



**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**O ACOLHIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE-GO: UMA ANÁLISE DESSES
PROFISSIONAIS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A VISÃO DOS
USUÁRIOS, ANTES DE SUA IMPLANTAÇÃO.**

**Leidiane De Souza Gomes
Divina Nábia Buraneli De Moura
Diangeles Chagas Inocêncio Da Silva**

Orientador: Prof. Esp. Tatiane Rodrigues da Silva.

Trindade - GO
2013

**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**O ACOLHIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL
DE URGÊNCIAS DE TRINDADE-GO: UMA ANÁLISE DESSES PROFISSIONAIS
SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A VISÃO DOS USUÁRIOS, ANTES DE
SUA IMPLANTAÇÃO.**

Leidiane De Souza Gomes

Divina Nábila Buraneli De Moura

Diangeles Chagas Inocência Da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Tatiane Rodrigues da Silva.

Trindade – GO

2013

Leidiane De Souza Gomes
Divina Nábia Buraneli De Moura
Diangeles Chagas Inocência Da Silva

**O ACOLHIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL
DE URGÊNCIA DE TRINDADE-GO: UMA ANÁLISE DESSES PROFISSIONAIS
SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A VISÃO DOS USUÁRIOS, ANTES DE
SUA IMPLANTAÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, aprovada pela seguinte
banca examinadora:

Prof. Esp. Tatiane Rodrigues da Silva
(Faculdade União de Goyazes)

Prof. Esp. Edna Aparecida Moraes da Silva
(Faculdade União de Goyazes)

Prof. Esp. Sandra Rosa Souza
(Faculdade União de Goyazes)

Trindade - GO
2013

O ACOLHIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TRINDADE-GO: UMA ANÁLISE DESSES PROFISSIONAIS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A VISÃO DOS USUÁRIOS, ANTES DE SUA IMPLANTAÇÃO.

Leidiane De Souza Gomes ¹
Divina Nábila Buraneli De Moura ¹
Diangeles Chagas Inocência Da Silva ¹
Tatiane Rodrigues da Silva ²

RESUMO

A superlotação nos serviços de Urgência e Emergência tem aumentado nos últimos anos, devido à grande quantidade de pessoas que chegam a esses serviços para serem atendidas, e que, poderia ser solucionado nas Unidades de Atenção Primária (PSFs). Para melhorar o atendimento nas unidades de Urgência e Emergência segundo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, o município deve elaborar um protocolo sobre Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e posteriormente adaptá-lo para a realidade das instituições de saúde. Este estudo teve como objetivo identificar o nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem, e a opinião, nível de satisfação e compreensão dos usuários quanto ao Acolhimento com Classificação de Risco em um Hospital de Urgência que ainda não tem esse programa, por meio de questionários individuais com questões de múltipla escolha, direcionado para os profissionais de enfermagem e para os usuários da unidade.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento, Classificação de Risco, Humanização, Protocolo de Manchester, Enfermagem.

ABSTRACT

Overcrowding in Emergency Department services has increased in recent years due to the large amount of people coming to these services to be met, and that could be solved in Primary Care Units (PSFs). To improve care in the Emergency Department units according to the National Humanize Hospital, the municipality must prepare a protocol on Home to Risk Rating (ACCR) and then adapt it to the reality of health care institutions. This study aimed to identify the level of knowledge of nursing professionals, and opinion, satisfaction and understanding of users as with the Home risk rating in a Hospital Emergency that do not have this program through questionnaires with individual multiple choice questions, directed to nursing professionals and users of the unit.

KEYWORDS: Reception, Risk Rating , Humanization , Manchester Protocol , Nursing .

¹ Acadêmico do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes;
² Orientador: Prof. Esp. Em enfermagem da Faculdade União de Goyazes.

INTRODUÇÃO

O sistema de triagem teve início, primeiramente, no limiar do século XIX entre militares americanos para ordenar os soldados feridos em batalha para efeitos da determinação das prioridades de tratamento. Os feridos eram classificados por gravidade de lesões com o objetivo de retornar o quanto antes ao campo de batalha, diminuindo assim a quantidade de soldados mortos devido à demora no atendimento (GILBOY; TRAVERS; WERZ, 2005, *apud* TOLEDO, 2009).

Os protocolos mais utilizados em serviços de classificação de risco das unidades de urgência e emergência, em nível mundial, são basicamente quatro: o *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), o *Australian Triage Scale* (ATS), o *Emergency Severity Index* (ESI) e o *Manchester Triage System* (MTS) (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2013).

Apesar de existir quatro tipos de protocolos de classificação de risco das unidades de urgência e emergência, no Brasil o protocolo mais utilizado é o protocolo *Manchester Triage System* (MTS). Esse protocolo de Manchester foi criado na cidade de Manchester, Inglaterra, pelo grupo de triagem de Manchester em 1994, e teve sua segunda edição traduzida para o português, em 2002, pelo Grupo Brasileiro de Triagem. Um dos principais objetivos do MTS é facilitar a gestão clínica dos doentes e a gestão do serviço de urgência. O MTS trabalha com a classificação seguindo cinco cores, a saber: vermelho (atendimento emergente), laranja (atendimento muito urgente), amarelo (atendimento urgente), verde (atendimento pouco urgente) e azul (atendimento não urgente) (TOLEDO, 2009).

No estado de Minas Gerais, o governo, em decisão, no ano de 2007, optou por adotar o protocolo de Manchester como ferramenta para guiar a decisão clínica do enfermeiro que realiza a classificação de risco em todas as unidades de urgência do estado (TOLEDO, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) busca a padronização do processo de acolhimento com classificação de risco através da adoção de medidas que uniformizem esse processo em todo o território nacional segundo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). No nível nacional, alguns hospitais brasileiros foram pioneiros na implantação de protocolos de classificação de risco, baseando-se, sobretudo nos protocolos internacionais

existentes. Um exemplo é o estado de Minas Gerais que implantou o Programa de Classificação de Risco em todos os hospitais do estado.

Para Pires (2003), a triagem realizada nas unidades de urgência deve possuir caráter de organização do fluxo de clientes de acordo com o potencial risco de vida ou necessidade de apoio, diagnóstico e tratamento, não devendo ser utilizada para fins de exclusão de atendimento. Considerando a definição da palavra triagem que é a escolha, seleção, optou-se utilizar, nesse estudo o termo “Classificação de Risco”, por se assemelhar com o propósito do atendimento realizado para estratificação de risco, seguindo, inclusive, sua utilização pelo MS no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (FERREIRA, 2001 *apud* TOLEDO, 2009).

A classificação de risco deve ser realizada por meio de um protocolo que leve em conta a agilidade no acolhimento avaliando o grau de necessidade de atendimento. O critério deixaria de ser a ordem de chegada para priorizar a clientela com maior risco ou de maior sofrimento. (TOLEDO *et al*; 2009; GORANSSON, 2006).

