priorização do atendimento dos usuários. No que diz respeito aos recursos humanos, os problemas assinalados por Torres, Belisario e Melo (2015) são: capacitação e preparo impróprios para o desempenho das atribuições na urgência, escassez de profissionais, inclusive especialistas, obstáculos em fixar e estabilizar profissionais, rodízio e remuneração incompatível com as atribuições.

Nascimento *et. al* (2011), ao realizarem um estudo em Santa Catarina-PR, identificaram que dentre as dificuldades encontradas na implantação do protocolo de classificação de risco estão a falta de conhecimento da população, a alta demanda nos setor de emergência, a precariedade do setor público, recursos e número de profissionais insuficientes, falta de estrutura física, de instalações e equipamentos hospitalares, e falhas na gestão do serviço.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento com classificação de risco é um dispositivo elaborado para identificar e priorizar o atendimento de acordo com o quadro clínico dos pacientes, que visa diminuir complicações e o tempo de espera em casos mais graves.

O enfermeiro é o profissional responsável pela ACRR que dispõe do conhecimento científico, prático e técnico para avaliar as necessidades e gravidade de atendimento dos pacientes, a fim de tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

A situação do setor de urgência e emergência do HMI vai de encontro com a realidade brasileira em que a atuação do setor é acima de sua capacidade máxima, com poucos funcionários e precariedade no desenvolvimento de atividades de educação permanente acerca da temática.

O acolhimento da RUE no setor de urgência e emergência do HMI é realizado com o intuito de priorizar os casos mais graves. Os usuários são acolhidos e atendidos de acordo com os critérios de gravidade e complexidade. Em relação as vantagens da assistência de enfermagem com a utilização do acolhimento, os participantes mostram que o ACCR tem se tomado um instrumento essencial para a diminuição de morbimortalidades e de usuários na fila de espera.

Os resultados desta pesquisa evidenciam a importância do acolhimento com classificação de risco na assistência aos usuários no setor de urgência e emergência, uma vez que possibilita um atendimento rápido e eficaz aos mais necessitados e assim diminui de maneira significativa os índices de mortalidades por causas evitáveis.

6. REFERÊNCIAS

ABBES, Claudia; MASSARO, Altair. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma éticoestético no fazer em saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília-DF. Série b. Textos básicos em saúde. 1a edição. 2004.

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**. 2012;33(4):181-190. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n4/23.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivo Catarinense de Medicina**. Arquivos Catarinenses de Medicina. vol. 36, n. 4. 2007. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/523.pdf>. Acesso em 03 jul. 2019.

ALMEIDA, Paulo George dos Santos; PIRES, Denise Elvira Pires de. Trabalho em emergência: Entre o sofrimento e o prazer. **Rev. Eletr. Enferm**, v. 09, n. 03, p. 617-29, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7445/5282>. Acesso em: 26 mai. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2016.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; VITURI, Dagmar Willamowius; VERSA, Gelena Lucinéia Gomes da Silva; FURUYA, Priscila Satie; VIDOR, Rafaela Calinca; MATSUDA, Laura Misue. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Rev Enferm UERJ**. 2015;23(1)82-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a14.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019

BONZI, André Ricardo Bezerra; BEZERRA, Daniel Sarmento; BRITO, Ramayana Adolfo Sabino Medeiros de; BASTOS, Waléria; ALVES, Rayane Santos. Enfermagem e protocolo de Manchester: revisão bibliográfica. **III Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**. 2017. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV108_MD1_SA4_ID197_04032018155622.pdf. Acesso em: 05 jul. 2019.

