

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ FACENE/RN

KALIANNY KADIDJA POLLINE SOARES AMORIM

**IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO  
DE RISCO PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE  
PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ.**

MOSSORÓ  
2010

KALIANNY KADIDJA POLLINE SOARES AMORIM

**IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO  
DE RISCO PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE  
PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ.**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Graduação em Enfermagem, pelo Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Esp. Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

MOSSORÓ  
2010

KALIANNY KADIDJA POLLINE SOARES AMORIM

**IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO  
DE RISCO PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE  
PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ.**

Monografia apresentada pela aluna, **KALIANNY KADIDJA POLLINE SOARES AMORIM** do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Esp. Kalyane Kelly Duarte de Oliveira  
Orientadora (FACENE/RN)

---

Profª. Ms. Ivone Ferreira Borges  
Membro (FACENE/RN)

---

Prof. Esp. Francisco Rafael Soares Ribeiro  
Membro (FACENE-RN)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à DEUS, por proporcionar-me conhecimentos e sabedoria, para então, promover estudos para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Dedico este trabalho, também, a minha família, por ter me apoiado e me confortado diante das dificuldades que encontrei, estimulando-me a buscar soluções para os problemas.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço à DEUS por dar-me coragem para superar todos os desafios que encontrei durante a Faculdade, assim como, as oportunidades de conhecer novas pessoas e construir grandes amizades.

Agradeço aos meus pais, Francisco das Chagas Amorim e Lúcia de Fátima Soares Amorim, por terem me dado força em momentos difíceis que passei, proporcionando condições para me tornar uma profissional digna e uma grande mulher.

Agradeço a meu filho, Pedro Lucas Amorim, por está sempre ao meu lado e transmitir segurança e sabedoria em seus atos.

Agradeço a todos os meus amigos professores por se dedicarem a essas duas profissões.

Agradeço as minhas amigas, Railma, Lucinha, Lisandra e Giselle, por apresentarem comportamento inigualável aos demais colegas, adquirindo respeito e carinho de todos.

## EPÍGRAFE

*Hoje levantei cedo pensando no que tenho a fazer antes que o relógio marque meia noite.  
É minha função escolher que tipo de dia vou ter hoje.  
Posso reclamar porque está chovendo ou agradecer às águas por levarem a poluição.  
Posso ficar triste por não ter dinheiro ou me sentir encorajado para administrar minhas  
finanças evitando desperdício.  
Posso reclamar sobre minha saúde ou dar graças por estar vivo.  
Posso me queixar dos meus pais por não terem me dado tudo o que queria ou posso ser grato  
por ter nascido.  
Posso reclamar por ter que ir trabalhar ou agradecer por ter trabalhado.  
Posso sentir tédio com o trabalho doméstico ou agradecer a Deus.  
Posso lamentar decepções com amigos ou me entusiasmar com a possibilidade de fazer novas  
amizades.  
Se as coisas não saírem como planejei posso ficar feliz por ter hoje para recomeçar.  
O dia está na minha frente esperando para ser o que eu quiser.  
E aqui estou eu, o escultor que pode dar forma.  
Tudo depende de mim.*

*Charles Chaplin*

## RESUMO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo pelo qual o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização (PNH) pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. O trabalho tem como objetivo geral analisar o impacto da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento de Mossoró e objetivos específicos: caracterizar a situação dos profissionais entrevistados; analisar o conhecimento dos profissionais de saúde entrevistados sobre o acolhimento com classificação de risco para o trabalho; verificar na opinião dos profissionais de saúde entrevistados a capacidade de instalação na utilização do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho; averiguar na opinião dos profissionais de saúde entrevistados as mudanças no atendimento após a implementação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho; verificar na opinião dos profissionais de saúde entrevistados o nível de satisfação do usuário após a implementação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados foi realizada na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, teve como população 12 profissionais entre Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Assistentes Sociais, Médicos que trabalham na UPA. Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista semi-estruturada, sendo que os dados quantitativos analisados estatisticamente utilizando o Excel 2007 e os dados qualitativos analisados de acordo com a técnica do discurso do sujeito coletivo proposta por Lefrêvê e Lefrêvê (2000). Os resultados desta pesquisa nos mostraram que realmente existe uma divergência de opiniões quanto à implementação do ACCR e que repercutem no trabalho dos profissionais da UPA em questão. Os questionamentos revelam conhecimento dos profissionais da UPA acerca do ACCR; apontam respostas divergentes quanto à capacidade de instalação do ACCR na UPA; mostram diversas opiniões sobre as mudanças da UPA após a implementação do ACCR e apresentam diferentes respostas quanto à satisfação do usuário com o novo dispositivo de humanização, onde revelam desde a satisfação do usuário até a insatisfação do mesmo. O ACCR veio a aperfeiçoar o atendimento das UPA's, criando ordem de atendimento segundo o maior risco de morte e deixando o antigo atendimento por ordem de chegada. Como também, proporcionou escuta qualificada aos usuários, humanização no atendimento, trabalho com equipe multidisciplinar, evitando fragmentação do processo. Os serviços de saúde devem se interligar e buscar de maneira unânime a atenção integral do usuário, promovendo melhorias e toda a equipe da instituição deve engajar-se no novo dispositivo, seja promovendo-o, ou respeitando suas normas e rotinas. Sugiro que somente os profissionais Enfermeiros realizem a classificação de risco, evitando erros e demora no atendimento, pois os mesmos são capacitados e possuem respaldo da instituição para este exercício.

Palavras chaves: Humanização, Acolhimento.

## ABSTRACT

The reception with Risk Classification (ACCR) is a device whereby the Ministry of Health, through the National Policy of Humanization (PNH) presupposes the establishment of agility in service from the analysis, from the perspective of pre-established protocol, the degree of user's needs by providing focused attention on the level of complexity and not the order of arrival. The work aims to describe analyze the impact of the implementation of the Shelter with Risk Rating for working professionals in a health care unit of Mossoró and specific goals: to characterize the situation of the interviewed professionals, analyze the knowledge of health professionals interviewed on reception with rating for work, check in the opinion of the interviewed health professionals the ability to use the facility to host rating in the workplace, to inquire the opinion of health professionals interviewed the changes in service after implementation of the host with the risk rating workplace; check in the opinion of health professionals interviewed the level of user satisfaction after implementation of the host with the risk ratings in the workplace. This is a descriptive approach of quantitative and qualitative. Data collection was performed in the Emergency Unit Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia population, was 12 professionals including nurses, nursing technicians, social workers, doctors who work in the UPA. Data were collected through a structured interview semi-structured, and quantitative data were statistically analyzed using Excel 2007 and qualitative data analyzed according to the technique of collective subject discourse proposed by Lefevre and Lefèvre (2000). These results showed us that there really is a difference of opinion regarding the implementation of the ACCR and have repercussions on the work of professional UPA concerned. The questions reveal professionals' knowledge the UPA about the ACCR; show differing responses regarding the ability to install the ACCR in the UPA, show various views on the changes of the UPA after the implementation of ACCR and have different responses regarding user satisfaction with the new device of humanization, where the show since user satisfaction to dissatisfaction of the same. The ACCR has come to improve the care of UPA's, creating order of service according to the higher risk of death and leaving the old service in order of arrival. As also provided qualified listening to users, humanization of care, with multidisciplinary team work, avoiding fragmentation of the process. Health services should be connected and get so unanimous full attention of the user, providing improvements and all the staff of the institution must engage in new device, is promoting it, or respecting its rules and routines. I suggest that only professional nurses to perform the rating, avoiding mistakes and delays in care, as they are trained and have the support for this institution exercise.

Key words: Humanization, Reception.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 CONHECENDO A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
2.1 ACOLHIMENTO.....	13
2.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	14
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>4 ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>20</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

### APÊNDICES

### ANEXOS

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde como direito de todos e dever do Estado é uma conquista do povo brasileiro, alcançada apesar das dificuldades existentes na área da saúde. Em 1988, entra em vigor a nova Constituição Federal, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), onde são postos como princípios e diretrizes: a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção à saúde, assim como, a descentralização, a hierarquização e a regionalização das ações de saúde (BRASIL, 2010).

O SUS prevê a hierarquização do atendimento, respeitando os princípios de referência e contra-referência nos três níveis de atenção. No entanto, estabelecer a hierarquização ainda é um desafio, por exemplo, o atendimento de urgência/emergência na maioria dos hospitais públicos do Brasil é ineficiente, resultando num atendimento de baixa qualidade, longo tempo de espera e acúmulo de pacientes nos corredores dos pronto-atendimentos (MARQUES; LIMA, 2007). Esses fatos são favorecidos pelas deficiências do funcionamento da atenção básica e repercutem na grande demanda das unidades de pronto-atendimento.

