



FACULDADE VALE DO SALGADO - FVS
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

BÁRBARA GUEDES FREITAS

**O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

ICÓ - CEARÁ
2018

BÁRBARA GUEDES FREITAS

**O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Monografia submetida à disciplina de TCC II do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado – FVS, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Josué Barros Júnior

ICÓ - CEARÁ
2018

BÁRBARA GUEDES FREITAS

**O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Monografia submetida à disciplina de TCC II do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado – FVS, a ser apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Josué Barros Júnior
Faculdade Vale do Salgado – FVS
Orientador

Prof^a. Esp. Cleciana Alves Cruz
Faculdade Vale do Salgado – FVS
1º Examinadora

Prof^a. Esp. Úrsula Hérica dos Santos Moura
Faculdade Vale do Salgado – FVS
2º Examinadora

Dedico este trabalho ao Deus que nunca me abandonou e a minha mãe, Glória Guedes pela dedicação e doação de uma vida inteira, por sonhar meus sonhos e lutar minhas lutas.

AGRADECIMENTOS

A ti senhor, pela dádiva de nascer em um lar amoroso, com uma família que não fez outra coisa senão me amar. Agradeço pelas vezes que me deixou cair, mas que me ensinou a levantar e aprender com os erros, pelas vezes em que eu não merecia nada além de silêncio e o Senhor encheu minha alma com cânticos de alegria.

Obrigada por não me ouvir nos momentos de insensatez, mas por estar a postos quando palavra alguma saía de minha boca, mas as minhas lágrimas foram interpretadas. Agradeço as pessoas que foram colocadas no meu caminho. Algumas chegaram para me fazer desistir, abalarem minha fé em ti, na vida e principalmente em mim, mas Senhor, essas pessoas foram ofuscadas pelos anjos que tu puseste na terra para cuidar de mim, anjos esses que enfrentaram tudo para apenas um sorriso estampar meu rosto, para eu estar aqui hoje escrevendo essa carta de agradecimentos no momento que mais sonhei viver.

O mais lindo de todos os anjos é minha mãe, a mulher mais forte, guerreira, altruísta que eu tive o prazer de conhecer. E Pai, eu agradeço cada segundo do meu dia pela vida dela, por todos os ensinamentos, proteção, pela abdicação de sua vida pela minha. Por acreditar que eu era capaz mesmo eu duvidando constantemente disso.

O outro anjo é meu pai, Pedro Acelino, que mesmo distante se faz presente no meu dia-a-dia, torcendo e vibrando em cada vitória que conquisto. Agradeço a minha vó Idelzuite Bezerra por tanto cuidado e amor, se não fosse por ela, também não estaria aqui.

Agradeço também ao meu parceiro de vida, alguém que me acolheu e me aceitou com todos os meus defeitos e me amou quando eu mais achava que não merecia, agradeço a você Kennedy Wagner, por sempre estar ao meu lado.

Não poderia deixar de agradecer as minhas amigas que estão nesta luta comigo há 5 anos, e que mesmo com todos os problemas já enfrentados, seguimos unidas, sempre torcendo umas pelas outras, obrigada Natália meu Yin, meu equilíbrio, Rosângela minha alegria diária, Tamires a minha cópia, meu sinônimo de força, saiba que sua dor é minha dor e a Caroline por sempre estar pronta para me ouvir desabafar, sem vocês esses 5 anos teriam sido tristes e mais difíceis do que foram.

Gostaria de agradecer ao meu orientador Josué Barros por acreditar em mim e lançar esse desafio enorme, mas que com toda garra, inteligência, compreensão e orientação conseguimos fazer um trabalho excepcional.

Agradeço também a Professora e Coordenadora Kerma Márcia, não precisarei citar aqui o motivo da minha gratidão, porque eu sei que ela é ciente, mas talvez não saiba o quanto sou grata, então o meu maior agradecimento a você.

Em hipótese nenhuma poderia deixar de agradecer ao Professor Otácio Pereira, professor esse responsável pela construção dos resultados desta pesquisa, que ofereceu não somente seu tempo, mas sua inteligência, seu conhecimento gigantesco e sua paciência. Nunca conseguirei demonstrar toda minha gratidão.

Agradeço de todo meu coração a minha banca avaliadora, em nome de Professora Úrsula Hérica e Cleciana Alves, por todo aconselhamento e sugestões que só enriqueceram este trabalho. Sem a sabedoria, paciência e amor pelo o que fazem este trabalho não teria chegado aonde chegou. Vocês foram e sempre serão minhas inspirações.

À instituição e aos professores do curso de Enfermagem, que proporciona os melhores profissionais e o melhor ensino contribuindo assim para minha qualificação profissional.

Aos participantes desta pesquisa que dispuseram de toda boa vontade para responder o questionário proposto e assim possibilitar a conclusão do estudo e a todos que ajudaram de forma direta ou indiretamente.

Porque o Senhor te chamou como a mulher desamparada e triste de espírito; como a mulher da mocidade, que fora desprezada, diz o teu Deus. Por um breve momento te deixei, mas com grandes misericórdias te recolherei. Com um pouco de ira escondi a minha face de ti por um momento; mas com benignidade eterna me compadecerei de ti, diz o Senhor, o teu Redentor.

(ISAÍAS 54:6-8).