A superlotação nos serviços de Urgência e Emergência é um grande problema para a saúde pública no qual, apesar dos grandes avanços na área da saúde, ainda vivenciamos. A Classificação de Risco foi criada para solucionar, evitar as mortes e agravamentos das patologias por atendimentos tardios e agilizar o atendimento, mudando o processo de atendimento atentando para o grau de complexidade do quadro clínico e de cada patologia, e não mais priorizar a ordem de chegada (BRASIL, 2002).

Um problema que vemos atualmente é a grande quantidade de pessoas que chegam aos serviços de Urgência e Emergência para serem atendidos, e que, na verdade, poderia ser solucionado nas Unidades de Atenção Primária (PSFs), por esse motivo, gera-se uma superlotação no Pronto Socorro onde poderiam oferecer um serviço de excelência para as pessoas com casos realmente emergenciais ou de urgências. Outro grande problema encontrado são as pessoas que chegam ao serviço de Urgência e Emergência que acabam por obter um atendimento sem critério nenhum de risco, a questão levada em consideração é o da ordem de chegada, deixando de considerar a gravidade dos casos. Isso aumenta a fila de espera e favorece até mesmo óbitos devido ao não atendimento no tempo correto (BRASIL, 2006).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) utilizado como dispositivo técnico assistencial possibilita a reflexão e mudança nas maneiras de executar a assistência, visto que questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços (SCANDELAR; ALVES; GRUCHOUSKEI, 2011).

O ACCR configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micro políticas (BRASIL, 2009).

No Brasil a classificação de risco foi desenvolvida por diversos protocolos, que priorizam em primeiro lugar a prestação rápida no atendimento a pessoas que necessitam de uma conduta imediata. Por isso, todos os protocolos são baseados na avaliação primária do paciente, já bem desenvolvida para o atendimento em situações de catástrofes segundo o protocolo de Manchester e adaptado para os serviços de urgência.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), iniciado em 2001 e se caracteriza por um conjunto de ações integradas que visam mudar os padrões de assistência ao usuário dos hospitais públicos brasileiros, através do aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde e usuários. Assim, o Ministério da Saúde lançou a cartilha do Programa Nacional de Humanização (PNH), sobre o acolhimento com classificação de risco. Refere que no serviço de saúde o acolhimento pode ser feito por qualquer profissional da saúde, já o acolhimento com classificação de risco tem que ser feito pelo enfermeiro da unidade sendo este capacitado para tomar decisões rápidas de acordo com seus conhecimentos fisiopatológico (BRASIL, 2001).

A classificação é feita a partir das queixas, sinais, sintomas, sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor, glicemia entre outros. Após essa avaliação os pacientes são identificados de acordo com o protocolo (BRASIL, 2009).

Segundo o Manual de Orientação para o Acolhimento e Avaliação e classificação de risco da cidade de Goiânia (MOAACRCG), os pacientes devem ser classificados como: emergência, urgência, urgência relativa e casos agudos. E distribuídos no atendimento por áreas previamente denominadas por cores, sendo elas: vermelha, amarela, verde e azul. (BRASIL, 2011)

- A cor vermelha deverá ser utilizada para os casos de emergência com alto risco de morte, como inconsciência, torpor, ausência ou dificuldade grave de respirar, sinais evidentes de traumas e alterações severas dos sinais vitais. O atendimento e encaminhamento devem ser imediatos ao serviço de emergência sem nenhum tipo de espera;
- A cor amarela deverá ser utilizada para os casos de urgência com risco de morte iminente, ou seja, quando o paciente apresentar diminuição do nível de consciência, dificuldade para respirar, dor intensa e alteração dos sinais vitais. O atendimento ao paciente deverá ser rápido e encaminhado imediatamente à consulta de enfermagem para a classificação de risco e o atendimento, e tempo de espera deste paciente para o atendimento não deverá ser superior a quinze minutos;
- A cor verde deverá ser utilizada para os casos de urgência que não representam risco de morte iminente como queixas respiratórias de pequena intensidade, dor moderada, alterações discretas dos sinais vitais. O atendimento ao paciente deverá ocorrer no período de trinta minutos e três horas;
- A cor azul será utilizada para os casos agudos que não representarem risco iminente de morte, ou seja, queixas crônicas sem alterações agudas. O atendimento ao paciente será realizado no ambulatório e seu prazo para ser atendido poderá ser de três horas até sete dias (BRASIL, 2011).

Em um contexto geral o enfermeiro deve estar apto para o acolhimento com classificação de risco seguindo os protocolos estipulados. Segundo o MS todas as secretarias municipais de saúde deveriam ter e implementar um Manual de Orientação para o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas unidades de Pronto Socorro (PS).

A classificação de risco deve ser realizada pelo Enfermeiro de nível superior, já que exige conhecimento científico adequado, e a capacidade de tomar decisões rápidas (NISHIO; FRANCO, 2011) e que tenha uma visão holística para a avaliação dessa classificação.

Resolução do COFEN nº 423/2012; o artigo 11, inciso I, alínea "m", da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986, assegura que o Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe, privativamente, a execução de cuidados de enfermagem de maior complexidade

técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

O objetivo do presente estudo é identificar o grau de conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco entre os profissionais de enfermagem que realização a triagem e, a visão e satisfação dos usuários sobre a mesma, obtendo informações quanto à necessidade de se implantar o acolhimento com classificação de risco no Hospital de Urgência de Trindade - GO (HUTRIN).

Para a realização do trabalho foi utilizado como referência além das bibliografias estudadas o Manual de Orientação Para o Acolhimento com Classificação de Risco, da cidade de Goiânia devido a proximidade com a cidade de Trindade, o protocolo de MST foi escolhido pela cidade de Goiânia como referência para a elaboração do manual de acolhimento com classificação de risco da cidade, não sendo necessariamente o mesmo tempo de espera do protocolo de MST porque para a criação do manual da cidade de Goiânia foi preciso ser adaptar o tempo de espera segundo a realidades das instituições hospitalares e os tipos de patologias mas presentes na cidade e em seu entorno como o caso da cidade de Trindade - GO, em que uma grande parte de seus habitante já foram atendidos na cidade de Goiânia ou já foram transferidos ou regulados para a realização de atendimento nos hospitais da região metropolitana de Goiânia. Com isso foi elaborado nosso questionário direcionado a equipe de enfermagem que trabalha no Hospital de Urgências de Trindade – GO.

METODOLOGIA

Tipos de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo que tem como objetivo observar os fatos tal como ocorrem. Não permite isolar e controlar as variáveis, mas perceber e estudar as relações estabelecidas.

A pesquisa seguiu o método observacional transversal: esse tipo de estudo leva em consideração um único momento não existindo, portanto um segundo momento e descreve as características da população a ser estudada definindo as questões a responder sobre uma determinada população a ser estudada utilizando o método de escolha de amostra e levantando as variáveis de interesse, sem

interferência do pesquisador na obtenção das informações. (HASSNE; VIEIRA, 2001)

Os dados foram obtidos a partir de dois questionários (em apêndice I e apêndice II), um para cada grupo estudado, assim sendo, um para os profissionais de enfermagem e outro para os pacientes.