É certo que os usuários procuram os serviços de urgência/emergência, não apenas pela localização geográfica das unidades de pronto atendimento, mas também pela disponibilidade de atendimento nas 24 horas, a garantia do acesso ao serviço, agilidade no atendimento, bem como por experiências positivas, se não pela resolutividade, mas pelo alívio imediato dos problemas de saúde (MARQUES; LIMA, 2007).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), na maioria das vezes, dão respostas rápidas às necessidades dos usuários, principalmente nas queixas agudas e graves, promovendo-lhes cuidados paliativos, acesso a diferentes tecnologias, no serviço ou em pactuação com outros, porém situa-se aquém do seu perfil de urgência e emergência ao realizar atendimento a usuários com patologias que necessitam de atenção básica e não de serviços de pronto atendimento (MARQUES; LIMA, 2007).

Mediante o contexto enfrentado pelo SUS desde sua criação, segue-se a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), que visa à humanização em todos os serviços de saúde. Salientando também a importância dessa política nos atendimentos de urgência/emergência, pois através dela ficam consolidados pontos relevantes, tais como: redução das filas e do tempo de espera com atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios que classificam o risco; os usuários saberão quem são os

profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário e os direitos do código dos usuários do SUS e também garantirão gestão participativa aos profissionais e usuários (BRASIL, 2010).

Para Pessini e Bertachini (2004 apud Mota; Martins; Veras, 2006), a humanização no atendimento exige que os profissionais da saúde interajam com os usuários sobre experiências e vivências e com isso, conduzam para ações diversas, grandes possibilidades de resoluções dos problemas e meios que facilitem o trabalho em saúde, buscando sempre melhorias para o usuário.

Diante do exposto podemos citar para tal feito o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) que é um dispositivo pelo qual o Ministério da Saúde, através da PNH visa à agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma avaliação e uma classificação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2004).

Esse dispositivo foi planejado com base nas falhas dos serviços de saúde, onde existia sobrecarga das unidades de pronto atendimento ou até mesmo de hospitais de grande porte, que estariam recebendo casos a serem resolvidos na atenção básica e não nos serviços de urgência e emergência. Sendo inserido de forma que vise realmente priorizar os casos mais graves. Este não busca excluir usuários do atendimento da unidade, mas direcioná-los a uma ordem de necessidade imediata ou não de atendimento. Usuários cujas queixas não se enquadram em atendimento de urgência e emergência, são encaminhados a postos de saúde para consulta médica e de enfermagem.

Portanto enfatiza-se que acolher o usuário ou recebê-lo de forma atenciosa e integral é promover saúde de forma humana. Este dispositivo de humanização faz com que a sociedade seja educada quanto aos níveis de atenção à saúde e saiba se direcionar ao adequado serviço de saúde. A sociedade também deve ser orientada quanto à funcionalidade do dispositivo e assim, seja consciente do tempo de espera.

Assim, baseado no contexto supracitado o ACCR, implantado na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia (UPA-TVM), busca humanizar o atendimento, mediante a priorização dos casos graves que correm risco de morte mediata ou imediata, porém sem deixar de prestar assistência aos usuários que procuram

atendimento clínico de rotina, direcionando-os a atenção básica para tratamento com acompanhamento médico e da enfermagem.

A escolha do tema em estudo se deu pelo fato da pesquisadora estar inserida no serviço de saúde em estudo, como profissional de enfermagem de nível técnico o que possibilitou acompanhar a implantação do ACCR. A implantação teve início em Fevereiro de 2010 e desde essa data pôde-se perceber que as rotinas foram alteradas e com isso observar que a mesma vem sendo um divisor de opiniões entre os profissionais de saúde na UPA-TVM. Diante dessa situação questiona-se: Qual o impacto que o ACCR proporciona aos profissionais da saúde da UPA-TVM?

O tema abordado é de grande relevância para o serviço de saúde em questão, pois o acolhimento proporciona melhor organização do serviço, interação multidisciplinar, privacidade do usuário, esvaziamento dos corredores, aproximação dos profissionais com o usuário, propiciando assim uma assistência de qualidade.

O trabalho apresenta como objetivo geral: analisar o impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento de Mossoró, a partir dos seguintes objetivos específicos: caracterizar a situação dos profissionais entrevistados; analisar o conhecimento dos profissionais de saúde entrevistados sobre o acolhimento com classificação de risco para o trabalho; verificar na opinião dos profissionais de saúde entrevistados a capacidade de instalação na utilização do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho; averiguar na opinião dos profissionais de saúde entrevistados as mudanças no atendimento após a implementação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho; verificar na opinião dos profissionais de saúde entrevistados o nível de satisfação do usuário após a implementação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho.

O trabalho é composto por 5 capítulos, além de Referências, Apêndices e Anexos. No capítulo Introdução, citamos sucintamente a estrutura do trabalho. No capítulo intitulado Conhecendo a Política Nacional de Humanização, discorremos um pouco sobre o surgimento dessa política, seus princípios e diretrizes. No capítulo Metodologia, descrevemos o tipo de pesquisa realizada, procedimento para coleta de dados e a análise de dados. Já no capítulo Análise dos dados tratamos de expor o discurso do sujeito coletivo (DSC) referente à entrevista realizada. O capítulo Considerações Finais refletimos sobre os resultados da análise dos dados.

## 2 CONHECENDO A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Temos que reatar o direito dos cidadãos sobre o acesso aos serviços de saúde e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos, sendo implementado entre os profissionais e a população, todos empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços e direcione-os a uma vida digna. Alcançar esta situação, buscando qualidade de vida, requer o compartilhamento entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), os trabalhadores da saúde e a sociedade civil, por meio das instâncias de participação e de controle social do SUS (BRASIL, 2006a).

Uma vez que o SUS preconiza que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção deve basear-se na complexidade do serviço e ser classificada em três níveis de atenção: as unidades de atenção primária devem ser providas com profissionais com formação geral e capacidade cognitiva para oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; as unidades de atenção secundária, onde são prestados os cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência; e as unidades de atenção terciária, onde são prestados cuidados de maior complexidade, sob o regime de internação hospitalar (SANTOS et al, 2003).

Mesmo com todo esse aparato legal o SUS enfrenta dificuldades para se estabelecer efetivamente nos serviços de saúde. De acordo com Bueno; Augustinho; Carvalho (2010) essas dificuldades são: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; sistema burocrático e verticalizado; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; poucos dispositivos de fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; desrespeito aos direitos dos usuários; desvalorização dos trabalhadores de saúde.

Estes desafios levaram o Ministério da Saúde a criar a Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e da gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza - SUS, entendendo como Humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BUENO; AUGUSTINHO; CARVALHO, 2010).

Os princípios norteadores da PNH, definidos por Brasil (2010) são: a valorização de todas as práticas de atenção e gestão do SUS, firmando o compromisso com o direito do cidadão; o incentivo ao trabalho multiprofissional; o apoio a construção de redes comprometidas com a produção em saúde; o fortalecimento do controle social; construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS e co-responsabilidade desses nos processos de gestão e atenção; estímulo a educação permanente.

A PNH objetiva a atenção integral ao usuário, o acolhimento com respeito e assim o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Este acolhimento expressa uma ação de aproximação com o outro, um ato de incluir e é neste sentido que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Política, implicando o compromisso coletivo; ética, compromisso com o reconhecimento do outro e estética, mediante a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver.

## 2.1 ACOLHIMENTO

Diante do exposto, sabemos que um dos pontos mais debatidos nas políticas públicas de saúde com o tema humanização é o acolhimento ao usuário. Podemos definir o acolhimento como uma ação de aproximação com o outro, ou um ato de inclusão, em especial à sociedade, onde nesta existe vários tipos de preconceito que geram exclusão. O acolhimento no âmbito da saúde busca ver o indivíduo de maneira complexa, integral e desta forma proporcionar aos profissionais acolhedores informações e subsídios para lidar com vários tipos de usuários e situações (BRASIL, 2006b).

O acolhimento não pode ser restrito ao problema da recepção da demanda espontânea, devendo ser entendido, como modo de se produzir saúde, meio de intervenção na escuta, fortalecimento de vínculo, garantia do acesso com humanidade e resolutividade nos serviços.