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1	Perfil sociodemográfico dos participantes.....	31
Tabela 2	Conhecimento dos acadêmicos acerca do Acolhimento com Classificação de Risco.....	33
Gráfico 1	Risco.....	34
Tabela 3	Importância do Acolhimento com Classificação de Risco.....	35
	Dificuldades na implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.....	
Gráfico 2	Causas das dificuldades na implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.....	35
Tabela 4	Conhecimento acerca dos protocolos.....	37
Tabela 5	Aplicação do Acolhimento com Classificação de Risco em campo de estágio.....	38
Tabela 6	Fragilidade no aprendizado acerca dos protocolos de Classificação de Risco.....	39
Tabela 7	Enfermeiro na realização do Acolhimento com Classificação de Risco.....	40
Gráfico 3	Avaliação do ensino da disciplina de Enfermagem na UTI e Emergência.....	41
Tabela 8	Cruzamento de tabulações entre as variáveis semestre em curso com Enfermeiro na realização do Acolhimento com Classificação de Risco.....	41

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

%	Porcentagem
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ATS	<i>Australian Triage Scale</i>
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTAS	<i>Canadian Triage and Acuity Scale</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENF	Enfermeiro (A)
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
ESP	Especialista
FVS	Faculdade Vale do Salgado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
KM/KM²	Quilômetro/ Quilômetro Quadrado
MEC	Ministério da Educação
ME	Mestre
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
Nº	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Assistência Hospitalar
PROF	Professor (A)
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção das Urgências e Emergências

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SMUR	Serviço Móvel de Urgência e Reanimação
SR.^a	Senhora
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCPE	Termo de Consentimento Pós Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento

RESUMO

FREITAS, B. G. **O conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca do acolhimento com classificação de risco**, Monografia. 67f. (Faculdade Vale do Salgado - FVS) Curso Bacharelado em Enfermagem, Icó- CE, 2018.

Define-se emergência como um agravo à saúde que necessita de imediata intervenção por haver risco iminente de vida, enquanto a urgência é uma classificação destinada aos casos em que há risco à vida, mas com caráter menos imediatista. Os serviços de urgência e emergência são considerados elementos importantes na atenção à saúde da população brasileira e com o aumento na procura por esses serviços há uma superlotação desse setor, causando sobrecarga do sistema e dos profissionais e assim, comprometendo a qualidade da assistência prestada. Percebendo então a necessidade de reorganização do processo de trabalho, o Ministério da Saúde lançou a Cartilha da Política Nacional de Humanização que propõe a reestruturação dos serviços de urgência e emergência, com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco. Esta pesquisa tem como objetivo geral: avaliar o conhecimento dos acadêmicos do curso de Enfermagem acerca do Acolhimento com Classificação de Risco e seus protocolos e especificamente, traçar o perfil sociodemográfico dos alunos, investigar as dificuldades de implantação dos protocolos de Classificação de Risco nos serviços de saúde, na percepção dos acadêmicos e identificar as fragilidades no aprendizado dos acadêmicos acerca dos Protocolos de Classificação de Risco. O estudo foi do tipo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. Realizado na Faculdade Vale do Salgado com população composta por acadêmicos do 7º ao 10º semestre do curso de enfermagem. Como técnica para coleta de dados do estudo foi aplicado um questionário estruturado. Os dados foram organizados a partir de tabelas e gráficos através do auxílio de um *software* estatístico o SPSS e do Microsoft Excel. O estudo foi encaminhado ao CEP com parecer de aprovação número 2.871.086 e obedeceu a todos os preceitos da resolução 466/12, que regulamenta os aspectos éticos sobre as pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Conforme observado nos resultados teve-se como maior público participante mulheres com faixa etária predominante de 20 a 29 anos de raça parda. Percebeu-se que os acadêmicos possuem conhecimento acerca do ACCR e sua funcionalidade e apontam que a maior dificuldade na implantação do Acolhimento nos serviços de saúde estava na falta de recursos estruturais e organizacionais que prejudicam a realização da triagem classificatória pelo enfermeiro. O estudo demonstrou ainda que os alunos não apresentam fragilidades no aprendizado acerca dos protocolos de classificação de risco, mas também não os aplicam em campo de estágio, o que remete a pensar que isso aconteça por medo, insegurança ou a não utilização do ACCR nos setores de emergência. Com isso, percebe-se a necessidade da operacionalização de protocolos de classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, uma vez que este se configura como uma importante estratégia para a organização do serviço, diminuição de filas de esperas com consequente diminuição na ocorrência de agravos, favorecendo a prestação de uma assistência eficaz, resolutiva e qualificada.

Palavras-chave: Acolhimento. Humanização. Enfermagem

ABSTRACT

FREITAS, B. G. **The knowledge of nursing students about the host with risk classification**, Monograph. 67f. (Vale do Salgado College) Bachelor's Degree in Nursing, Icó-CE, 2018.

Emergency is defined as an aggravation to health that requires immediate intervention because there is imminent risk of life, while urgency is a classification destined to cases in which there is risk to life, but with a less immediate character. The emergency and emergency services are considered important elements in the health care of the Brazilian population and with the increase in demand for these services there is overcrowding of this sector, causing overload of the system and of the professionals and thus, compromising the quality of the assistance provided. Realizing the need to reorganize the work process, the Ministry of Health launched the National Humanization Policy Booklet that proposes the restructuring of emergency and emergency services, with the implementation of the Reception with Risk Classification. This research has as general objective: to evaluate the knowledge of Nursing students about the Reception with Risk Classification and its protocols and specifically, to draw the sociodemographic profile of the students, to investigate the difficulties of implantation of the protocols of Risk Classification in the services of health, the perception of academics and identify the weaknesses in the students' learning about the Risk Classification Protocols. The study was an exploratory, descriptive study with a quantitative approach. Held at the Vale do Salgado College with a population composed of students from the 7th to the 10th semester of the nursing course. A structured questionnaire was used as a technique for collecting research data. The data were organized from tables and graphs through the aid of statistical software SPSS and Microsoft Excel. The study was sent to the CEP with opinion of approval number 2.871.086 and obeyed all the precepts of resolution 466/12, which regulates the ethical aspects of research involving human beings of the National Health Council. As observed in the results, as the largest participating public women with predominant age group of 20 to 29 years of brown race. It was noticed that the academics have knowledge about the ACCR and its functionality and indicate that the greatest difficulty in the implantation of the Reception in the health services was the lack of structural and organizational resources that hamper the accomplishment of the classification triage by the nurse. The study also showed that students do not present weaknesses in learning about risk classification protocols, nor do they apply them in the field of training, making us think that this is due to fear, insecurity or non-use of CRA in the emergency sectors. With this, it is noticed the necessity of the operationalization of protocols of risk classification in the emergency and emergency services, since this is configured as an important strategy for the organization of the service, decrease of queues of waits with consequent decrease in the occurrence of favoring the provision of effective, resolute and qualified assistance.