No questionário entregue aos PE, constavam seis questões objetivas, cada uma com um estudo de caso para que esses identificassem qual a cor o paciente deveria ser classificado.

No questionário entregue aos usuários, constavam quatro questões objetivas, sobre a opinião e a satisfação desses, no atendimento.

População

A pesquisa abrangeu os profissionais que trabalham no acolhimento e usuários do Hospital de Urgência de Trindade que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (em apêndice III).

A amostra foi composta por 12 profissionais de enfermagem, sendo 4 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem e os usuários voluntários que participaram da pesquisa foram 30.

A pesquisa foi realizada no Hospital de Urgência de Trindade-GO do dia 06 ao 09 de novembro de 2013.

Critérios de inclusão

Foram admitidos como voluntários, apenas profissionais que realizam o acolhimento, e os usuários da unidade ambos com idade maior que 18 anos.

Dentre os profissionais que trabalham no acolhimento foram submetidos à pesquisa apenas enfermeiros e técnicos de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (em apêndice III).

Critérios de exclusão

Outros profissionais de saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem que não trabalhavam no acolhimento e usuários que não passaram pelo sistema de triagem da Unidade de Saúde.

A coleta de dados

A coleta de dados foi obtida através de 2 questionários (em apêndice I e apêndice II), sendo um destinado aos profissionais e outro aos usuários, e respondidos pelos voluntários da pesquisa, baseados em protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Os dados coletados foram utilizados para verificar o desempenho dos profissionais frente ao acolhimento com classificação de risco, e verificar o grau de informação e satisfação dos usuários, foi utilizada uma avaliação por meio de cálculos estatísticos utilizando como referência a média aritmética e interpretação com base na literatura sobre o tema. Utilizando a fórmula:

$$MA = \frac{a_1 + a_2 + \dots + a_n}{n}$$

RESULTADOS E DISCUSSÃO

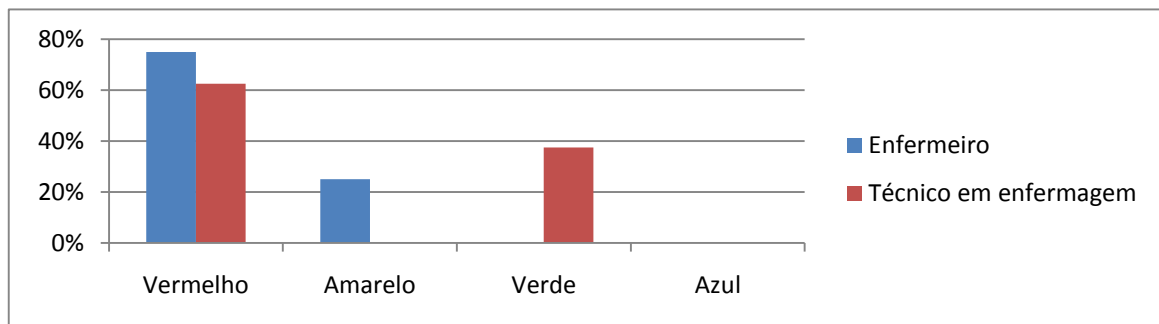
Os Resultados foram Organizados de maneira a demonstrar a análise dos dados obtidos através dos questionários que foram respondidos pelos profissionais de enfermagem que trabalham na unidade de Urgência e Emergência do Hospital, sendo este questionário elaborado com o auxílio do Manual de Orientação Para o Acolhimento com Classificação de Risco, da cidade de Goiânia devido à cidade de Trindade ainda não ter implantado o Manual para o Acolhimento com Classificação de Risco. Já o questionário direcionado aos usuários da unidade de saúde teve a finalidade de verificar a satisfação dos usuários quando a prestação do atendimento por parte da equipe, o grau de conhecimento dos mesmos acerca da classificação de risco, e a opinião destes usuários sobre a necessidade da implantação da classificação de risco na cidade de Trindade – GO.

Questionário direcionado aos profissionais

O questionário direcionado aos profissionais que fazem parte do sistema de triagem do Hospital de Urgências de Trindade tem seis perguntas objetivas de múltiplas escolhas feitas utilizando Estudo de casos, que irão ser descritas a seguir.

A primeira pergunta refere a um paciente que apresenta sinais de alterações neurológicas como: cefaléia intensa de início súbito e parestesia. Segundo o manual do MOAACRG todo paciente que apresenta o quadro de Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, (parestesias, alteração do campo visual, dislalia, afasia) com ou sem alteração dos sinais vitais, este deve ser classificado de Cor Vermelha tendo seu atendimento realizado imediatamente por se tratar de um paciente com alto risco de morte (BRASIL, 2011). Em relação a esta pergunta podemos observar nos questionários que foram respondidos pelos técnicos em enfermagem e enfermeiros os seguintes resultados:

Gráfico 1: Representa respostas dos profissionais de enfermagem para a primeira pergunta.

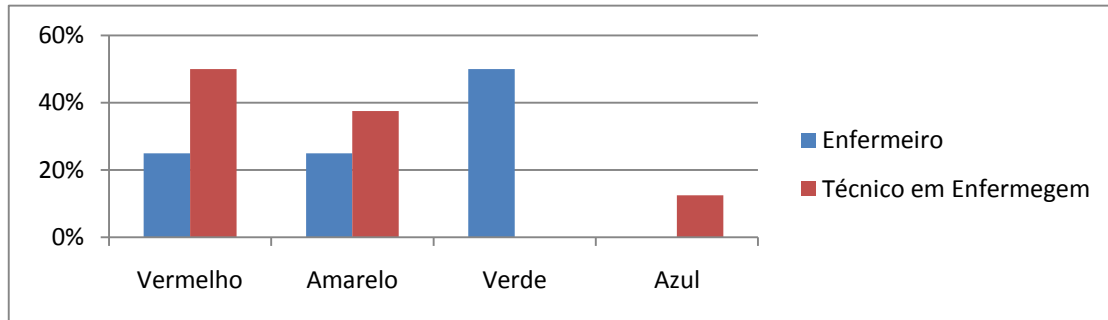


Observa-se que em relação a primeira pergunta do questionário, 75% dos Enfermeiros marcaram como resposta a cor vermelha e os outros 25% a cor amarela. Já os técnicos em enfermagem 62,5% marcaram como resposta a cor vermelha e 37,5% a cor verde, em que a alternativa correta para a classificação era a cor vermelha.