Acolher com intuito de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde indica que o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e se responsabilizar para dar uma resposta positiva ao problema. Nesse direcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação isolada dos

processos de produção de saúde, se vinculando aos mesmos para melhor qualificá-los. A qualificação da produção de saúde, o direcionamento de maneira ética e resolutiva do usuário para outro serviço do SUS, com segurança de acesso, ressalta a importância do acolhimento (BRASIL, 2006b).

Apesar de o acolhimento ser integrante de todas as práticas de atenção e gestão, elegemos as unidades de pronto atendimento como foco para este texto, por apresentarem alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde, tais como: superlotação, processo de trabalho fragmentado, desrespeito aos direitos dos usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros. Por isso, é preciso mudar e criar novas estratégias de agir em saúde, buscando humanização no serviço, atenção resolutiva a partir da inserção dos serviços de urgência/emergência na rede local de saúde.

## 2.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Como já citado anteriormente uma das propostas do Humaniza SUS é a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), dentro das ações da PNH – HumanizaSUS. A classificação de risco é considerada um processo dinâmico de identificação de usuários que precisam de atendimento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos a saúde ou grau de sofrimento, onde seus objetivos baseiam-se em: acolher o paciente, logo na sua chegada ao pronto-atendimento, humanizando o atendimento; facilitar o fluxo no serviço; reduzir o tempo de espera para o atendimento médico, classificando-o de acordo com o seu risco de morte ou grau de sofrimento; informar sobre o tempo de espera de acordo com a classificação por cores; promover informações aos familiares e/ou responsáveis (BRASIL, 2004).

Alguns pré-requisitos são relevantes para alcançar os objetivos do ACCR, dentre eles: elaboração de fluxograma, protocolos de atendimento e classificação de risco; capacitação das equipes de acolhimento e classificação de risco; orientações e encaminhamentos específicos de usuários, cujo atendimento requer outro nível de atenção à saúde; adequação da estrutura física das salas de estabilização e de pronto-atendimento de urgência /emergência, assim como, o acesso facilitado a essas salas (BRASIL, 2004).

Na avaliação de risco, é necessário considerar o grau de sofrimento físico e psíquico do usuário, porém, usuários que se apresentem sem sinais visíveis de problemas

físicos, contudo muito angustiados, podem estar mais necessitados de atendimento imediato, e englobar maior grau de risco e vulnerabilidade do que os outros usuários (BRASIL, 2006).

Desta maneira é feita a Avaliação e Classificação de Risco, analisando tanto as queixas que o usuário refere como observando as implícitas no contexto que o mesmo se insere e então classificando seu agravo. Sendo que a equipe que classifica o risco deve ter capacitação mínima para tal feito e esta deve explicar sobre a espera dos demais por atendimento médico, evitando questionamentos e discussões a respeito da desorganização da fila, que na verdade é uma ordenação por risco.

Dentre os tantos serviços que trabalham com o ACCR enfatizamos aqui a unidade de pronto atendimento (UPA) por ser o serviço escolhido para o presente estudo. As Unidades de Pronto Atendimento são serviços assistenciais de saúde, onde todos os ambientes necessários ao seu funcionamento devem respeitar as normas preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), RDC ANVISA nº 50/2002 e, uma vez que, são obras financiadas pelos órgãos públicos, também devem respeitar as orientações contidas nas normas de financiamento destes órgãos. Os Códigos de Edificações e Leis de Uso do Solo de cada município devem ser respectivamente respeitados na elaboração de cada Unidade (ANVISA, 2002).

Refletindo as diretrizes da Política Ministerial, Portaria GM/MS 2.048/2004, para os atendimentos nas UPA's, esclarecemos que estas devem funcionar durante 24 h, acolher a demanda de usuário seguindo a classificação de risco, solucionar os casos de média complexidade, receber vítimas de acidente, estabilizar os casos graves e fazer a comunicação entre a atenção básica e as unidades hospitalares. Dentre as atribuições das UPA's, está à garantia de retaguarda às unidades de atenção básica, a redução da demanda de usuários para hospitais de maior complexidade, estabilização dos pacientes críticos para as unidades de atendimento pré hospitalar móvel, atender prontamente aos usuários que correm risco iminente de morte.

Para contemplar essas atribuições, a UPA utiliza-se do ACCR que estabelece os níveis de gravidade do usuário baseados nos seguintes critérios: vermelho (prioridade zero), classificada em emergência, com necessidade de atendimento imediato; amarelo (prioridade 1), classificada em urgência, necessitando de atendimento o mais rápido possível; verdes (prioridade 2), prioridade não urgente e azul (prioridade 3), sem agravo a saúde, atendimento de acordo com o horário de chegada (BRASIL, 2004).

Em busca de um atendimento integral e humano, é necessário que o profissional de saúde compreenda os instrumentos do seu trabalho e os utilize para produzir uma assistência de qualidade, em que o usuário possa ter suas dúvidas esclarecidas, atendimento equânime, estabelecendo assim confiança na relação com o profissional de saúde.

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa tem natureza descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, com o pressuposto da existência da divisão de opiniões sobre o ACCR que a equipe de profissionais de saúde da UPA-TVM vem firmando desde a implantação do dispositivo de humanização.

De acordo com Andrade (2007), em relação aos objetivos da pesquisa, o presente estudo enquadra-se como uma pesquisa descritiva, onde os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Polit; Beck; Hungler (2004, p. 210), ressaltam que:

Os dados qualitativos e quantitativos são complementares, representando palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Os pesquisadores abordam seus problemas com métodos falíveis, mas os pontos fortes e os fracos dos dados qualitativos e quantitativos se complementam. Usando métodos múltiplos, o pesquisador permite que cada método desempenhe o seu papel, evitando, possivelmente, as limitações da abordagem única.

A pesquisa foi dividida em duas etapas, sendo elas, revisão bibliográfica e pesquisa de campo. Essas estão interrelacionadas de forma que uma fornece subsídios para a outra.

O objetivo da pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em relação direta com tudo aquilo que foi escrito sobre algum assunto. Pode, conseqüentemente, ser considerada como o início de toda a pesquisa científica (MARCONI; LAKATOS, 2001).

Gil (2002), afirma que no estudo de campo, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada importância do pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo. Os resultados do estudo de campo costumam ser mais fidedignos, já que são desenvolvidos na área que acontecem os fenômenos.

A coleta de dados foi realizada na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, situada na Rua Mariinha Mendes. Esta unidade de pronto atendimento dispõe de sala de pequena cirurgia, sala para o acolhimento com classificação de risco, sala de espera, sala para consulta médica, sala de assistente social, enfermaria masculina, enfermaria feminina, enfermaria infantil, SAME, administração.

A população escolhida foi os profissionais de saúde que trabalham na UPA-TVM. As questões norteadoras visaram acatar as idéias formuladas sobre o ACCR de uma amostra de 12 profissionais da saúde escolhidos aleatoriamente, sendo 03 Enfermeiros, 03 Assistentes Sociais, 03 Médicos e 03 Auxiliares/Técnicos de Enfermagem.

Segundo Andrade (2007), população é um conjunto total e não se refere apenas a pessoas, podendo abranger qualquer tipo de elemento e a amostra constitui-se em determinada quantidade da população, ou seja, elementos que serão investigados.

Para a validação da amostra, os critérios de inclusão da pesquisa foram:

- Fazer parte do quadro de profissionais de saúde da UPA-TVM, desde a implantação do ACCR;
- Concordar em participar e responder a entrevista;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sendo os critérios de exclusão:

- Não fazer parte do quadro de profissionais de saúde da UPA-TVM, desde a implantação do ACCR;
- Não concordar em participar e responder a entrevista;
- Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento para coleta de dados é um roteiro de entrevista semi-estruturada que de acordo com Polit; Beck; Hungler (2004, p. 252): “é usada quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos. O entrevistador se utiliza de um guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas”.

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2010, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE – FAMENE João Pessoa-PB, com certidão do CEP 121/10 (ANEXO A) e encaminhamento de Ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE Mossoró-RN à diretora da UPA – Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia.

Depois de esclarecer os propósitos da pesquisa junto aos sujeitos, os mesmos aceitaram participar, e assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Feito isto, as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador participante, onde foram gravadas as entrevistas com aparelho de MP4, depois transcritas, momento em que o pesquisador iniciou o destacamento dos termos significativos para pesquisa.

Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente utilizando o Excell 2007 e os resultados apresentados em gráficos.