Keywords: Reception. Humanization. Nursing

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	SURGIMENTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	17
3.2	REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	19
3.3	A HUMANIZAÇÃO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	21
3.4	TRIAGEM COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	23
3.5	GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM.....	25
4	METODOLOGIA.....	27
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	27
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	28
4.4	INSTRUMENTOS E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	28
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	29
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	29
4.6.1	Riscos.....	30
4.6.2	Benefícios.....	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES.....	31
5.2	ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	46
	APÊNDICES.....	52
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	53
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO.....	55
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO.....	57
	ANEXOS.....	58
	ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-	

PARTICIPANTE.....	59
ANEXO B – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP.....	60

1 INTRODUÇÃO

Define-se emergência como um agravo à saúde que necessita de imediata intervenção por haver risco iminente de vida, enquanto a urgência é uma classificação destinada aos casos em que há risco à vida, mas com caráter menos imediatista (ZANELATTO; PAI, 2010).

Os serviços de urgência e emergência são considerados elementos importantes na atenção à saúde da população brasileira e cada vez mais está funcionando como porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo então pacientes de níveis menos complexos que poderiam ser atendidos na atenção primária. Com o aumento na procura por esses serviços, assim como o crescente número de vítimas de acidentes, violência urbana e pela própria falta de recursos disponíveis, há uma superlotação desse setor, causando sobrecarga do sistema e dos profissionais e assim, comprometendo a qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Em decorrência do aumento dessa demanda, no ano de 2002, entrou em vigor a Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde, com a finalidade de normatizar, ou seja, padronizar e organizar o funcionamento dos equipamentos de saúde que compõe a Rede de Atenção às Urgências nos Estados, Distrito Federal e municípios (OLIVEIRA et al., 2013).

A portaria além de se tornar um elemento necessário na promoção de um acesso universal, na equidade na destinação de recursos e na atenção integralizada, ela também permite uma melhor organização da assistência prestada, articulando assim os serviços, definindo fluxos, elegendo prioridades e referências resolutivas (SILVA; BARROS; TORRES, 2011).

Tendo em vista que o SUS busca melhorias na qualidade da assistência ofertada à população e que existe esse aumento no fluxo dos usuários nas portas de entrada dos serviços de saúde, havendo então a necessidade de reorganização do processo de trabalho, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e na produção de saúde, a qual, dentre as suas diretrizes, propõe a reestruturação dos serviços de urgência e emergência, com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) (BRASIL, 2004).

A diretriz consiste em um instrumento de humanização e foi criada através da constatação da necessidade de implantação de um acolhimento com avaliação e classificação de risco que priorize o atendimento para aqueles pacientes com maior potencial de

agravamento ou complexidade de sua condição clínica e não mais por ordem de chegada, garantindo assim uma diminuição de riscos que provém do tempo exacerbado de espera pelo atendimento e conseqüentemente, otimiza, humaniza o atendimento, desafoga os serviços de urgência e fortalece o vínculo usuário-trabalhador (MAGALHÃES, 2017).

Segundo o Art. 1º da Resolução 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Classificação de Risco nos serviços de saúde é ação privativa do Enfermeiro, ou seja, é o único profissional da equipe de enfermagem que pode atuar no processo de estratificação e priorização da assistência à saúde aos usuários a partir de fluxogramas norteadores (COFEN, 2012).

Os serviços de saúde em todo mundo são operados por protocolos que possuem a finalidade de reduzir o tempo de espera pelo atendimento, reorganizar o fluxo de pacientes, e direcionar o paciente segundo as queixas apresentadas. São eles, a Escala Australiana de Triagem, o Índice de Gravidade de Emergência, Escala de Acuidade e Triagem Canadense e o Sistema de Triagem de Manchester. O protocolo utilizado para a classificação de pacientes na maioria dos serviços de saúde no Brasil é a triagem de Manchester, onde a classificação dos pacientes ocorre por meio de fluxogramas e suas prioridades de atendimento são definidas através de cores, números, nomes e pelo tempo máximo de espera para o atendimento (SILVA et al., 2017).

Entende-se, portanto, o conhecimento acerca da atenção às emergências e urgências como uma das particularidades da formação do enfermeiro generalista, por isso, o incentivo de estudos nessa área se torna necessário e vital, porque passa-se a formar profissionais aptos a desenvolver técnicas emergenciais, mediante o conhecimento científico adquirido no processo de formação acadêmica, proporcionando assim uma assistência de qualidade baseada nas necessidades do indivíduo (SENGER; CAMPOS, 2012).

Diante desse contexto surgiram as seguintes questões norteadoras: qual o conhecimento que os acadêmicos do curso de Enfermagem possuem a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco? Quais as fragilidades no aprendizado dos alunos acerca dos protocolos e suas funções? Quais as dificuldades, na visão dos acadêmicos, para que seja efetivada a implantação dos protocolos de Classificação de Risco?

Justifica-se a escolha dessa temática pela constatação, na vivência prática dos estágios, das dificuldades encontradas que os acadêmicos do curso de Enfermagem apresentam no âmbito hospitalar e na atenção primária em identificar, acolher e direcionar os usuários segundo os princípios do Acolhimento com Classificação de Risco.