A segunda pergunta é de um paciente que refere Lombalgia com irradiação para a região abdominal, febre e sinais vitais sem alterações. Segundo o manual do MOAACRCG todo paciente que apresente o quadro de Dor/cólica lombar, acompanhada de disúria, hematúria, febre, com irradiação ou não para região abdominal deve ser classificado como Cor Verde tendo o atendimento realizado em um período de trinta minutos até três horas, por se tratar de um paciente que no momento não apresenta risco de morte iminente, mas isto não significa que essa paciente possa a vir ter alterações em seus sinais clínicos e ter que ser triada novamente, com isso é preciso que o profissional que realiza a triagem tenha sempre um olhar crítico e um atendimento rápido (BRASIL, 2011). Em relação a esta

pergunta podemos observar nos questionários que foram respondidos pelos técnicos em enfermagem e enfermeiros os seguintes resultados:

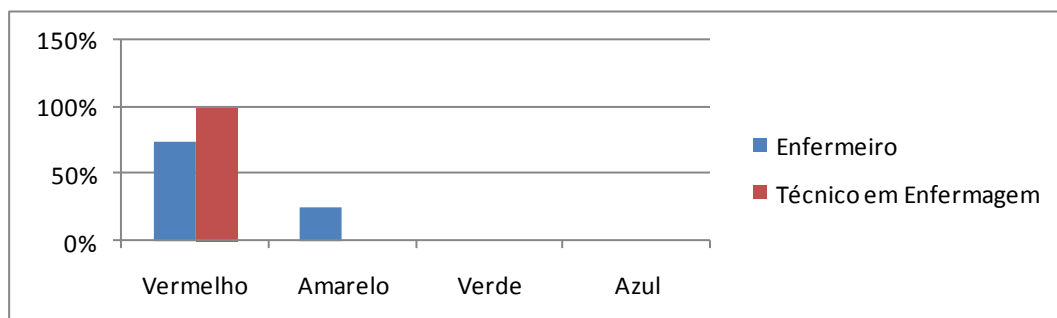
Gráfico 2: Representa respostas dos profissionais de enfermagem para a segunda pergunta.



Na segunda pergunta do questionário nós podemos observar que, 25% dos Enfermeiros marcaram como resposta a cor vermelha, 25% a cor amarela e 50% a cor verde. Já os técnicos em enfermagem 50% marcaram como resposta a cor vermelha, 37,5% a cor amarela e 12,5% a cor azul, sendo que a alternativa correta de classificação de risco para esta questão é a cor verde.

A terceira pergunta refere a um paciente com o quadro de taquipnéia 24irpm e alterações psicológicas. Segundo o MOAACRCG todo paciente que apresenta o quadro de estados de alteração mental associadas às alterações comportamentais, agitações psicomotoras, nível de agressividade alterado, discurso delirante, alucinações, mania de perseguição com risco à própria vida ou à vida de outros, tem que ser classificado de Cor Vermelha por colocar a sua vida e a vida de terceiros em risco, tendo seu atendimento imediato (BRASIL, 2011). Em relação a esta pergunta podemos observar nos questionários que foram respondidos pelos técnicos em enfermagem e enfermeiros os seguintes resultados:

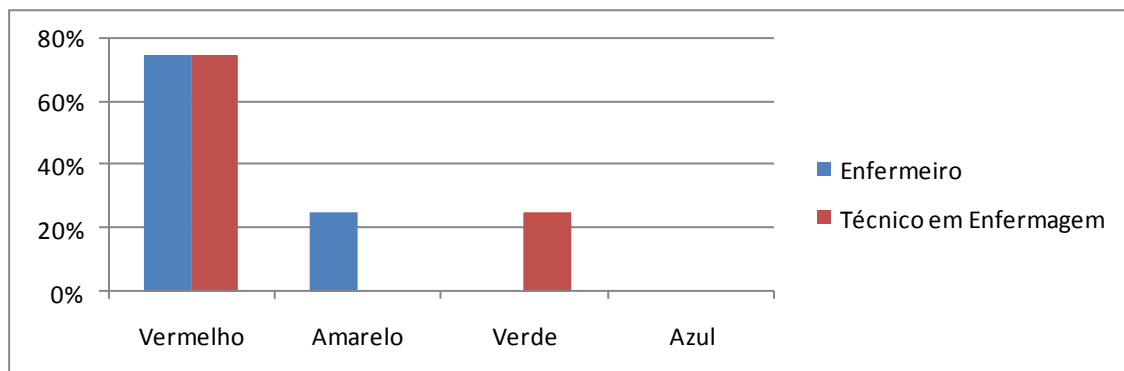
Gráfico 3: Representa respostas dos profissionais de enfermagem para a terceira pergunta.



Em relação à terceira pergunta foi observado que, 75% dos enfermeiros marcaram como resposta a cor vermelha e 25% a cor. Já os técnicos em enfermagem 100% deles marcaram como resposta a cor vermelha sendo está a alternativa correta em relação a classificação.

A quarta pergunta refere a um paciente que apresenta politraumatismo, escoriações e Glasgow 14, após ter sofrido um acidente automobilístico. Segundo o MOAACRCG todo paciente que tiver um quadro de politraumatizado com Escala de Coma de Glasgow entre 13 e 15, sem alterações de sinais vitais, deve ser classificado como Cor Amarela devido este paciente ter risco de morte iminente e seu tempo de atendimento não podendo ultrapassar a quinze minutos (BRASIL, 2011). Em relação a esta pergunta podemos observar nos questionários que foram respondidos pelos técnicos em enfermagem e enfermeiros os seguintes resultados:

Gráfico 4: Representa respostas dos profissionais de enfermagem para a quarta pergunta.

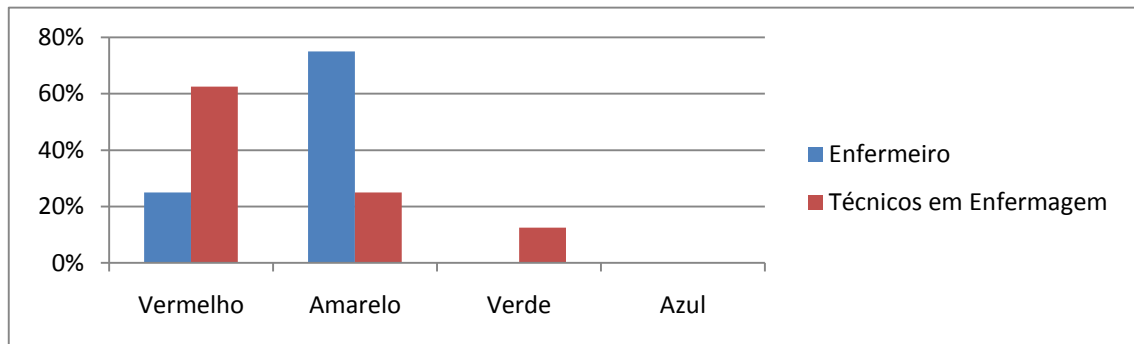


Segundo os dados colhidos, 75% dos enfermeiros marcaram como resposta nesta questão a cor vermelha e 25% a cor amarela. Já os técnicos em enfermagem marcaram como resposta, 75% a cor vermelha e 25% a cor verde, contudo podemos observar que tanto os enfermeiros como os técnicos em enfermagem não obtiveram acerto, sendo que a cor correta da classificação seria a cor amarela.