Assim como os dados qualitativos da pesquisa foram analisados a partir da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) fundamentada por Lefèvre e Lefèvre (2000) que consiste na reunião em um discurso-síntese de expressões-chave que manifestam a mesma idéia central. Conforme os autores, os indivíduos se dissolvem e se incorporam em um ou em vários discursos coletivos que expressam a representação social acerca de um determinado tema da coletividade a qual pertencem. Este método permite representar os achados pela similaridade das respostas. Para tanto, foram seguidas as seguintes etapas: leituras sucessivas dos discursos; análise prévia de decomposição das respostas; seleção das idéias centrais e das expressões-chaves presentes em cada um dos discursos.

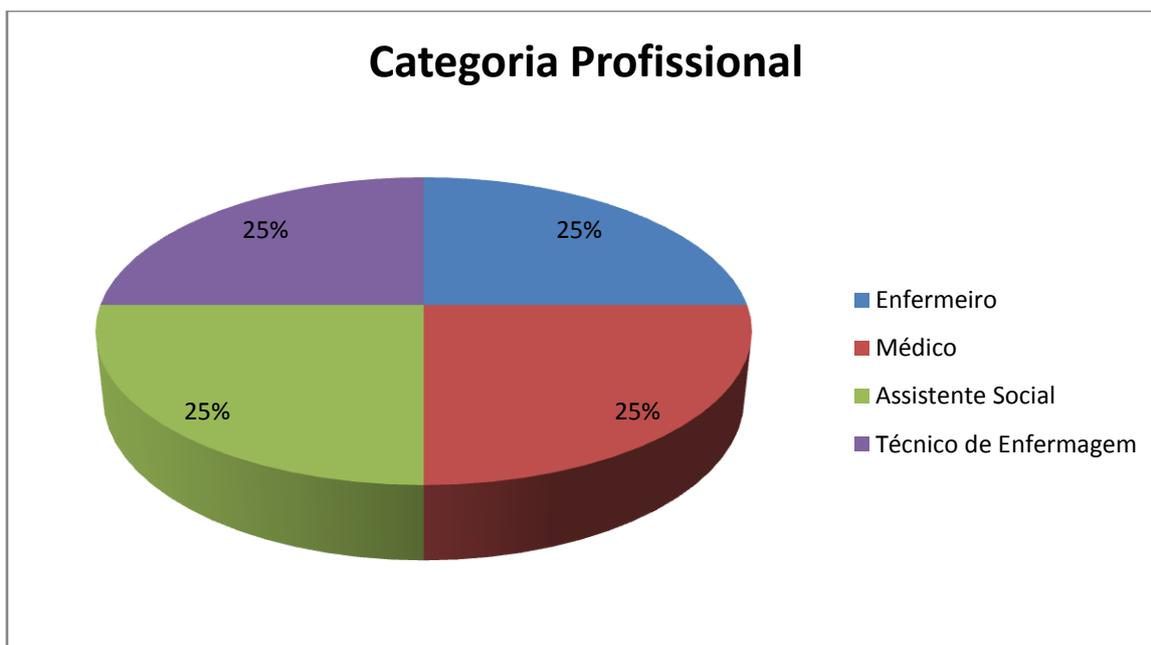
No decorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde especialmente do que concerne ao termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), anonimato dos depoentes e sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 1996). As pesquisadoras levaram ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III, do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica, da Resolução do COFEN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

## 4 ANÁLISE DE DADOS

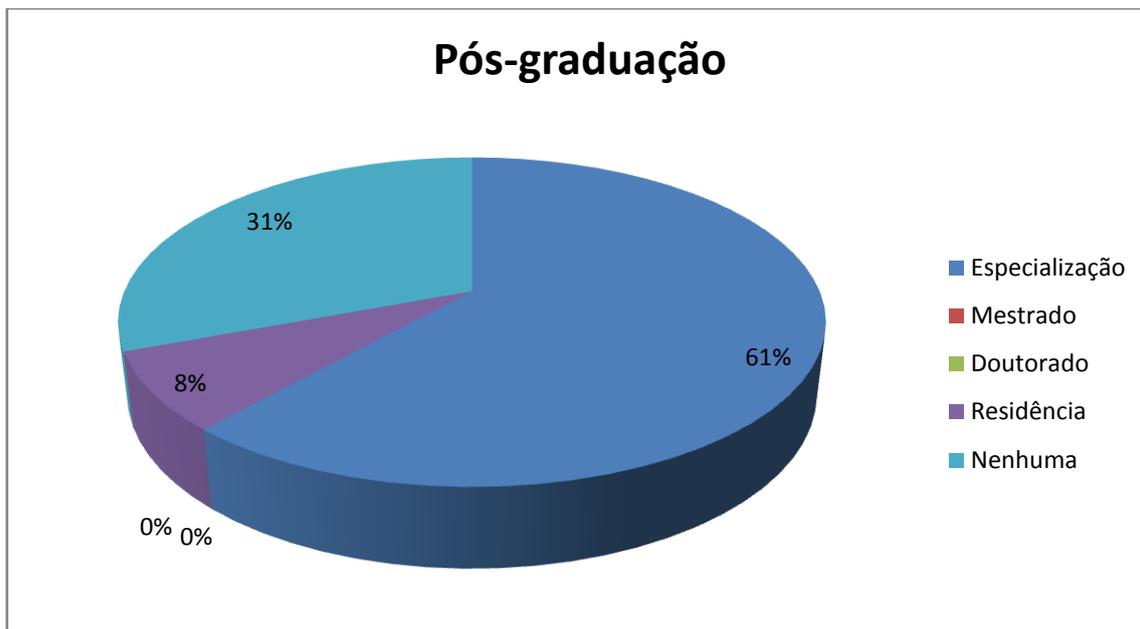
### 4.1 Caracterização socioeconômica dos profissionais de saúde entrevistados.

Gráfico 1 referente à categoria profissional.



O gráfico 1, relacionado à categoria profissional, enfatiza a amostra da população da pesquisa em questão. Demonstra que a pesquisa englobou percentual igual de cada categoria profissional entrevistada.

Gráfico 2 referente ao tipo de pós-graduação do profissional entrevistado.



O gráfico 2, relacionado ao tipo de pós-graduação do profissional entrevistado, especifica que o maior percentual de pós-graduação é o de especialização, com 61%. 8% dos entrevistados tem pós-graduação em residência e 31% não possuem pós-graduação.

Gráfico 3 referente ao tempo de serviço na unidade da pesquisa.



O gráfico 3, relacionado ao tempo de serviço na unidade da pesquisa, evidencia que a maioria dos entrevistados acompanhou a implantação e implementação do Acolhimento

com Classificação de Risco na UPA Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, pois esta implantação ocorreu há nove meses. Eles partiram de um acolhimento centrado na ordem de chegada para um acolhimento humanizado centrado na avaliação do maior risco de morte do usuário.

Gráfico 4 referente ao tempo de serviço na categoria profissional



O gráfico 4, relacionado ao tempo de serviço na categoria profissional, evidencia que a maioria dos profissionais entrevistados possui muito tempo de experiência na categoria profissional, mostrando que está apto a revelar a opinião do impacto do novo dispositivo de humanização, ACCR, sobre o trabalho dos mesmos, pois vivenciaram diversas realidades sobre o processo de acolher o usuário.

#### 4.2 Questões concernentes à temática.

**Quadro 1** referente ao questionamento sobre a definição do acolhimento com classificação de risco para o trabalho.

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Humanizar o atendimento	“Receber melhor o paciente que vem na urgência e emergência”  “É uma forma muito oportuna de receber o usuário[...]os usuários tem a chance de serem acolhidos mais humanizados”
Atendimento por ordem de gravidade das patologias	“Priorizar o atendimento que realmente é urgência e emergência[...]prioriza o atendimento de quem tem mais necessidade”  “É uma maneira de filtrar as urgências e emergências da questão ambulatorial”  “É uma ferramenta de melhoria do atendimento para evitar que a gente deixe de atender as urgências nas horas certas”  “É uma forma de fazer com que o usuário seja atendido de acordo com a necessidade da patologia e não por ordem de chegada”
Estratégia para diminuir as demandas de casos ambulatoriais na UPA	“Quando é classificado no eixo azul, que caracteriza um atendimento de unidade básica, atendimento ambulatorial”  “O ACCR não é descarte do usuário e sim um direcionamento pra melhor atender a demanda”  “Estratégia de atendimento para melhor atender a demanda”

FONTE: Pesquisa direta (2010)

O quadro 1 referente ao questionamento o que é acolhimento com classificação de risco para o trabalho, apresentou 4 idéias centrais, a 1º idéia central remete a compreensão de que o ACCR é uma forma de humanizar o atendimento e expressa isso no DSC, o qual revela que os profissionais que fazem o ACCR promovem um atendimento humanizado, à medida que os pacientes são classificados de acordo com um protocolo estabelecido pelo MS e não apenas de acordo com a visão inferida pelo profissional sobre a gravidade do paciente. Lembramos que mesmo com a existência de um protocolo a avaliação humanizada preconiza observar as angústias, os medos e os receios e não somente sinais e sintomas premonitórios de risco de morte (BRASIL, 2009).