A relevância deste trabalho se dá pela necessidade de uma maior contribuição de estudos sobre essa temática e como subsídio acadêmico para a compreensão da importância de efetivação da política de Acolhimento com Classificação de Risco nos setores de urgência e emergência, bem como também, se destina aos profissionais da área da saúde de uma forma geral, que atuam ou pretendem atuar na área. Tem-se ainda uma relevância social para os usuários que mediante a efetivação desta política, serão beneficiados com um atendimento ágil, efetivo e segundo a suas reais necessidades, evitando assim possíveis complicações provindas de uma classificação de risco errônea.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o conhecimento dos acadêmicos do curso de Enfermagem acerca do Acolhimento com Classificação de Risco e seus protocolos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Traçar o perfil sociodemográfico dos alunos;
- Investigar as dificuldades de implantação dos protocolos de Classificação de Risco nos serviços de saúde, na percepção dos acadêmicos;
- Identificar as fragilidades no aprendizado dos acadêmicos acerca dos Protocolos de Classificação de Risco.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SURGIMENTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os atendimentos de natureza urgente e emergente ocorrem desde as primeiras grandes guerras, mais especificamente na guerra do século XVIII ocorrida no período Napoleônico na França. Já nessa época os princípios do atendimento rápido e com prevenção de agravos era utilizado para com os soldados que eram feridos nos campos de batalhas. O pioneiro desse primeiro cuidado foi o cirurgião e chefe militar *Dominique Larrey*, no ano de 1792, que defendia o transporte imediato desses soldados feridos para fora do campo de batalha para serem tratados por médicos a fim de prevenir futuras complicações (RAMOS; SANNA, 2005).

Com a continuidade do atendimento aos soldados feridos no campo de batalha ao passar dos anos, surgiu a iniciativa da fundação da Cruz Vermelha Internacional no ano de 1863, organização que ao longo do tempo realizou atendimento rápidos, efetivos e salvou milhares de soldados, tendo sua ascensão no século XX com a ocorrência da 1ª e 2ª Guerra Mundial. Vendo que esses cuidados imediatos diminuía a morbidade por causas externas de seus companheiros de guerra, os soldados receberam treinamentos de primeiros socorros (RAMOS; SANNA, 2004).

Como precursora desse primeiro cuidado aos feridos, a França em 1955 deu início ao surgimento das primeiras equipes móveis de reanimação, tendo como objetivo principal a assistência médica à pacientes vítimas de acidentes por causas externas e a manutenção da vida daqueles que necessitavam de transferências entre os hospitais (MEIRA, 2007).

A história dos atendimentos nos serviços móveis, na França, decisivamente se dá pela constatação dos médicos da desproporção que existia no tratamento de doentes e feridos nos hospitais e dos meios ultrapassados do atendimento pré-hospitalar já existente. Com isso foi avaliada a obrigatoriedade de um treinamento apropriado das equipes de socorro com participação médica no local, com o objetivo de elevar as chances de sobrevivência dos pacientes. Sendo assim, na década de 60, foi instituído o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), com o propósito de sistematizar e coordenar as atividades do antigo Serviço Móvel de Urgência e Reanimação (SMUR), permitindo assim a criação de um centro de regulação médica para avaliação e realização de atendimentos (LOPES; FERNANDES, 1999).

A prática de prestar atendimento às vítimas no local do acidente é tão antiga no Brasil quanto em outros países. Tem-se então, no ano de 1893, a aprovação de uma lei pelo Senado da República, que estabelecia a existência de um socorro médico na via pública na cidade do Rio de Janeiro que até então era capital do país (MARTINS; PRADO, 2013).

Os médicos, na prática civil no Brasil, levaram um tempo maior para se mobilizarem, mesmo tendo dados expressivos do aumento progressivo de mortalidade ocasionada por causas externas, como acidentes de trânsito. Essa demora acabou fazendo com que as autoridades sanitárias, em um primeiro momento, incumbissem a responsabilidade desses atendimentos aos responsáveis pelos resgates brasileiros, os militares do Corpo de Bombeiro, retirando por fim a característica sanitária deste tipo de atendimento, no ano de 1899 (LOPES; FERNANDES, 1999).

O SAMU no Brasil teve seu início após um convênio entre o Brasil e a França, por meio de um requerimento do Ministério da Saúde, que selecionou o modelo francês de atendimento para implantar no sistema de atendimento brasileiro, em que as ambulâncias de suporte avançado possuíam obrigatoriamente a presença de um médico. Sendo divergente do modelo americano em que as atividades de resgate eram realizadas apenas por paramédicos, ou seja, por profissionais que não possuíam diploma de Medicina, mas que eram de outras áreas da saúde, como por exemplo, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem (MARQUES, 2013).

Atualmente a crescente procura dos serviços públicos hospitalares de emergência se dá pelo o aumento da violência urbana, dos acidentes de trânsito e da própria precariedade dos serviços de saúde da atenção básica. A primeira consequência que se tem é a superlotação nos setores de urgência e emergência, contendo pacientes que poderiam ser atendidos nas unidades da atenção primária (ADÃO; SANTOS, 2012).

O impacto sobre o SUS é grande, devido a esse aumento na demanda de serviços de saúde, tendo assim uma repercussão na assistência prestada e nos gastos realizados com internações hospitalares. No que se trata da atenção às urgências e emergências, se faz necessário adotar medidas que sirvam de garantia a existência do atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, foi normatizada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 2.048/GM de 2002 que tem como finalidade o regulamento técnico dos sistemas estaduais de Urgência e Emergência, com o intuito de ordenar e nortear os serviços de Urgência e Emergência,

seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como integralidade, equidade, hierarquização, entre outros (VIEIRA; MUSSI, 2008).

A Portaria determina a implantação do Plano Estadual de Urgência e Emergência, que deve se constituir a partir do conhecimento das necessidades da população em saúde, a Regulação Médica das Urgências e Emergências com o intuito de ordenar, orientar, e qualificar o fluxo de pacientes, tornando-se um meio de comunicação com os usuários através do qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados (BRASIL, 2002).

Institui também o Atendimento Pré-hospitalar Fixo, onde a assistência é prestada em um primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo prestado por um conjunto de unidades de saúde, dentre elas, o Programa Saúde da Família (PSF), Unidade não-hospitalares que presta assistência à pacientes com média complexidade e que devem funcionar 24 horas do dia, se tem também o Atendimento Pré-Hospitalar móvel que tem o objetivo de prestar atendimento à vítima de maneira precoce e ágil, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (RAMOS; SANNA, 2004).

A portaria regulamenta ainda o Atendimento Hospitalar que são classificados em Unidades Gerais e Unidades de Referências, a transferências e transportes intra-hospitalares e Núcleos de Educação em Emergências que devem realizar formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências (BRASIL, 2003).