A quinta pergunta refere a uma criança que apresenta Hipertermia TAX:38,9 °C. Segundo o MOAACRCG toda Criança com Hipertermia TAX $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ a $\leq 39,4^{\circ}\text{C}$ sem história de convulsão, este paciente deve ser classificado como Cor Amarela devido este paciente ter risco de morte iminente e seu tempo de atendimento não podendo ultrapassar a quinze minutos e podendo ser classificado novamente se tiver alguma alteração em seu quadro clínico (BRASIL, 2011). Em relação a esta

pergunta podemos observar nos questionários que foram respondidos pelos técnicos em enfermagem e enfermeiros os seguintes resultados:

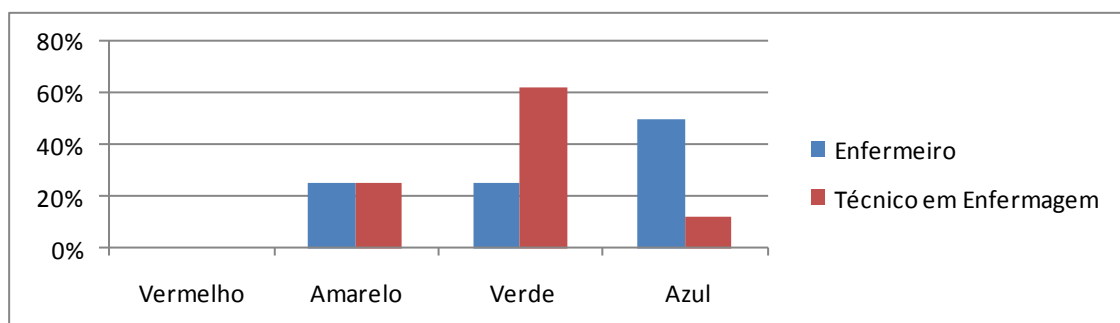
Gráfico 5: Representa respostas dos profissionais de enfermagem para a quinta pergunta.



Observa-se que, 25% dos enfermeiros marcaram como resposta a cor vermelha e 75% a cor amarelo. Já os técnicos em enfermagem 62,5% marcaram como resposta a cor vermelha, 25% a cor amarela e 12,5% a cor verde, sendo que a alternativa correta de classificação seria a cor amarela.

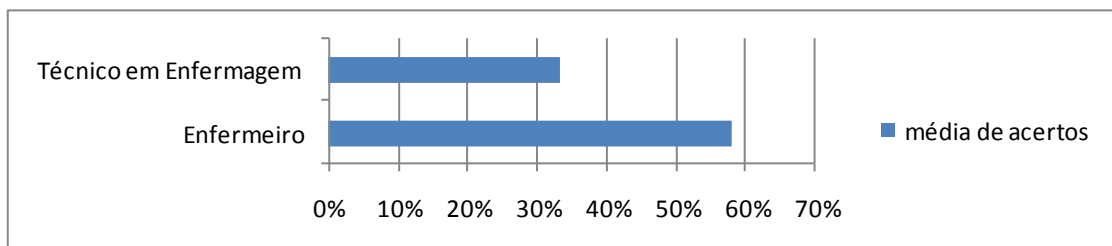
A sexta pergunta refere a um paciente que possui uma hipertensão arterial crônica sem sinais de descompensação. Segundo o MOAACRCG todo paciente que chegar na unidade de saúde apresentando, Hipertensão arterial crônica sem sinais e queixas de descompensação este deve ser classificado como Cor Azul, por se tratar de um paciente que não corre risco de vida tendo seu atendimento de três horas quando ele procura o atendimento na unidade de Urgência e Emergência ou até sete dias quando agenda sua consulta no hospital ou no Posto de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2011). Em relação a esta pergunta podemos observar nos questionários que foram respondidos pelos técnicos em enfermagem e enfermeiros os seguintes resultados:

Gráfico 6: Representa respostas dos profissionais de enfermagem para a sexta pergunta.



De acordo com os dados analisados nesta questão, 25% dos enfermeiros marcaram como resposta a cor amarela, 25% a cor verde e 50% a cor Azul. Em relação aos técnicos em enfermagem 25% marcaram como resposta a cor amarela, 62,5% a cor verde e 12,5% a cor azul, e para essa pergunta o paciente deveria ser classificado de cor Azul.

Gráfico 7: Representa a média geral de acertos dos profissionais de enfermagem:



Ao analisarmos os questionários foi possível obter através de um cálculo de média aritmética simples, a média geral de acertos dos Enfermeiros que foi de 58%, já a média geral de acertos dos Técnicos em Enfermagem foi de 33,4%.

Através do questionário, foi possível verificar uma regularidade nas respostas dos Enfermeiros, já a equipe de técnico em enfermagem as respostas foram feitas de forma aleatória. Segundo Oliveira *et al* (2001), consideram que o enfermeiro é o profissional qualificado para fazer a classificação de risco, porém, relatam que quando não se tem um protocolo de classificação de risco implantado na instituição hospitalar, permite varias interpretações subjetivas das queixas dos usuários por parte dos profissionais que realizam a avaliação, fazendo assim o paciente ser classificado de forma distinta ao protocolo.

Mesmo não obtendo um protocolo para o direcionamento dos profissionais de enfermagem foi verificado que os enfermeiros possuem mais embasamento científico sobre as patologias presentes nos estudos de casos que foram respondidos por eles através do questionário.

A Resolução do Cofen 423/2012 dispõe sobre o Enfermeiro a regulamentação do exercício profissional de Enfermagem, onde cabe a ele a Classificação de Risco, utilizando o Processo de Enfermagem, o exame físico do paciente e o diagnóstico de enfermagem e consulta de enfermagem, para assim realizar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Para isso o enfermeiro deve estar capacitado para coletar dados sobre a sintomatologia, medicações em uso e detectar possíveis déficits de conhecimento nesses aspectos, ou ainda relativos às questões de fluxo e especificidade de atendimento do setor. Quando da realização do registro, da entrevista e do exame físico, realizados com ênfase na observação do comportamento, expressão verbal e não verbal de dor, postura e sinais clínicos, determina-se a classificação da prioridade do atendimento. (GATTI *apud* SILVA, 2012).

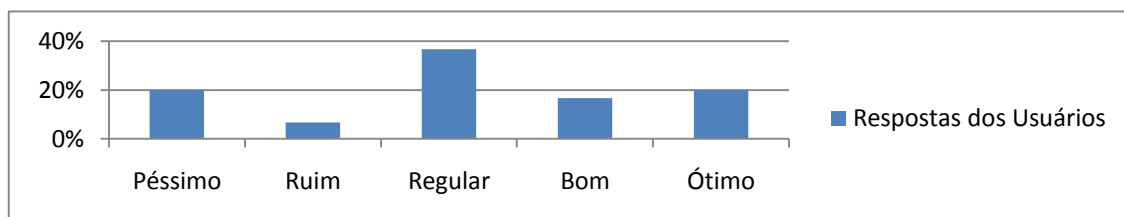
Já para os técnicos de enfermagem a Resolução do Cofen 423/2012 trata que “devem agir no exercício de suas funções, em grau auxiliar e de acordo com os protocolos pré-estabelecidos, normas e rotinas da instituição, sendo devidamente supervisionados e orientados pelo Enfermeiro responsável pelo setor”.