Um aspecto negativo do acolhimento que era feito anteriormente a implantação do ACCR era que o mesmo estava sendo realizado, muitas vezes, por funcionários do setor de segurança, maqueiros, ou auxiliar de serviços gerais, onde estes definiam a prioridade do atendimento. Tal situação deixava o indivíduo exposto, em péssimas condições de ambiente, de forma desumana, além do que os casos graves não eram priorizados (BITENCUR; HORTALE, 2007).

Com isso, o ACCR exige profissionais capacitados com visão clínica e percepção de possíveis agravos à saúde do usuário, seja de qual for a forma como sejam expressos esses sinais, não podendo ser julgados e nem desprezados, mas sim avaliados cuidadosamente, para evitar maiores danos à saúde do usuário. Sendo relevante considerar a subjetividade do indivíduo e a objetividade da biomédica, para a definição complexa de uma situação de emergência (BITTENCOURT; HORTALE, 2007). Deve o profissional atentar para a falsa sintomatologia do usuário com o intuito deste de conseguir uma classificação para um atendimento mais rápido.

Segundo Merhy, 2002 apud Marques; Lima, 2008 o processo de trabalho é determinado pelos seus objetivos, pela idealização dos fins que foram planejados, pelo trabalhador, muito antes da sua realização. O trabalhador interage com o usuário, no processo, em busca do resultado almejado e nessa troca de subjetividades está expressa a concepção de saúde e doença de quem produz e de quem recebe os cuidados, assim como o modo de produção dos mesmos.

A 2º idéia central, atendimento por ordem de gravidade das patologias, aborda a necessidade de atendimento por ordem de gravidade, onde serão selecionadas as pessoas acometidas de patologias mais graves e priorizado seu atendimento. Com esta afirmação, a PNH mostra a classificação de risco como um processo dinâmico de identificação dos

pacientes que necessitam de tratamento imediato, conforme agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

Todo o discurso apontado remete-nos aos benefícios do processo de classificação de risco do paciente, pois o foco desse processo é atender o paciente de forma mais humana e precisa, funcionando como um dispositivo ou meio para as unidades de pronto atendimento conduzirem seu trabalho conforme seus objetivos.

O ACCR é feito de maneira, onde precisamente o profissional Enfermeiro escuta a queixa do usuário, observa seus sinais e sintomas e o conduz a um atendimento imediato ou com um tempo de espera determinado, seguindo o protocolo da instituição.

Brasil, 2009 recomenda que a classificação de risco seja evidenciada preferencialmente por cores, onde existirão quatro níveis de classificação, do mais grave ao menos grave (vermelho, amarelo, verde, azul) e esta identificação deve ser feita na ficha de atendimento, e não diretamente no usuário (pulseira, por exemplo), pois a classificação é variável, devido possíveis alterações do estado clínico do paciente.

As cores indicam a gravidade do usuário e o tempo de espera do mesmo pelo atendimento médico. A direção da UPA Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia junto com alguns Enfermeiros formularam um manual de normas e rotinas para que todos os profissionais utilizem-no como meio de informação sobre alguns procedimentos da Enfermagem, normas e rotinas da instituição, assim como, o protocolo do ACCR, que discorre sobre o tempo de espera diante da classificação: vermelho, atendimento imediato; amarelo, atendimento em até 20 minutos; verde, atendimento em até duas horas e azul, encaminhados para Assistente Social ou atendidos depois dos usuários classificados com vermelho, amarelo e verde.

Brasil (2009 pag. 45) infere ainda que:

A classificação de risco é dinâmica, sendo necessário que, periodicamente, se reavalie o risco daqueles que ainda não foram atendidos ou mesmo daqueles cujo tempo de espera após a classificação é maior do que aquele que foi estabelecido no protocolo.

A 3ª idéia central, estratégia para diminuir as demandas de casos ambulatoriais na UPA, ressalta que os profissionais buscam fazer referência e contra-referência para os usuários que precisam de atendimento na UBS e não somente da UPA, e também aponta que os profissionais acreditam que o ACCR veio como uma estratégia para triagem dos usuários que necessitam de atendimento imediato e os usuários que precisam de

acompanhamento na atenção básica e assim direcionar estes, de forma coerente com a realidade da UBS.

A implementação de ações humanizadoras no serviço de urgência e emergência da rede SUS segue parâmetros para sua validação e estes contemplam desde a acolhida adequada a demanda, com critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência até a garantia de referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e à transferência segura conforme a necessidade dos usuários (BRASIL, 2006).

**Quadro 2** referente ao questionamento da capacidade de instalação do acolhimento com classificação de risco na unidade de trabalho da pesquisa.

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Há	<p>“Há capacidade de instalação, porém falta estrutura física[...]alguns fluxos precisam ser melhor definidos[...]deveria ter mais condições de trabalho para essa instalação, como, no momento, os aparelhos de ECG, de HGT, oxímetro de pulso estão quebrados”</p> <p>“Há, e temos profissionais capacitados pra isso”</p> <p>“Há, e o profissional Enfermeiro precisa está presente na classificação[...]a avaliação é pra ser feita fundamentalmente pelo Enfermeiro, mas em algumas ocasiões percebemos que é feita apenas pelos Técnicos de Enfermagem”</p> <p>“Há, e já permite um acolhimento nessa lógica de melhor humanizar as UPA’s”</p> <p>“A dificuldade maior que encontramos é nas unidades de referência”</p>
Não há	<p>“Não há capacidade, porque a UBS não funciona à noite”</p> <p>“Á noite, não tem como a gente fazer a ponte</p>

	entre a UBS e a UPA[...]não temos como retornar essa pessoa para a UBS, então realizamos todo e qualquer atendimento”
--	---

FONTE: Pesquisa direta (2010)

O Quadro 2 referente ao questionamento se há capacidade de instalação do acolhimento com classificação de risco na unidade de trabalho da pesquisa, aponta 2 idéias centrais. A 1ª idéia central, há, revela que apesar dos profissionais concordarem com a implantação do ACCR, ressaltam que ainda falta estrutura física e materiais primordiais para um atendimento eficaz e satisfatório. De acordo com Brasil (2009) para uma organização do fluxo do serviço em questão, uma maior clareza do seu funcionamento baseado em cores se faz necessário que a unidade seja composta por eixos (vermelho e azul) e áreas (vermelho, amarelo e azul) que evidenciem o nível de risco do paciente.

O eixo vermelho relacionado ao paciente grave, com risco de morte, sendo composto por três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde. A área vermelha está a sala de emergência; a área amarela composta por uma sala para paciente já estabilizado; a área verde composta pelas salas de observação, divididas por sexo e idade (BRASIL, 2009).

O eixo azul composto por pacientes não graves. Esse eixo engloba três planos de atendimento: Plano 1 (espaços para acolhimento, classificação de risco, espera pelo atendimento médico, recepção); Plano 2 (área de atendimento médico); Plano 3, áreas de procedimentos médicos e de enfermagem. É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios e que favoreçam o trabalho em equipe (BRASIL, 2009).

Além dessa organização estrutural para o atendimento, deve-se levar em conta também a localização dos consultórios médico e de enfermagem próximo a sala de estar dos profissionais; sala de pequena cirurgia, que deverá ser inserida na entrada da instituição, a fim de acelerar o processo de atendimento e evitar sujidades na unidade.

Contudo, essa divisão não foi realizada na UPA e as pessoas acolhidas e classificadas esperam por atendimento numa mesma sala, com exceção dos casos mais graves que são direcionados imediatamente a sala de pequena cirurgia, onde funciona a estabilização ou aos leitos das enfermarias.

Percebemos também, que há necessidade de revisão periódica dos aparelhos de ECG, HGT, assim como, desfibriladores, esfigmomanômetro, mesa cirúrgica (para mudança de decúbitos), oxímetro de pulso, pois eles geralmente são encontrados com defeito e retardam a estabilização do paciente, devido à demora de alguns achados anormais.