3.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais definida pelas necessidades dos cidadãos brasileiros, e por isso, devem concretizar-se em completa coerência com a situação de saúde da população (MENDES, 2011).

Ainda, segundo Mendes (2011), a situação de saúde dos usuários, caracteriza-se pelas constantes mudanças demográficas, transformações nos padrões de consumo e no estilo de vida da população, pela urbanização acelerada, submetendo assim a população à riscos, principalmente pelas condições crônicas, por causas externas e pelas doenças infecciosas, isso revela a necessidade da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas agregados com capacidade de oferecer um serviço efetivo, eficiente, seguro, com qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.

As redes de atenção são sistemas organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, interligadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2015, p. 32).

Deste modo foi normatizada a Política Nacional de Atenção às Urgências em 29 de setembro de 2003, através da Portaria nº 1.863/GM, que instituía a implantação da mesma em todos os Estados e no Distrito Federal, contemplando as três esferas governamentais. Servindo como uma conexão entre a atenção básica e os outros níveis de atenção, o médio e o de alta complexidade. A Portaria também buscava atender outras necessidades, como a introdução dos sistemas de regulação e elaboração de uma rede regionalizada e hierarquizada, atendimento integral aos usuários, desde a atenção primária até os meios adicionais de atenção, como o atendimento domiciliar (FARIA, 2017).

A busca pela regionalização da assistência à saúde ganhou força no Brasil na última década com o destaque do Pacto pela Saúde. Ao definir atribuições para as três esferas de gestão, esse instrumento direcionou esforços para a integração dos sistemas municipais e ampliação do acesso aos serviços. Atribui-se a esse alvo a concepção da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011).

Na tentativa de diminuir os crescentes eventos de agudização e melhorar a atenção à saúde, o Ministério da Saúde em julho de 2011 publicou a Portaria nº 1.600 com o intuito de reformular e revogar a Política Nacional de Atenção às Urgências, do ano de 2003. Instituído a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS por meio da qual considera que a assistência aos pacientes com quadros agudos devem ser realizados e recebidos por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, organizado em redes regionais de atenção às urgências formando vínculos com uma rede de manutenção da vida em níveis gradativos de complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2015).

Através da incessante busca por um acolhimento com classificação de risco resolutivo para os serviços prestados, a sistematização da RUE tem o intuito de associar e integralizar os equipamentos de saúde existentes. Objetivando a ampliação, universalização e qualificação do serviço humanizado e integralizado aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma eficiente (KONDER; O'DWYER, 2015).

São componentes da RUE: prevenção e promoção de saúde que possui o propósito de estimular a criação de ações de saúde e educação permanente focadas para a vigilância e prevenção. A Atenção Primária que tem por objetivo a ampliação do acesso ao serviço de saúde, fortalecimento de vínculos e responsabilização ao primeiro cuidado às urgências, o

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2013).

A RUE contém Salas de Estabilização que devem possuir um ambiente adequado para estabilização de pacientes em estados críticos, a Força Nacional de Saúde do SUS que objetiva agregar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) que atuam como mediadora das Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar, atendendo pacientes de complexidade intermediária. Conta ainda com um componente Hospitalar sendo integrado pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. Por último, mas não menos importante, a RUE possui o componente da Atenção Domiciliar que é compreendida como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no âmbito domiciliar (SESAB/COSEMS/OMS, 2012).

3.3 A HUMANIZAÇÃO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A palavra humanização tem sua origem do latim *humanus*; que nos remete a pensar no humanista como um indivíduo que tem uma visão do mundo voltada principalmente aos valores humanos e a vida. A humanização é um processo reflexivo, prevendo além de apenas uma assistência voltada a um tratamento resolutivo, mas também a um cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde, devendo-se então promover atendimentos com objetivos de aumentar a sobrevida ou prevenir maiores complicações a vida dos pacientes (REIS, 2014).

Humanizar é acatar e aceitar a natureza do ser humano, a sua essência, com a finalidade de assegurar a sua individualidade, observando-o como ser subjetivo e complexo, dentro da sua completude. É, ainda, oferecer amparo ao paciente, dando encorajamento no que diz respeito à garantia da sua própria cidadania, e é, sobretudo, concentrar verdadeira prática humanizada no respeito ao cidadão (SIMÕES; CONCEIÇÃO, 2005).

Na Conferência Internacional de Humanização da Criança no ano de 2000, realizada com a participação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu a humanização como um princípio básico que deve ser aplicado em todo o processo da atenção ao usuário. E para os brasileiros está assegurada pela

Constituição Federal Brasileira de 1988, que garante a todos um acesso à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral (REIS, 2014).

No Brasil, o conceito de humanização se estabeleceu no final da década de 90 com o surgimento do Programa Nacional de Assistência Hospitalar (PNHAH) que posteriormente foi substituída pela Política Nacional de Humanização (PNH) introduzida no SUS no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde. Possuía o objetivo de difundir práticas de saúde humanizadas para os usuários, trabalhadores e gestores, sendo assim, entendida não como um programa, mas como uma política que permeia as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, produzindo mudanças na assistência e na gestão ao convidar os usuários a ponderar e intervir no dia a dia da saúde pública brasileira (HENNINGTON, 2008).

A promoção da humanização depende de algumas ações, e para se conseguir a efetivação de tais ações é preciso se trabalhar na idealização de uma filosofia organizacional e uma cultura de Humanização, que envolve tempo e necessita da participação de todos os que fazem e que utilizam o sistema de saúde (OMS, 1996).

Realizar a inserção da assistência humanizada nas práticas da urgência e emergência é algo de grande importância e extremamente possível, desde que se tenha o desenvolvimento da capacidade humanística correspondente e simultânea com a estimulação da competência técnico-científica dos profissionais (PAI; LAUTERT, 2005).