Questionário direcionado aos usuários do Hospital de Urgências de Trindade – GO

O questionário direcionado aos usuários do Hospital de Urgências de Trindade – GO possui quatro perguntas objetivas de múltipla escolha com a finalidade de colher dados para se verificar a necessidade de se implantar o acolhimento com classificação de risco no HUTRIN- GO e na cidade de Trindade-GO.

A primeira pergunta pede para o voluntário da pesquisa avalia o atendimento prestado pelos profissionais que realiza o sistema de triagem na unidade de Urgência e Emergência do Hospital tendo como resposta cinco alternativas (Péssimo, Ruim, Regular, Bom e Ótimo), onde poderia marcar apenas uma alternativa, sobre esta pergunta foi elaborado o seguinte gráfico:

Gráfico 8: Representa respostas dos usuários referente a primeira pergunta do questionário.

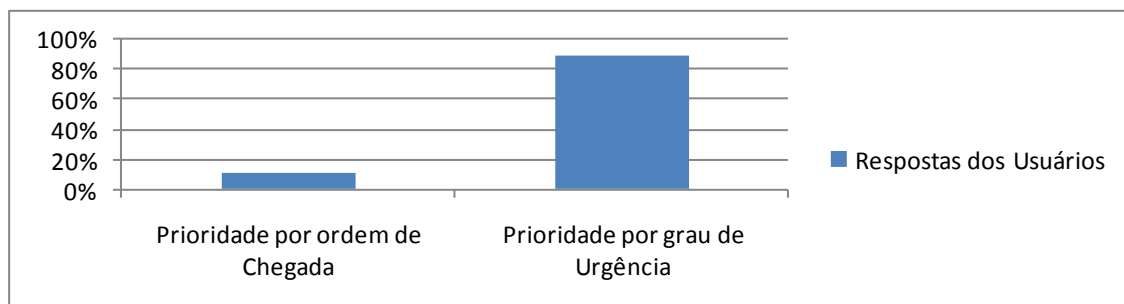


Em relação ao atendimento efetuado na triagem, 20% dos usuários considera o atendimento péssimo, 6,7% considera o atendimento ruim, 36,7% considera o

atendimento regular, 16,7% considera o atendimento Bom e 20% considera o atendimento Ótimo.

A segunda pergunta pede ao voluntário da pesquisa para marcar qual tipo de atendimento ele prefere na unidade de Urgência e Emergência, sendo as opções a serem marcadas como: o paciente prefere ter prioridade no atendimento por ordem de chegada ou o paciente prefere ter prioridade por atendimento por grau de Urgência, em relação a esta pergunta obtivemos os seguintes resultados:

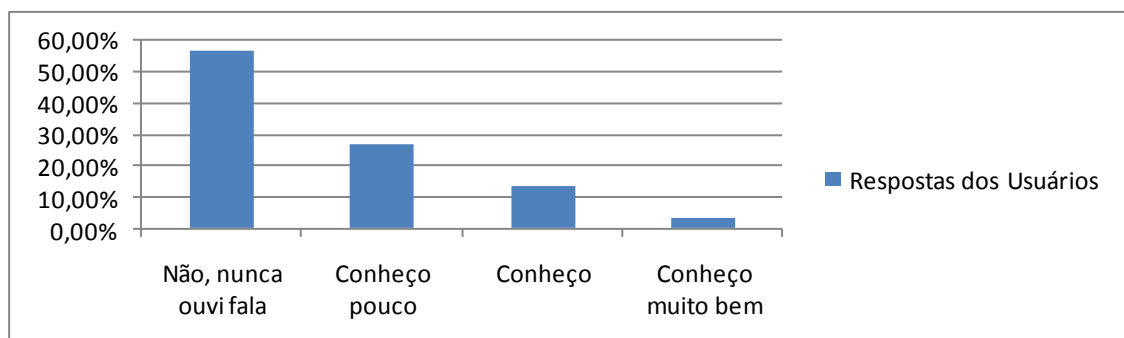
Gráfico 9: Representa respostas dos usuários referente a segunda pergunta do questionário.



Sobre o atendimento que os usuários preferem: 10% dos usuários preferem o atendimento por prioridade de ordem de chegada e 90% prefere o atendimento com prioridade por grau de urgência.

A terceira pergunta tem o objetivo de saber se o usuário da unidade de Urgência e Emergência sabe qual é o objetivo do Programa de Acolhimento com classificação de Risco do Programa Nacional de Humanização no Atendimento Hospitalar, essa pergunta tinha quatro alternativas (Não, nunca ouvi falar; conheço pouco; conheço e conheço muito bem), sendo que o voluntário só poderia marcar apenas uma alternativa. De acordo com essa pergunta foram obtidos os seguintes resultados:

Gráfico 10: Representa respostas dos usuários referente a terceira pergunta do questionário.



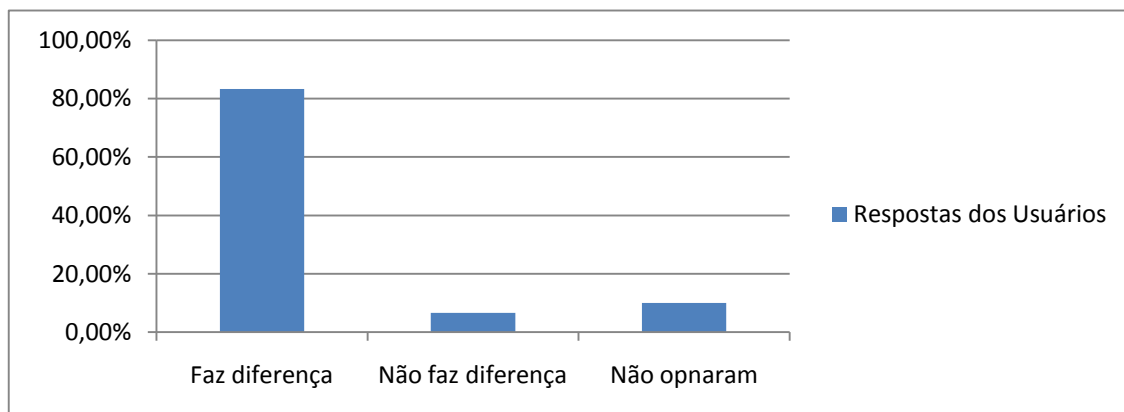
Já o conhecimento que o usuário tem em relação a classificação de risco: 56,7% nunca ouviu falar, 26,7% conhece pouco, 13,3% conhece e 3,3% conhece muito bem.