A UPA já possui profissionais capacitados para fazer o ACCR, sendo que o profissional Enfermeiro está apto a por em prática os objetivos da PNH, pois as diretrizes curriculares dos cursos de graduação deixam claro que a formação é focada na atenção à saúde, o que faz desse profissional capaz de gerenciar ações da PNH, como o ACCR. Para tal feito, o Enfermeiro trabalha com uma equipe multiprofissional, a qual é bem esclarecida quanto aos propósitos do novo processo de acolhimento e que utiliza a mesma linguagem no atendimento, evitando injustiças diante das situações diversas dos usuários.

Ressalta-se que na UPA, os casos que não estão inseridos no atendimento emergencial e classificados como azul são encaminhados para Assistente Social que dá o encaminhamento para a UBS, ou unidade de saúde adequada a situação do paciente. Vale salientar que alguns casos classificados como azul são atendidos nesta unidade, como por exemplo: administração de medicações prescritas de outras unidades; troca de sonda.

Cabem aos profissionais da UPA, responsáveis pelo ACCR, informar o usuário quanto ao processo de classificação de risco, ao tempo de espera conforme seu quadro clínico, promovendo a satisfação do usuário e seus familiares e evitando discussões desagradáveis por falta de informação. Porém, o tempo que o paciente deverá esperar não depende somente da classificação, mas também da quantidade de profissional médico trabalhando no horário. Geralmente disponibilizamos apenas de 01 Clínico e 01 Pediatra, o que deixa o atendimento lentificado, principalmente quando surge um caso de emergência, onde os profissionais tendem a concentrar-se somente nele.

Evidenciamos a importância da presença de um Enfermeiro no ACCR, pois este profissional é capacitado para tal feito e responsável pelo mesmo. Segundo Brasil, 2009 o ACCR é atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação específica para realizar o acolhimento. Sendo relevante abordar que as condutas do Enfermeiro no ACCR devem ser respeitadas e ter respaldo por níveis mais elevados da instituição.

Presenciamos alguns momentos que o ACCR é feito por Técnicos de Enfermagem. Não desmerecendo a classe técnica, mas enaltecendo a importância do profissional Enfermeiro, com seu amplo conhecimento de achados anormais e o dever de seguir o

protocolo da instituição, segue esse, até o momento, como única referência para realizar tal atividade e o técnico de Enfermagem para verificar os sinais vitais do usuário.

Essa idéia central, a qual nos reportamos até o momento confirma um dos objetivos do ACCR que é de acolher de maneira humanizada todos os usuários. É relevante que o acolhimento proporcione um atendimento integral e uma escuta qualificada, seja uma postura de todos os profissionais da instituição e tenha como princípio escutar e pactuar respostas adequadas. Este modo de agir permite um atendimento humano, com resolutividade e responsabilização (SILVA; ALVES, 2008).

A dificuldade que mais encontram no ACCR é de referenciar os usuários para a atenção básica. A falta de articulação entre a rede de serviços de saúde, a dificuldade de acesso, a falta de profissionais médicos na UBS favorecem a difícil tarefa de encaminhar os usuários para atendimento especializado e adequado a sua patologia. Segundo Maurer, 2010 essa falta de interligação entre as unidades de saúde fere a integralidade proposta pelo SUS, que é a atenção integral ao paciente em todos os níveis de atenção à saúde. E isso repercute na qualidade da assistência prestada ao paciente.

A 2ª idéia central, não há, expressa que não há capacidade de implantação do ACCR na UPA, pois os profissionais precisam trabalhar com referência e contra-referência e não tem como referenciar os usuários, devido a UBS não funcionar à noite, finais de semana e feriados.

Com a existência desses casos nas UPA's, é prestada assistência aos usuários, porém é ressaltado pelos profissionais sobre o novo processo implantado e que em outro momento, em que a UBS funcione, eles deverão dirigir-se à atenção básica. A atenção básica trabalha com a promoção e prevenção de agravos à saúde, devendo fazer então, a busca ativa dos usuários que necessitam de cuidados rotineiros e de usuários que não procuram a unidade básica de saúde.

**Quadro 3** referente ao questionamento sobre as mudanças ocorridas com a implantação do acolhimento com classificação de risco no trabalho.

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
	“Sim, no sentido de ter uma nova dinâmica de atendimento[...]o usuário está sendo atendido mais rápido e mais adequado”

Sim	<p>“Sim, a gente passa a atender segundo critérios de gravidade[...]hoje em dia se dá preferência as pessoas que estão com maior necessidade de atendimento”</p> <p>“Sim, quando a pessoa precisar, com certeza vai saber que aquela priorização faz com que o serviço flua melhor”</p> <p>“Sim, mas ainda há resistência de algumas pessoas que trabalham o dia inteiro e não tem tempo de fazer uma consulta na UBS”</p> <p>“Sim, mas ainda assim é preciso que todos os profissionais incorporem o ACCR”</p>
Poucas mudanças	<p>“Poucas mudanças, porque a coisa não tá como deveria ser”</p>
Não	<p>“Não, a mudança foi a ordem de entrada, as mesmas coisas que vinham antes estão vindo do mesmo jeito”</p>

FONTE: Pesquisa direta (2010)

O Quadro 3 referente ao questionamento se houve mudanças com a implantação do acolhimento com classificação de risco no trabalho, traz 3 idéias centrais. A 1ª idéia central, sim, nos mostra que com o ACCR o usuário passou a ser atendido mais precisamente conforme a gravidade do seu quadro clínico.

Segundo Brasil, 2009 a classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e alterar a ordem de atendimento, para maior risco de morte, ou maior grau de sofrimento, possui outros objetivos, também relevantes, que é a garantia do atendimento imediato do usuário com grau de risco de morte elevado e repassar informação ao paciente menos grave e seus familiares sobre o tempo provável de espera para o atendimento médico.

Alguns usuários resistem e só vão valorizar o ACCR quando necessitarem do atendimento prioritário. Pois, diante do fato, os profissionais revelam que a classificação de risco é de difícil compreensão para a população, pelo fato dela pensar que tudo é motivo

de emergência, seja por agravos à saúde ou por motivos particulares (viagens, carona de volta pra casa).

Os profissionais da UPA buscam fazer sempre o elo entre a UPA e a UBS, mas a conduta desagrada às pessoas que realmente não dispõe de tempo no horário que a UBS funciona. Em virtude dessas situações é que os responsáveis pelo ACCR recebem todos os usuários que necessitem da assistência e cuidados condizentes com o que a UPA pode oferecer. O atendimento do usuário na UPA não é negado, porém o encaminhamento para a UBS é feito em horário de funcionamento da mesma, pela Assistente Social.

Notamos que os casos encaminhados para UBS, para investigação e acompanhamento, por vezes o atendimento demorado, e os sintomas agudizados fazem com que usuários busquem novamente os serviços da UPA, para tratamento da mesma queixa (MARQUES; LIMA, 2007).

Segundo Brasil, 2009 o protocolo da instituição deve ser apreciado por toda a equipe que atua na unidade de urgência: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos, Assistentes Sociais, funcionários administrativos. O protocolo da UPA é baseado no do MS, onde foram feitas adaptações necessárias para a população da região, sendo que as modificações devem ser absorvidas por todos os funcionários do serviço, para trabalharem em sintonia. Nesse sentido, se o ACCR for aplicado de maneira correta garante a acessibilidade do paciente e otimiza o tempo e o trabalho dos profissionais da UPA.

A 2º idéia central, poucas mudanças, mostra que os profissionais acreditam que o ACCR ainda pode melhorar, seja com relação à estrutura física da UPA, para melhor acomodar os usuários ou através das condições de trabalho pertinentes a um tratamento adequado para o usuário.

Bittencourt; Hortale 2007 ressaltam a necessidade de melhora na qualidade do atendimento às emergências, evidenciado como objetivo do programa QualiSUS, cuja qualidade é definida como o nível de expectativas e padrões de atendimento satisfatório as necessidades dos indivíduos e familiares.

A 3º idéia central, não, contempla o pensamento do profissional sobre os casos que chegam a UPA, onde acredita-se que com o ACCR a demanda iria diminuir. Porém, o ACCR busca organizar a demanda, dá respostas aos usuários, encaminhá-los para unidade de saúde adequada, dá prioridade aos casos mais graves e não deixar de atendê-los.