No que se trata da humanização nos atendimentos de urgência e emergência realizado por profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, deve-se ser realizado através de ações de planejamento e organização da assistência sob a concepção da promoção da dignidade humana que garanta a constituição dos direitos humanos, trabalhos voltados à prevenção de possíveis agravos e avaliação da demanda de intervenções. E acima de tudo, acolhendo-o segundo as necessidades reais do paciente, realizando uma escuta qualificada e oferta de serviços com o devido reconhecimento da igualdade e o direito de cada um na atenção à saúde (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

O termo humanização, tem sido frequentemente objeto de estudo por esses profissionais por estarem apreensivos com a qualidade da assistência prestada aos usuários nos serviços de saúde. No entanto, quando essas pesquisas se propõem a estudar e debater a temática, elas acabam se limitando mais às suposições do que as reais possibilidades e necessidades de se implantar um atendimento humanizado, ou seja, essa discussão acontece mais em teorias do que nas práticas de saúde (GALLO; MELLO, 2009.).

3.4 TRIAGEM COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A palavra triagem vem de origem francesa *trier* que se traduz como escolha, seleção. De alguma forma a Avaliação de Risco ou triagem sempre foi posta em prática nos serviços de urgência e emergência no Brasil, mas apenas seguindo uma lógica de exclusão. Triagem significa classificar, priorizar e não presumir a exclusão, mas sim realizar estratificação a partir de protocolos estabelecidos que classificam a queixa do paciente em emergência, urgência ou não-urgência (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

O MS, através da Portaria nº 2048/GM de 2002, dispõe a implantação da triagem classificatória de risco, nas unidades de atendimento de urgências. De acordo com esta Portaria, esse processo deve ser realizado por profissionais de saúde, de nível superior e mediante ao treinamento específico e com a utilização de protocolos pré-estabelecidos que tem a finalidade de avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, direcionando e colocando-os em ordem por prioridade de atendimento (BRASIL, 2002).

A classificação de risco atua como um processo de seleção que tem o objetivo de redirecionar o paciente conforme a prioridade do atendimento, de maneira humanizada, informando o seu tempo de espera, organizando o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada no sistema de saúde, selecionando os meios adequados para o diagnóstico e o tratamento do problema de saúde apresentado pelo o usuário (MOURA et al., 2013).

A adesão de protocolos de triagem em serviços de saúde urgentes e emergentes é método fundamental e de extrema necessidade para que haja a realização de atendimentos rápidos e eficientes de pacientes em condições clínicas grave. A classificação da urgência e estipulação do tempo de espera para o atendimento, são indicadores de qualidade na assistência ao paciente, principalmente em realidades assistenciais que possuem grande volume de atendimento (BARACT, 2016).

Atualmente, existem alguns modelos de protocolos de triagem de riscos vigentes nos serviços de saúde tanto no Brasil como em outras partes do mundo, como, o Modelo Australiano - *Australasian Triage Scale (ATS)*, em que se utiliza tempos de espera para o atendimento segundo a gravidade do paciente, o modelo Americano - *Emergency Severity Index (ESI)* que atua utilizando um único algorítmico, com maior foco na necessidade de recursos para o atendimento. Tem-se ainda, o modelo Canadense - *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)* que tem seu embasamento em sintomas, discriminantes e algoritmos, é considerado de uso complexo pelo tempo maior que exige para sua aplicação e por fim o

Manchester Triage System (MTS), mais conhecido como Sistema de Manchester, que já é utilizado em vários serviços de saúde europeus e no Brasil. Esse protocolo atua operando com fluxogramas e determinantes, associados ao tempo de espera e utilizando as cores para definição dos graus de gravidade (MENDES, 2011).

Esses protocolos têm como objetivo principal, a não demora na prestação de atendimento àqueles pacientes que necessitam de uma assistência imediata, por isso, todos os protocolos são baseados na avaliação primária, ou seja, observando o nível de consciência, sistema circulatório e respiratório, determinando a queixa principal e definindo as prioridades de atendimento (MACKWAY-JONES et al., 2010).

O protocolo mais utilizado nos serviços de saúde brasileiro é o Protocolo de Manchester, que é baseado em categorias de sinais e sintomas e possui 52 fluxogramas, sendo 50 desses utilizados para situações comuns e rotineiras e 2 para situações de emergência que haja múltiplas vítimas, e serão selecionados através de discriminadores que orientarão a coleta de informações a partir da queixa e/ou situação apresentada pelo paciente, definindo assim a prioridade clínica (CORDEIRO JUNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014).

O MTS atribui para cada categoria um número, uma cor e um nome, além do tempo que se é aceitável para a primeira avaliação médica e de acordo com as respostas apresentadas na aplicação do protocolo, o fluxograma leva a um resultado e o paciente é classificado em uma das cinco prioridades: 1 – Emergente: paciente requer atendimento imediato, definido pela cor vermelha com tempo de espera de 0 minutos, 2- Muito Urgente: paciente necessita de atendimento em até 10 minutos com risco da perda de função de órgãos ou membros, representado pela cor laranja, 3- Urgente: atendimento em até 60 minutos com uma condição que pode se agravar se não houver atendimento, definido pela cor amarela, 4- Pouco Urgente: o atendimento deverá ser realizado em até 120 minutos com baixo risco de agravo à saúde, definido pela cor verde, 5- Não Urgente: atendimento em até 4 horas sem risco imediato de agravo à saúde, representado pela cor azul (CORDEIRO JUNIOR et al., 2015).

Diante disso, reforça-se a necessidade e a importância de um atendimento humanizado e holístico em todos os serviços de saúde, partindo do pressuposto que tempo é vida nos serviços de urgência e emergência. E é por isso, que deve existir responsabilidade e preparo técnico-científico para realização desse tipo de atendimento (OLIVEIRA, 2012).

3.5 GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

A proposta de organização do sistema de atenção às urgências tem apresentando avanços em relação à definição de conceitos e incorporação de novas tecnologias. Partindo deste pressuposto, espera-se que a formação em enfermagem possa acompanhar tais mudanças e que os esforços estejam envergados ao agenciamento da integralidade e da equidade de todas as ações direcionadas aos usuários, cumprindo os fundamentos da ética e bioética outrora adquiridos nos cursos de graduação (MORAIS FILHO et al., 2017).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), são normas obrigatórias para o Ensino Superior que orientam o planejamento curricular e uniformizam os cursos de graduação em todo o Brasil. As DCN para os cursos de graduação em Enfermagem exigem do profissional recém-formado, que estes possuam uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Com isso, supõe-se que este profissional seja capaz de reconhecer e intervir diante das mais diversas situações de urgência e emergência, e que atue com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, sendo reconhecido como fomentador da saúde integral dos seres humanos. Isto se dá, em parte, por meio da integração dos conteúdos teóricos e práticos ofertados na graduação de Enfermagem, viabilizando experiências e permitindo formar determinado perfil de profissional (MORAIS FILHO, 2015).