A quarta pergunta tem a finalidade de saber se o voluntário de pesquisa que respondeu o questionário já foi atendido em uma unidade de saúde possui seu atendimento utilizando o acolhimento com classificação de risco e também saber se este voluntário acha que faz diferença o sistema de classificação de risco. De acordo com essa pergunta foi obtido os seguintes resultados:

Gráfico 11: Representa respostas dos usuários referente a quarta pergunta do questionário:



Gráfico 12: Representa respostas dos usuários referente a quarta pergunta sobre a implantação da classificação de risco no HUTRIN-GO.



Podemos observar que 50% dos usuários referem já ter sido atendido com classificação de risco e os outros 50% responderam que ainda não tiveram atendimento em unidades com implantação da classificação de risco. Os pacientes que responderam que já foi atendido em uma unidade com classificação de risco consideram que o programa: faz diferença no atendimento 83,3%, não faz diferença 6,6% e não opinaram 10%.

O que ficou evidenciado através desses dados, foi à grande insatisfação por parte desses usuários quanto á forma de atendimento que recebem, observou-se também que a maioria da população não conhece o programa de Acolhimento com Classificação de Risco e que também a maioria desses usuários afirmou que essa implantação na unidade faria toda diferença que agilizaria o atendimento de forma correta.

CONCLUSÃO

Verificou-se ao longo do trabalho a importância da implantação do acolhimento com classificação de risco no HUTRIN-GO, devido a interpretações subjetivas das queixas ou sinais e sintomas dos usuários por parte dos profissionais que realizam a avaliação. Tal discordância aponta para uma tendência da equipe de enfermagem classificarem os usuários com graus de risco diferentes do que o recomendado pelo MOAACRCG escolhido como referência para a realização do questionário.

Podemos observar que entre os técnicos em enfermagem que realizam a triagem ou que são classificadores, houve uma discordância, deixando as respostas insatisfatórias em relação ao questionário. Já a equipe de enfermeiros que realiza a triagem ou que são classificadores, as respostas obtidas em relação ao questionário, teve determinada concordância com o MOAACRCG, mesmo as respostas contrárias foram mais próximas da classificação adequada ao manual.

A aplicação de protocolo proporciona o melhor desempenho e segurança do enfermeiro na classificação dos usuários. É um apoio na tomada de decisões e na avaliação dinâmica, tendo a experiência, a atitude e o conhecimento teórico e prático para realizar a classificação.

A padronização na aplicação do protocolo de classificação de risco oferece respaldo legal e institui menor interferência pessoal na conduta e direciona a tomada de decisão mais efetiva.

O acolhimento com classificação de risco segundo a PNH é bem recente no Brasil e é apontado como um método eficiente de organização do atendimento. Assim, com o esclarecimento a população, governantes e os profissionais ficarão mais adaptados e flexíveis a esse novo sistema. É muito importante que a organização do atendimento aos usuários nas unidades de urgência continue a ser realizada com base na avaliação e classificação de risco, pois os princípios de atendimento pautados na ordem de chegada contradizem totalmente a política de humanização da assistência proposta pelo governo brasileiro.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Humaniza SUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético e Estético no Fazer em Saúde**; de 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>; Acesso em: 05 abr.2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Acolhimento com classificação de risco**. Brasília-DF, 2006. (Série Cartilhas da PNH). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>; Acesso 05 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**, Portaria n.º 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>; Acesso em: 05 mar. 2013.

BRASIL, Secretaria de Saúde de Goiânia-GO. **Manual de Orientação Para o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**; de julho de 2011, Disponível em: http://www.saude.goiania.go.gov.br/library_source/acolhimentocomavaliacao.pdf; Acesso em: 05 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília-DF, 2009.

COFEN, Resolução COFEN Nº 423/2012. **Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos**, de 09 de abril de 2012. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4232012_8956.html; Acesso em: 05 mar. 2013.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Implantação da Classificação de Risco no HPS**. Goiânia, 2013. Disponível em: http://gbacr.com.br/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1; Acesso em: 29 outubro. 2013.

GRUCHOUSKEI, Fernanda; ALVES, Larissa; SCANDELAR Vanessa. Acolhimento com Classificação de Risco: um novo modelo para a assistência, de 21 de set de 2011, disponível em: http://www.programaproficiencia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=326:acolhimento-com-classificacao-de-risco-um-novo-modelo-para-a-assistencia&catid=39:blog&Itemid=65; Acesso em: 05 abr.2013.

NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G., **Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

OLIVERA, Gabriella Novelli; SILVA, Michele de Freitas Neves; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia; FILHO, Marco Antonio Carvalho. **Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Ver. Latino-Am. Enfermagem**.

Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/pdf/riae/v19n3/pt](http://www.scielo.br/pdf/riae/v19n3/pt); Acesso em: 20 de setembro de 2013.

TOLEDO, Alexandre Duarte; **Acurácia de Enfermeiros na Classificação de Risco em Unidade De Pronto Socorro de Um Hospital Municipal de Belo Horizonte**; de 09 de mar de 2011; disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-7SPFZW/alexandre_duarte_toledo.pdf?sequence=1; Acesso em: 05 abr. 2013.

HASSNE SAAD, Willian; VIEIRA, Sônia. **Metodologia Científica para Área de Saúde**; de 2004. p. 14.

SILVA, Daiane da. Acolhimento com Classificação de Risco: **Limites e Possibilidades**; de 2012; Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/1091/Daiana%20da%20Silva.pdf?sequence=1>; acesso em 20 abr. 2013.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado ^(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido ^(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado ^(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **O ACOLHIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TRINDADE-GO: UMA ANÁLISE DESSES PROFISSIONAIS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A VISÃO DOS USUÁRIOS, ANTES DE SUA IMPLANTAÇÃO.**

Pesquisador Responsável: Esp. Tatiane Rodrigues da Silva

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar):

Pesquisadores participante: Leidiane de Souza Gomes

Divina Nábia Buraneli de Moura

Diangeles Chagas Inocência da Silva

Telefones para contato: (62) 8489-5792 / (62) 9639-3490/ (62) 8445-3405

O objetivo é Identificar o nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto ao processo de Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital de Urgência de Trindade (HUTRIN), e a opinião dos usuários sobre o atendimento e a necessidade de se implantar o programa na Unidade. Trata-se de um estudo de pesquisa que será observacional transversal. Serão incluídos no estudo os profissionais que trabalham no acolhimento do Hospital de Urgência de Trindade e usuários do Hospital, que aceitarem participar da pesquisa, estima-se que a amostra será composta por aproximadamente 20 profissionais da área da saúde e 50 usuários. Os critérios de inclusão: somente Técnicos em enfermagem e Enfermeiros, dentre estes, apenas os que trabalham no acolhimento e com idade maior que 18 anos, e usuários da unidade de saúde. A coleta de dados será realizada com aplicação de dois questionários: Um contendo 6 perguntas direcionado aos profissionais de saúde, para verificar o desempenho frente ao acolhimento com classificação de risco, e outro contendo 5 perguntas de múltipla escolha direcionado aos usuários, utilizando uma avaliação por meio de cálculos estatísticos e interpretação com base na literatura sobre o tema, com garantia de sigilo e direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Nome e Assinatura dos pesquisadores:

Leidiane de Souza Gomes, Divina Nábia Buraneli de Moura, Diangeles Chagas Inocência da Silva

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, baixo assinado, concordo em participar do estudo tendo como tema: **O ACOLHIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TRINDADE-GO: UMA ANÁLISE DESSES PROFISSIONAIS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A VISÃO DOS USUÁRIOS, ANTES DE SUA IMPLANTAÇÃO**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores: Leidiane de Souza Gomes, Divina Nábia Buraneli de Moura, Diangeles Chagas Inocência da Silva, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____/_____/_____/_____

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DIRECIONADO AOS PROFISSIONAIS QUE FAZEM O
ACOLHIMENTO NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TRINDADE-GO.**

1) Paciente adulto do sexo masculino com idade de 38 anos entra na sala de acolhimento, referindo cefaléia intensa de início súbito, acompanhada de parestesia, sem alteração dos sinais vitais, e sem história progressiva de patologia neurológica.

() Cor vermelha, atendimento e encaminhamento imediato ao serviço de Emergência.

() Cor Amarela, atendimento rápido, tempo de espera deste paciente para o atendimento não deverá ser superior a quinze (15) minutos.

() Cor Verde, Pacientes em condições agudas (urgência relativa) com prioridades sobre consultas simples, e deverão ocorrer no período de 30 minutos a 3 horas de espera.

() Cor Azul, Pacientes com queixas e ou doenças crônicas, que procuram atendimento com fins de promoção e prevenção a saúde, onde o prazo de espera do paciente poderá ser de três (03) horas até sete (07) dias.

2) Paciente adulto do sexo feminino, deu entrada na unidade de saúde referindo: dor/cólica lombar, acompanhada de disúria, febre, com irradiação para região abdominal, sem alterações na Pressão Arterial 120 X 70 mmhg, Frequência Cardíaca 70 bpm e Frequência Respiratória 20 ipm.

() Cor vermelha, atendimento e encaminhamento imediato ao serviço de Emergência.

() Cor Amarela, atendimento rápido, tempo de espera deste paciente para o atendimento não deverá ser superior a quinze (15) minutos.

() Cor Verde, Pacientes em condições agudas (urgência relativa) com prioridades sobre consultas simples, e deverão ocorrer no período de 30 minutos a 3 horas de espera.

() Cor Azul, Pacientes com queixas e ou doenças crônicas, que procuram atendimento com fins de promoção e prevenção a saúde, onde o prazo de espera do paciente poderá ser de três (03) horas até sete (07) dias.

3) Paciente com queixas respiratórias FR 24ipm, estado de alteração mental associada às alterações comportamentais, agitações psicomotoras, nível de agressividade alterado, discurso delirante, alucinações, mania de perseguição com risco à própria vida ou à vida de outros.

() Cor vermelha, atendimento e encaminhamento imediato ao serviço de Emergência.

() Cor Amarela, atendimento rápido, tempo de espera deste paciente para o atendimento não deverá ser superior a quinze (15) minutos.

() Cor Verde, Pacientes em condições agudas (urgência relativa) com prioridades sobre consultas simples, e deverão ocorrer no período de 30 minutos a 3 horas de espera.

() Cor Azul, Pacientes com queixas e ou doenças crônicas, que procuram atendimento com fins de promoção e prevenção a saúde, onde o prazo de espera do paciente poderá ser de três (03) horas até sete (07) dias.

4) Paciente adulto de 22 anos chega ao serviço de saúde após ter sofrido um acidente em uma motocicleta, onde ouve uma colisão frontal com um carro de passeio, referindo estar circulando em uma velocidade média de 70km/h,

apresentando politraumatizado com Escala de Coma de Glasgow 14, sem alterações de sinais vitais e varias escoriações pelo corpo.

() Cor vermelha, atendimento e encaminhamento imediato ao serviço de Emergência.

() Cor Amarela, atendimento rápido, tempo de espera deste paciente para o atendimento não deverá ser superior a quinze (15) minutos.

() Cor Verde, Pacientes em condições agudas (urgência relativa) com prioridades sobre consultas simples, e deverão ocorrer no período de 30 minutos a 3 horas de espera.

() Cor Azul, Pacientes com queixas e ou doenças crônicas, ou pacientes atendimento com fins de promoção e prevenção a saúde, onde o prazo de espera do paciente poderá ser de três (03) horas até sete (07) dias.

5) Criança de 5 anos chega a unidade com Hipertermia TAX 38,9 °C sem história de convulsão.

() Cor vermelha, atendimento e encaminhamento imediato ao serviço de Emergência.

() Cor Amarela, atendimento rápido, tempo de espera deste paciente para o atendimento não deverá ser superior a quinze (15) minutos.

() Cor Verde, Pacientes em condições agudas (urgência relativa) com prioridades sobre consultas simples, e deverão ocorrer no período de 30 minutos a 3 horas de espera.

() Cor Azul, Pacientes com queixas e ou doenças crônicas, que procuram atendimento com fins de promoção e prevenção a saúde, onde o prazo de espera do paciente poderá ser de três (03) horas até sete (07) dias.

6) Paciente adulto sexo masculino com 45 anos de idade chega a unidade apresentando Hipertensão arterial crônica sem sinais e queixas de descompensação, com PA:150 X 90 mmhg, FC: 80 bpm e HGT: 90 mg/dl.

() Cor vermelha, atendimento e encaminhamento imediato ao serviço de Emergência.

() Cor Amarela, atendimento rápido, tempo de espera deste paciente para o atendimento não deverá ser superior a quinze (15) minutos.

() Cor Verde, Pacientes em condições agudas (urgência relativa) com prioridades sobre consultas simples, e deverão ocorrer no período de 30 minutos a 3 horas de espera.

() Cor Azul, Pacientes com queixas e ou doenças crônicas, que procuram atendimento com fins de promoção e prevenção a saúde, onde o prazo de espera do paciente poderá ser de três (03) horas até sete (07) dias.

QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS USUÁRIOS DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE-GO

- 1) Como você avalia o atendimento na triagem (acolhimento) do Hospital?
 Péssimo Ruim Regular Bom Ótimo
- 2) Das opções de atendimento em Urgência e Emergência, você prefere:
 Prioridade por ordem de chegada Prioridade por grau de Urgência
- 3) Você conhece o programa de classificação de risco?
 Não, nunca ouvi falar Conheço pouco.
 Conheço Conheço muito bem.
- 4) Você já foi atendido em unidades com implantação da classificação de risco?
 Sim Não
Se a resposta for sim, qual sua opinião a respeito do programa?
 Faz diferença Não faz diferença