BRASIL. **Lei 8.080**- Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em:

<http://www.corentocantins.org.br/upload/leis/Lei%20N%C2%BA%208.080.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com classificação de risco**. Brasília, 2004. (Série Cartilhas da PNH).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº- 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011a. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria n 1600 de 07 07 11 Política N ac Urg Emerg.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria%20n%C2%BA%201600%20de%2007%20de%20julho%20de%202011.pdf). Acesso em: 26 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863 26 09 2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html). Acesso em: 26 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354 10 03 2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html). Acesso em: 25 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política Nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília: MS; 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento classificacao risco servico urgencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf). Acesso em: 03 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: Acesso em: 17 jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao redes atencao saude sas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 17 jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde- SUS:** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf . Acesso em: 17 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Urgência e Emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria-2048-2002.pdf>. Acesso em 03 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília/DF 1990. Disponível em: [http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc do sus doutrinas e principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf). Acesso em: 18 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS:** a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 3.ed. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 17 jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Normalização. Atenção hospitalar.** Brasília: MS; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 03 jul. 2019.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 06 jul. 2019.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011: Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 06 jul. 2019.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 342, de 04 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Alterado pela portaria nº 104/GM/MS de 15.01.2014.2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011.** Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 17 jul. 2019

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência a saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 29 jun. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 26 mai. 2019.

CAMARA, Rhamaia Ferreira; PAULINO, Tayssa Suelen; PEREIRA, Fabio Claudiney da Costa; NELSON, Isabel Cristina Amaral de Souza Rocco; ROCHA, Karolina Moura; NETO, Luiz Inácio. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. **Revista Humano Ser - UNIFACEX**, Natal-RN, v.1, n.1, p. 99-114, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/628/146>. Acesso em: 08 jul. 2019.

CARPEZANI, Elvira Maria; SERAPIÃO, Maria Iracilda. **Acolhimento com Classificação de Risco:** avaliando o serviço a partir da demanda de pacientes de uma unidade de pronto Socorro no Município de Lins. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UniSALESIANO, Lins-SP 2017. 86p. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/61002.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2019.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 423/2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html. Acesso em: 08 jul. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.079/14**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2079.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2019.

CORDEIRO JUNIOR, Welfane; TORRES, Bárbara Lopes de Brito; RAUSCH, Maria do Carmo Paixão. **Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos**. Grupo Brasileiro de Classificação de risco, 2014. Disponível em: <http://gbcr.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2019.

COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira, MOTA Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**. 2012; 22(2): 188-198. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>. Acesso em: 05 jul. 2019.

DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon; DARLI, Maria Célia Barcelos; CHAVES Lucieli Dias Pedreschi; AZEVEDO, Ana Lídia de Castro Sajioro. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Classificação de risco e acolhimento**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

DIAS, Elizangela de Santana Santos. Classificação de risco: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173433/Elizangela%20de%20Santana%20Santos%20Dias%20-%20EMG%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 set. 2019.

DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; WEBER, Luciana Andressa Feil. Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência. **Rev Min Enferm**. 2017;21:e-1062. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1200>. Acesso em: 29 set. 2019.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda; CORDONI JUNIOR, Luiz; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; DIAS, Alexsandro Oliveira. Análise da demanda atendida em unidade de

urgência com classificação de risco. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 627-636, jul-set 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Definições de urgência e emergência**: critérios e limitações. In: Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde collection, p. 15-26. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zt4fq/pdf/giglio-9788575413784-02.pdf>. Acesso em 25 mai. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. -5. Ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

GRANJA, Gabriela Ferreira; VIANA, Ana Luíza d'Ávila; IBÁÑEZ, Nelson; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS**: avanços e desafios na efetivação das redes de atenção à saúde. In: Congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde, 2., 2013, Belo Horizonte. Anais... São Paulo: Abrasco, 2013, p. 116. Disponível em: http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/008.pdf. Acesso em: 26 mai. 2019.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**. 2. ed. 2015. DISPONÍVEL em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.

GUEDES, Helisamara Mota; MARTINS, José Carlos Amado; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n.1, jan-fev, p: 45-51, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100045. Acesso em: 05 jul. 2019.