A graduação de Enfermagem tem como objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde, desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Tomada de decisões que fundamenta a capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. A comunicação, devendo os profissionais serem acessíveis e com o dever de manter a confidencialidade das informações a eles confiadas (BRASIL, 2001).

Visa ainda a liderança, devendo estarem aptos para assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade, a administração e gerenciamento, buscando tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, e educação permanente, objetivando os profissionais a serem capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática (SENGER; CAMPOS, 2012).

A DCN ainda institui conteúdos essenciais para a graduação de Enfermagem, os quais criam relação com o processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, proporcionando assim a integralidade das ações do cuidar de Enfermagem. Esses conteúdos contemplam as ciências biológicas e da saúde, as ciências humanas, sociais e as ciências da Enfermagem. Os conteúdos propostos são elementos fundamentais da formação do profissional de Enfermagem, e devem se conectar com as novas demandas do serviço de saúde e as novas propostas de formação (BRASIL, 2001).

No que se refere a disciplina de urgência e emergência na graduação, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) revela que em todo o território brasileiro, a capacitação, habilitação e educação continuada dos profissionais de Enfermagem ainda são fragmentadas. Havendo assim baixo rendimento no processo educativo tradicional, como também uma carência nos conteúdos curriculares do curso, conseqüentemente oferecendo um ensino sem a adequada integração à realidade das diretrizes do SUS (BRASIL, 2012).

Entende-se, portanto, o conhecimento acerca da atenção às urgências como uma das particularidades dessa formação generalista. Por isso, o incentivo de estudos nessa área se torna necessário e vital, porque, independente do serviço ou nível de atenção em que o profissional de Enfermagem atue, qualquer enfermeiro poderá deparar-se com pacientes apresentando quadro que necessite de um atendimento e/ou intervenção de emergência (SENGER; CAMPOS, 2012).

Desse modo, mesmo que esse profissional não chegue a trabalhar em um serviço de emergência, mas sim na Atenção Básica, esse conhecimento também se torna importante, quando o enfermeiro. Além atender casos de urgências que chegarão a esse serviço, também precisará fazer a classificação de risco dos pacientes e avaliar a necessidade de encaminhamento para outro nível de atenção, dentro da rede de assistência (MORAIS FILHO, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. O estudo exploratório é realizado através da averiguação de estudos baseados nas experiências vivenciadas tendo como objetivo expandir as hipóteses, aumentar o vínculo do pesquisador com o ambiente e interpretar conceitos (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A pesquisa descritiva é um tipo de pesquisa que tem como principal objetivo descrever caracteristicamente grupos populacionais, a distribuição deste por faixa etária, gêneros, investigar a qualidade dos atendimentos dos serviços públicos de saúde, pesquisar sobre acontecimentos e estabelecer relações com suas variações. Este tipo de pesquisa tem como característica mais relevante, o emprego de métodos padrões de coletar informações como por questionamento (GIL, 2012).

A pesquisa quantitativa é caracterizada pela utilização de métodos quantitativos das coletas e dados informativos dando direcionamento para análise de estatísticas como porcentagem, desvio padrão e etc. (MARCONI, LAKATOS, 2017).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Faculdade Vale do Salgado (FVS), na cidade de Icó, Ceará, localizada na região centro-sul do estado, com uma área territorial de 1.871.997 Km², e está há 375 km de distância da capital cearense, Fortaleza. No ano de 2010, contava com uma população de 65.445 habitantes (IBGE 2017).

A FVS, mantida como pessoa jurídica TCC Educação, Ciência, e Cultura, surgiu no ano de 2002 com a missão de propor oportunidades de educação superior no Ceará, formando profissionais qualificados através do ensino, pesquisa e extensão, para que atuem através do conhecimento, responsabilidade e ética, visando o bem-estar da população. A Instituição de Ensino Superior (IES) da pesquisa dispõe de nove cursos de graduação: Administração, Serviço Social, Psicologia, Análise e Desenvolvimento de Sistemas, Fisioterapia, Ciências Contábeis, Educação Física, Direito e Enfermagem, totalizando 1.775 alunos matriculados (FVS, 2018).

O curso de Enfermagem ofereceu a amostra necessária para a realização da coleta dos dados da pesquisa. O curso foi aprovado pelo Ministério da Educação (MEC) no ano de 2009 e segue sendo avaliado até os dias atuais, com excelência. É ofertado nos turnos matutino com 271 alunos e noturno com 95 alunos, totalizando 366 acadêmicos de Enfermagem.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população e amostra da pesquisa foi composta por acadêmicos do 7º ao 10º semestre do curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, pois eram esses alunos que tinham maior contato e vivência com práticas emergenciais, necessitando então de uma avaliação do conhecimento que possuíam acerca do Acolhimento com Classificação de Risco. A população teve um total de 77 alunos, e através do cálculo amostral com uma porcentagem de margem de erro de 5% e com nível de confiança em 95%, teve-se a amostra necessária de 64 alunos para caracterizar a população total. Para seleção dos participantes, a pesquisa utilizou de critérios de inclusão e exclusão.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão, alunos que estivessem devidamente matriculados no 7º, 8º, 9º e 10º semestre, referentes ao semestre 2018.2, e acadêmicos que estivessem cursando ou já finalizaram a disciplina de Enfermagem em UTI e Emergência. Sendo excluídos os acadêmicos que não concordaram em participar da pesquisa após a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, e os que não estiveram presentes nos dias da coleta de dados.