Brasil, 2009 estabelece o protocolo de classificação de risco como uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como objetivo encaminhar ninguém sem atendimento, mas sim organizar e garantir o atendimento de todos.

Devemos compreender que existem fatores, como a baixa resolutividade e dificuldade de trabalho na atenção básica, juntamente com a dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população, que levam o usuário a buscar a assistência médica onde exista a porta aberta, culminando em superlotação dos pronto atendimentos (MARQUES; LIMA, 2007). Em virtude de tal situação, os serviços de urgência e emergência culminam com uma demanda acentuada, porém não é objetivo do ACCR deixar de atendê-la, mas quando possível encaminhá-la para um serviço adequado.

**Quadro 4** referente ao questionamento quanto ao nível de satisfação do usuário com a implantação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho.

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Gosta	<p>“O atendimento se não está de boa qualidade, mas está bem melhor que o particular”</p> <p>“É um processo que a educação continuada tende a superar alguma insatisfação”</p> <p>“Como todo começo existe um pouco de receio, de pré-conceito, mas agora eles aceitam de maneira mais tranquila”</p>
Razoável	<p>“Razoável, porque sempre vai ter as pessoas que não são informadas, não sabe como a coisa funciona”</p>
Não está satisfeito	<p>“O usuário questiona o tempo de espera, mesmo orientado sobre a nova estratégia”</p> <p>“Os pacientes classificados no eixo azul a insatisfação é ainda maior quando encaminhamos para a UBS”</p>
Difícil avaliar	<p>“É difícil avaliar. A pessoa só vai entender a necessidade e vai saber que é um serviço útil quando chegar com dor e puder ser atendido primeiro”</p>

<p>Há os que aceitam e os que não aceitam</p>	<p>“Uns acatam bem e são encaminhados por nós para UBS, já outros querem chegar e serem atendidos”</p> <p>“Pra quem realmente necessita, com certeza o usuário se gratifica com o que foi mudado[...]pra quem é classificado como verde ou azul, não gosta”</p> <p>“Depende muito do usuário, tem uns que adoram o ACCR e elogiam o trabalho da gente e usuários de outras demandas que se estressam com o tempo de espera”</p>
---	---

FONTE: Pesquisa direta (2010)

O Quadro 4 referente ao questionamento quanto ao nível de satisfação do usuário com a implantação do ACCR no local de trabalho, contempla 5 idéias centrais.

A 1º idéia central, gosta, aborda a satisfação do usuário frente ao novo dispositivo de humanização, porém faz-se necessário uma ação continuada para que os usuários entendam o processo de mudança criado para melhor atendê-los. Segundo Brasil, 2009 é muito importante que a organização do atendimento na urgência por meio do ACCR seja divulgada e explicitado com clareza o encaminhamento a ser dado uma vez que o risco é classificado.

Inicialmente alguns usuários ignorarem a estratégia, contudo quando se depararam com uma situação que exigia urgência no atendimento, viram o real objetivo do dispositivo. A procura por UPA's envolve fatores que definem a escolha da mesma pelo usuário. Assim, observa-se a gravidade ou a urgência do problema, a resolutividade do serviço, a agilidade no atendimento, o acolhimento, as experiências vividas pelos pacientes e familiares, a destreza no encaminhamento para outros serviços, bem como a relação estabelecida pelo usuário com os profissionais (MARQUES; LIMA, 2007).

Segundo Schimithi; Lima 2004, a satisfação do usuário é evidente pelo fato do ACCR proporcionar uma regulação de acesso aos serviços mais adequados, promovendo atenção integral. Ainda que o serviço de pronto atendimento não esteja apto a responder algumas demandas de indivíduos, o mesmo é responsável pelo encaminhamento do usuário a um local que dê resposta às suas necessidades, seguindo o princípio de referência e contra-referência.

A 2ª idéia central, razoável, enfatiza a necessidade de educação continuada para a população, para que ela entenda e colabore com a estratégia. Percebemos que sempre vão existir pessoas com pouca ou nenhuma informação sobre o ACCR, fazendo com que estas concordem ou discordem a estratégia. Marques; Lima, 2007 aborda que a procura dos usuários pelas UPA's se dá por vários motivos, um deles é porque o usuário prefere procurar portas abertas dos serviços de emergência a esperar na fila pelo agendamento da UBS. Ao mesmo tempo o usuário procura, nos serviços, respostas às suas necessidades e as manifestações delas podem expressar o que o usuário pensa sobre o problema e a definição do problema contempla o conceito de saúde-doença apreendido pelo usuário nas relações sociais e no cotidiano.

A 3ª idéia central, não está satisfeito, nos mostra a insatisfação do usuário quanto ao tempo de espera e o encaminhamento para a unidade básica de saúde. Baseado em Bittencourt; Hortale 2007, os principais acontecimentos que geram insatisfação da população são: a demora em resolver seus problemas de saúde; o tempo de espera para ser atendido pelo médico e a equipe de enfermagem e a péssima recepção dos serviços de saúde.

Porém, a população, no momento, não convive com esses fatores que a deixava insatisfeita. Pelo contrário, a população presencia um novo modo de gerir a UPA, ou seja, com o ACCR o atendimento passou a ser mais humano, foram priorizados os casos mais graves, modificações foram feitas em sua estrutura para acomodar melhor o usuário. Para alguns profissionais da UPA, mesmo com tantas mudanças para fluir melhor o atendimento, alguns usuários ainda julgam mal o atendimento.

A 4ª idéia central, difícil avaliar, expõe que o usuário só demonstra satisfação quando é atendido rapidamente. Como já dito anteriormente, o usuário manifesta satisfação quando o atendimento médico é feito imediatamente, porém isso só acontece quando o estado clínico do paciente é grave, devido o dispositivo selecionar estes casos para serem atendidos de imediato. Então, na opinião do profissional fica difícil avaliar, estando ele numa situação de avaliar esse quadro e informar o paciente.

Compreendemos o ACCR como um dispositivo de humanização que além de humanizar o atendimento, seleciona os casos mais graves para serem imediatamente atendidos e com isso, estabelece tempo de espera para os casos menos grave. Apesar desse tempo de espera se configurar para os usuários um descaso e desrespeito com eles, o atendimento se torna mais integral e humano, pois o usuário passa por uma escuta qualificada com profissionais capacitados.

A 5ª idéia central, há os que aceitam e os que não aceitam, engloba a insatisfação do usuário pelo tempo de espera, pela referência à UBS e ao mesmo tempo os usuários que estão satisfeitos com a estratégia implantada, a qual proporciona melhoria no atendimento à população. Como dito anteriormente, a espera pelo atendimento não configura um bom atendimento pelo usuário que desconhece a finalidade do ACCR, porém o usuário bem informado quanto os objetivos desse dispositivo revela enorme satisfação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACCR é um dispositivo de humanização criado pela PNH do MS, onde as UPA's implantaram-no em seus serviços e utilizaram de seus princípios para organizar o serviço de urgência/emergência, que encontrava-se dissociado do seu principal foco de atuação, atender os casos prioritários.

Com isso, o ACCR veio a aperfeiçoar o atendimento das UPA's, criando ordem de atendimento segundo o maior risco de morte e deixando o antigo atendimento por ordem de chegada. Como também, proporcionou escuta qualificada aos usuários, humanização no atendimento, trabalho com equipe multidisciplinar, evitando fragmentação do processo.

O trabalho exposto trouxe a nós a visão de que os profissionais da UPA Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia tem conhecimento sobre os princípios que regem o ACCR, principalmente a necessidade desse dispositivo para melhorar o atendimento, assim como organizar o fluxo do serviço. Cabe aos profissionais agir conforme o protocolo estabelecido na unidade e adequá-lo as diversas situações que se deparam.

Na opinião dos profissionais, o ACCR pode ser instalado na UPA, mas percebemos que apesar de já instalado, existe necessidades para ser melhor conduzido diante do proposto pelo MS. Falta estrutura física, materiais necessários ao bom funcionamento do serviço, educação continuada dos profissionais.

As opiniões divergem em relação às mudanças no atendimento após a implementação do ACCR, observamos que a maioria dos profissionais refere mudanças positivas com a implantação do ACCR na UPA e que estas mudanças repercutem na melhoria do serviço e atenção as urgências. Contudo, alguns profissionais que desconhecem os princípios do ACCR, ignoram a mudança na ordem de atendimento e relatam que deveria ter ocorrido diminuição da demanda de usuário, sem levar em consideração que toda mudança se dá de forma gradativa e não repentinamente.