HERMIDA, PMV; NASCIMENTO, ERP; ECHEVARRÍA-GUANILO, ME; BRÜGGEMANN, OM; Malfussi, LBH. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev Esc Enferm USP** - 2018;52:e03318. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-S1980-220X2017001303318.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2019.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**/ Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. - 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

MACKWAY-JONES, K; MARSDEN, J; WINDLE J. **Emergency triage**: Manchester triage group. Massachussets: blackwell publishing, 2006.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: MENDES, E. V. A redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 61-208. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 17 jul. 2019

NETO, Alcides Viana de Lima; NUNES, Vilani Medeiros de Araújo; FERNANDES, Rafaella Leite; BARBOSA, Ilcarla Mayara Lopes; CARVALHO, Gysella Rose Prado de. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Rev Enferm UFSM**, 2013 Mai/Ago;3(2):276-286. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/8279-47891-1-PB.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; GATTI, Ana Paula; BARRETO, Mayckel da Silva; BELLUCCI JUNIOR, José Aparecido; GÓES, Herbert Leopoldo de Freitas; MATSUDA, Laura Misue. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(1):e0960014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf. Acesso em: 08 out. 2019.

OPAS/OMS. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. / Antônio Jorge de Souza Marques. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede-de-urgencia-e-emergencia-norte-minas-estudo-de-caso.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2019.

RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2005, vol.58, n.3, pp.355-360. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300020>. Acesso em: 17 jul. 2019

SANTOS FILHO, Luiz Alberto Marques. **Revisão sistemática do Sistema de Triage de Manchester na estratificação de risco**. Salvador: 2013. 28p. Monografia de Conclusão do Curso de Medicina- Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13387/1/Luiz%20Alberto%20Marques%20Santos%20Filho.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.

SES/DF- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/MANUAL-DE-ACOLHIMENTO-E-CLASSIFICA%C3%87%C3%83O-DE-RISCO-DA-REDE-SES-Web.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2019.

SILVA, Ana Paula da, DINIZ, Aline Santos; ARAÚJO, Francielli Aparecida SOUZA, Cristiane Chaves de. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. **Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min**, v.3, n.1, p: 507-517, 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/287/381>. Acesso em: 05 jul. 2019.

SILVA, Pollyane Liliane; PAIVA Luciana; FARIA, Veridiana Bernardes; OHL, Rosali Isabel Barduchi; CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(3):427-433. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf. Acesso em: 03 jul. 2019.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-83FKCZ/cristiane_chaves_de_souza.pdf?sequence=1. Acesso em: 08 jul. 2019.

TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa; BELISARIO, Soraya Almeida; MELO, Elza Machado. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde soc**. 2015, vol.24, n.1, pp.361-373. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0361.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

ZANELATTO, Daiana Maggi; PAI, Daiane Dal. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciênc Cuid Saúde**. 2010; 9(2):358-65. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d1c4/227d9a091c287e770692436a0216bee5ea16.pdf>. Acesso em 08 out. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



Centro de Estudo Superiores de Itaituba S/C LTDA
Faculdade de Itaituba – FAI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- ENFERMEIROS

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar, voluntariamente, na qualidade de profissional de saúde, desta pesquisa, que lhe trará como benefícios a oportunidade de apontar quais as dificuldades enfrentadas para desempenhar as suas atribuições e competências neste setor, com a finalidade de oferecer subsídios para a edificação de estratégias que facilite e organize a assistência de enfermagem na Rede de Urgência e Emergência (RUE) do Hospital Municipal de Itaituba.

A presente pesquisa, denominada de “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA (HMI)” tem por objetivo Analisar o cenário atual da Assistência de Enfermagem na Rede de urgências e emergências (RUE) do Hospital Municipal de Itaituba (HMI).

Essa pesquisa é de grande relevância para a área da saúde, pois a prestação da Assistência de Enfermagem através da Classificação de Risco possibilita organizar, qualificar e humanizar o atendimento, por isso é imprescindível investir neste serviço, treinar os profissionais, dando melhora as condições de serviços e principalmente, realizar educação em saúde para que o usuário entenda o sentido deste serviço. Outro ponto indispensável é direcionar esse paciente/cliente para onde possa ser recebido para tratar ou investigar sua patologia.

Esta pesquisa não apresenta riscos físicos aos seus participantes, todavia pode apresentar riscos mínimos, como constrangimento dos mesmos ao responder parte do questionário. Sendo assim, com o objetivo de atenuar este risco serão realizadas orientações a respeito do conteúdo dos questionamentos.

Conforme a resolução do CNS nº 466/2012, caso o participante sinta-se prejudicado o mesmo tem direito a indenização com cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano mediante a comprovação nexa causal.