De acordo com os profissionais, os usuários apresentam comportamentos distintos frente ao ACCR, indo desde a aceitação à rejeição dessa nova estratégia. Com isso, existe a necessidade de educação permanente aos usuários, conduzindo-os a uma melhor compreensão das mudanças que ocorrem nos níveis de complexidade e suas finalidades.

Esses profissionais enfrentam conflitos e embates diariamente e atuam em ambiente superlotado, com recursos humanos, tecnológicos e de estrutura física inadequada e que não oferecem condições para acomodar os usuários com segurança e qualidade, além de

difícil comunicação com a atenção básica, para referenciar alguns usuários. Apesar desses entraves quanto à implantação do ACCR, o mesmo já revela um processo de evolução, onde o acolhimento do usuário estabelece uma atenção integral, humanizando e priorizando o atendimento dos usuários com maior risco de morte.

Como profissional técnica de Enfermagem, atuante na UPA Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, e ainda, como acadêmica de Enfermagem e pesquisadora percebo que os serviços de saúde devem se interligar e buscar de maneira unânime a atenção integral do usuário, promovendo melhorias. No que tange a comunicação entre eles e toda a equipe da instituição deve engajar-se no novo dispositivo, seja promovendo-o, ou respeitando suas normas e rotinas.

É relevante que os profissionais da UPA incorporem o novo dispositivo de humanização, o ACCR, e que todos eles conduzam-no da mesma maneira, sem deixar dúvidas para os usuários sobre seu objetivo e como funciona. É necessário, também, que os profissionais tenham educação permanente sobre humanização e o ACCR, visando eficácia e rapidez no trabalho de classificação de risco, sempre respeitando a individualidade do usuário e seu atendimento integral.

Sugiro que somente os profissionais Enfermeiros realizem a classificação de risco, evitando erros e demora no atendimento, pois os mesmos são capacitados e possuem respaldo da instituição para este exercício.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. - **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 8ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <  
<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/arq/normas.htm>> Acesso em: 09 abr.2010.

AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas - **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009 Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>> Acesso em: 19 abr.2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. - A humanização como dimensão pública das políticas de saúde - **Ciências e Saúde Coletiva**, v.10, n.3 2005.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. - A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro – **Ciências e Saúde Coletiva** Coletiva, 12(4):929-934, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Informe Epidemiológico do SUS. v. 5, n. 2 p. 12 – 14, abr/jun. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <  
<http://portal2.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20de%20Regulacao%20Medica%20das%20Urgencias.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2010

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002**. Disponível em <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria\\_2048\\_B.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf)> Acesso em: 14 abr.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva,

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <  
[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04\\_1163\\_FL.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_1163_FL.pdf)> Acesso em: 11 abr. 2010

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde - Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização - **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** - 2.<sup>a</sup> edição Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF, 2006b. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_base.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf) > Acesso em: 13 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, 2009a - Portal Saúde.Gov/Humaniza SUS - **Política Nacional de Humanização** – Disponível em: <  
[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=391](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=391)> Acesso: 13 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. 2009b - Portal Saúde.Gov/Humaniza SUS - **O que é o HumanizaSUS** – Disponível em: <  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28288](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288) > Acesso: 19 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos** : 2008-2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 3. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf)> Acesso em: 06 mar. 2010.

BUENO, E.; AUGUSTINHO, M.L.; CARVALHO, T.H.P.F. Humanização – Construindo um novo conceito de fazer saúde. In: **Estratégias e Políticas em Qualidade de Vida**, cap. 3 p. 26 2010. Disponível em:  
[http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns\\_interdisciplinares\\_saude/tecnologia/tecnologia\\_cap3.pdf](http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/tecnologia/tecnologia_cap3.pdf) Acesso em: 14 abr.2010.

COFEN. RESOLUÇÃO COFEN – 311/2007 – Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em:  
<<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7221&sectionID=34>> Acesso em: 09 abr. 2010

FALK et al - Contextualizando a Política Nacional de Humanização: a experiência de um Hospital Universitário. **Boletim da Saúde** - Porto Alegre: vol.20 n.2 Jul./Dez. 2006. Disponível em: [http://www.esp.rs.gov.br/img2/v20n2\\_16Contextualiz.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v20n2_16Contextualiz.pdf) Acesso em: 10 abr. 2010

GARLET et al - Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais - **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 julho-agosto; 17(4) Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)> Acesso em: 13 abr. 2010.

GIL, A. C. - **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova Bordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. - Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde - **Rev Latino-am Enfermagem**, 2007 janeiro-fevereiro; 15(1) Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>> Acesso em: 10 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem - **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42 n.1 São Paulo Mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100006&script=sci_arttext)> Acesso em: 10 abr. 2010.

MAURER, T. C. – **Enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco na Emergência Pediátrica** – Porto Alegre, 2010.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VERAS, R. M. – Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar – **Psicologia em Estudo**, Marinsgá, v. 11,n. 2, p. 232-330, mai./ago. 2006.

OLIVEIRA et al - O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado - **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea12.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS et al - Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências

e de humanização- **Medicina**, Ribeirão Preto, 36: 498-515, abr./dez. 2003. Disponível em: [http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/avaliacao\\_modelo\\_organizacao\\_ue.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf)  
Acesso em: 10 abr. 2010.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P.; REIBNITZ, K. S. - **Reflexão acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no serviço de emergência**, 2010.

SIMÕES et al - Humanização na Saúde: Enfoque na Atenção Primária- **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 439-44. Disponível em: em  
<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71416309.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2010.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada **Impacto da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco para o trabalho dos profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento do Município de Mossoró**. A mesma será desenvolvida por Kalianny Kadidja Poline Soares Amorim, aluna do Curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da Professora Esp. Kalyane Kelly Duarte de Oliveira.

A mesma apresenta como objetivo geral: analisar o impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento de Mossoró, a partir dos seguintes objetivos específicos: caracterizar a situação dos profissionais de saúde entrevistados; analisar o conhecimento dos profissionais de saúde entrevistados sobre o acolhimento com classificação de risco para o trabalho; verificar na opinião dos profissionais de saúde entrevistados a capacidade de instalação na utilização do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho; averiguar na opinião dos profissionais de saúde entrevistados as mudanças no atendimento após a implementação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho; verificar na opinião dos profissionais de saúde entrevistados o nível de satisfação do usuário após a implementação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho.

A pesquisa é de grande relevância para o serviço de saúde em questão, pois o acolhimento proporciona melhor organização do serviço, interação multidisciplinar, privacidade do usuário, esvaziamento dos corredores, aproximação dos profissionais com o usuário, propiciando assim uma assistência de qualidade.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurado sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Salientamos ainda que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação. Informamos que a referida pesquisa não apresenta nenhum risco aparente aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista gravada em MP4, onde senhor (a) responderá inicialmente a algumas perguntas sobre dados pessoais a fim de caracterizarmos a população desta pesquisa e questões relacionadas à temática. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa<sup>1</sup>.

Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

---

---

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2010

---

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira  
(Pesquisadora Responsável)

---

Kalianny Kadidja Polline Soares Amorim  
(Promotora da Pesquisa)

---

Participante da Pesquisa

---

<sup>1</sup> Endereço da Pesquisadora Responsável: Rua Melo Franco N ° 1285, Bom Jardim, Mossoró - RN CEP: 59.618-750 Tel(s): 3312-0143/8865-8612. E-mail: kkoliveira@pop.com.br  
Endereço do Comitê de Ética: Rua Frei Galvão, 12 Gramame, João Pessoa-PB.  
E-mail: cep@facene.com.br

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### I. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTREVISTADOS

##### 1. Categoria profissional

- Enfermeiro (a)
- Médico (a)
- Assistente Social
- Técnico (a) de Enfermagem

##### 2. Pós-graduação

- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Residência

##### 3. Tempo de serviço na unidade da pesquisa

- menos de 1 ano
- de 1 à 5 anos
- de 5 à 10 anos

##### 4. Tempo de serviço na sua categoria profissional

- menos de 1 ano
- de 1 à 5 anos
- de 5 à 10 anos
- + de 10anos

#### II. QUESTÕES CONCERNENTES À TEMÁTICA, ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS

5. Na sua opinião, o que é acolhimento com classificação de risco para o trabalho?
6. Na sua opinião, há capacidade de instalação na utilização do acolhimento com classificação de risco no seu local de trabalho?
7. Na sua opinião, houve mudanças no atendimento após a implementação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho?
8. Como você classifica o nível de satisfação do usuário após a implementação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho.

# ANEXOS