Está pesquisa só será desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UEPA - Universidade do Estado do Pará – Campus XII – Tapajós, localizada na Av. Plácido de Castro, 1399, no bairro Aparecida do Município de Santarém – PA, com Cep: 68.040.090 e contato de telefone: (93) 3512-8013, Fax: (93) 3512-8000 e E-mail: cepuepa@outlook.com.

O Comitê de Ética e Pesquisa – CEP é responsável pela avaliação ética dos projetos de pesquisa, e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Ademais devem informar e educar seus membros e a comunidade quanto a sua função no controle social.

No caso de quaisquer dúvida ou questionamento você poderá entrar em contato com a pesquisador principal desta pesquisa, Cleidimara Gonçalves de Sousa pelo telefone (93) 991204039 ou pelo e-mail cleydimara@hotmail.com

Sua participação nesta pesquisa é voluntaria, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não lhe implicará em qualquer prejuízo. Será garantida a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. O conteúdo desta entrevista será utilizado para fins de pesquisa sobre a temática, cujos resultados serão publicados ou apresentados em eventos científicos. Você poderá ter acesso aos resultados gerais da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com o pesquisador. Sendo o termo redigido em mais de uma folha, as mesmas são numeradas e deverão ser rubricadas por todos os participantes do estudo em todas as suas folhas.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu _____

declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se

assim o desejar, e em caso de dúvidas poderei entrar em contato a qualquer momento com as pesquisadoras Juliane Almeida Lira, pelo telefone (93) 991247285 ou pelo e-mail ajulira28@hotmail.com e , pelo telefone (93) 991101903 ou pelo e-mail cleydimara@hotmail.com

Sendo assim, declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Itaituba, _____ de _____ de 2019.

Participante

Cleidimara Gonçalves de Sousa
Pesquisadora

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO

**CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA S/C LTDA**

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PORTARIA/MEC Nº 251 DE 07/07/2011.

Pesquisa: Assistência de enfermagem na Rede de Urgências e Emergências (RUE) do Hospital Municipal de Itaituba-PA

Pesquisadora: Cleidimara Gonçalves de Sousa

Identificação do Participante

Nome: _____

Data: __/__/__

Idade: _____

Sexo: () feminino () masculino

Ano de formação: _____

Ano de Admissão na Instituição: _____

QUESTIONÁRIO

1. Como é organizado o acolhimento da RUE do HMI?

2. Vocês utilizam o protocolo de acolhimento com classificação de risco?

() sim () não

3. Se sim, quais as mudanças percebidas no atendimento aos pacientes que buscam o serviço?

-
-
4. Na sua concepção, qual a importância da utilização do protocolo de acolhimento com classificação de riscos na assistência de Enfermagem da RUE do HMI?
-

5. Quais os desafios enfrentados para efetivar o acolhimento com classificação de riscos?
-

6. Quais as vantagens encontradas na assistência de enfermagem com a utilização do acolhimento com classificação de risco?
-
-
-

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA DE ITAITUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ITAITUBA-SEMSA
HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA- HMI

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, ADRIANO DE AGUIAR COUTINHO na condição de diretor do Hospital Municipal de Itaituba, declaro que a pesquisadora CLEIDIMARA GONÇALVES DE SOUSA, acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade de Itaituba, está autorizada a realizar nesta Instituição a pesquisa "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA (HMI)", cujo o objetivo principal é analisar o cenário atual da Assistência de Enfermagem na Rede de urgências e emergências (RUE) do Hospital Municipal de Itaituba. A pesquisa consiste na entrevista de enfermeiros que fazem parte do setor de emergência desta Instituição. Além disso, a participação dos enfermeiros é voluntária e só será efetivada mediante a assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE)

Após a conclusão do estudo, os resultados serão encaminhados para o Hospital Municipal de Itaituba e para os enfermeiros participantes da pesquisa

Itaituba, Para, 06 de Agosto de 2019.

Adriano de Aguiar Coutinho
(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

Adriano de Aguiar Coutinho
Diretor Municipal de Saúde
HMI