4.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Como técnica para coleta de dados da pesquisa foi aplicado um questionário estruturado (APÊNDICE A) com um roteiro que foi previamente estabelecido, possuindo perguntas objetivas, que buscavam analisar o conhecimento dos alunos acerca do Acolhimento com Classificação de Risco. Esse questionário possibilitou a análise de variáveis como o sexo, idade, raça, semestre em curso e questões relacionadas à temática em estudo.

O instrumento de pesquisa é aquele que abrange duas pessoas, o pesquisador e o participante, através de um guia de perguntas, cujo objetivo é o levantamento de dados, dessa maneira as perguntas que forem feitas aos sujeitos da pesquisa são predeterminadas (MINAYO, 2013).

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro do ano de 2018 utilizando o questionário (APÊNDICE A), na Faculdade Vale do Salgado, em um local calmo, seguro e de escolha do participante. Os encontros com os participantes foram agendados antecipadamente para assim poderem se programar para participar da pesquisa, buscando assim a não interferência em suas rotinas acadêmicas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados a partir de tabelas e gráficos de forma que facilitaram o confronto com os resultados obtidos nas literaturas pertinentes. Para tal, foi utilizado o auxílio de um *software* estatístico o SPSS e do Microsoft Excel na sua versão 2010, onde estes auxiliaram na organização e confronto das variáveis que este estudo impõe.

O *software* SPSS é um programa do tipo científico que foi criado no ano de 1968, e serve para analisar estatisticamente os dados obtidos através de janelas e menus, permitindo a realização de cálculos e a verificação dos seus resultados de maneira simplificada (GUIMARÃES, 2009).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação ética do Comitê de Ética do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, localizado no Endereço: Avenida Padre Cícero, 2830-Triângulo, Juazeiro do Norte-CE, CEP 63041-140. Mediante ao parecer de aprovação do comitê, dispendo do número 2.871.086 (ANEXO B), é que os dados foram coletados. O estudo foi encaminhado para a análise dos princípios ético-legais que fazem referência a bioética tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade recomendadas nessa resolução, obedecendo assim todos os preceitos da resolução 466/12, que regulamenta os aspectos éticos sobre as pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Obedecendo aos critérios da pesquisa os participantes assinaram o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE C), mediante a leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), e foram orientados sobre o anonimato, preservando assim a sua identidade e sendo esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e benefícios que o estudo trouxe a comunidade acadêmica, aos profissionais da saúde e a

sociedade. Para que fosse realizada esta pesquisa foi necessária a utilização do Termo de Anuência (ANEXO A) do qual contou com a autorização da Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado para a coleta de dados.

Este estudo não apresentou conflito de interesses, a participação foi livre, sem vantagens ou quaisquer prejuízos aos participantes, podendo o acadêmico desistir a qualquer momento da pesquisa.

4.6.1 Riscos

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos e benefícios diferenciados e quanto maiores os riscos, maiores devem ser os esforços para minimizar os mesmos. Salienta-se que os riscos dessa pesquisa foram de padrão mínimo e que estavam relacionados ao possível constrangimento por se tratar de uma pesquisa com a presença do pesquisador, incompreensão das questões do questionário e conflito existente mediante a um questionamento sobre o conhecimento que possuem sobre a temática abordada.

Os riscos supracitados foram reduzidos através de algumas ações, dentre as quais foi providenciado uma sala reservada na Faculdade Vale do Salgado, de escolha do participante e de disponibilidade da instituição, que oferecia todo conforto e privacidade ao acadêmico para responder o questionário. O pesquisador prestou esclarecimentos sobre o instrumento utilizado, e explicou o que se buscava em cada questão do questionário e como deviam ser respondidas as perguntas, buscando assim sanar todas as dúvidas do participante e assegurar à confidencialidade das respostas.

4.6.2 Benefícios

Quanto aos benefícios o estudo ofereceu a identificação do conhecimento e possíveis fragilidades dos acadêmicos, dando suporte para o redirecionamento na abordagem da temática para as próximas turmas e conseqüente melhoria na qualidade do ensino e na assistência ofertada. Viabilizou ainda a ampliação da temática, demonstrando a importância da realização de assistências acolhedoras e com direcionamento de pacientes onde oferecerão atendimentos baseados em prioridades, minimizando os riscos à saúde e colaborando com o desempenho de novas conquistas para a área da saúde, comunidade, profissionais e acadêmicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

A amostra final do estudo foi composta por 52 alunos do 7º ao 10º semestre de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado. A partir de então, os resultados obtidos mediante a coleta dos dados foram agrupados e organizados através de tabelas e gráficos para realização das discussões. Na **Tabela 1** estão presentes as variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo de forma a verificar todas as características dos indivíduos envolvidos.

Já as tabelas e os gráficos restantes apresentam dados relacionados às especificidades da temática abordada, tais como: inteiração dos participantes acerca do Acolhimento, o nível de importância do Acolhimento, a existência de dificuldades na sua implantação do Acolhimento e se essas dificuldades estariam relacionadas à falta de recursos estruturais e organizacionais, ou a falta de profissionais qualificados ou a desumanização da assistência.

Assim como o conhecimento do participante acerca de algum protocolo para realização do Acolhimento com Classificação de Risco, se o participante aplica o Acolhimento em campo de estágio, se possui ou já possuiu alguma fragilidade no aprendizado acerca dos protocolos. Além de ver se o Enfermeiro é o profissional recomendado para realização do Acolhimento e como o participante avalia o ensino do Acolhimento na disciplina de Enfermagem em UTI e Emergência.

Em relação ao sexo dos participantes, na **Tabela 1**, o estudo revelou a predominância do sexo feminino nas turmas do 7º ao 10º semestre do curso de Enfermagem 73,1%, porém observa-se também um aumento considerável de acadêmicos do sexo masculino, constituindo 26,9% dos participantes, mas mesmo com esse aumento a Enfermagem ainda é caracterizada como uma profissão de predominância feminina tendo em vista o número expressivo de mulheres que ainda integram a categoria, por isso observa-se importância deste estudo em desmitificar a ideia de que cursos da área da saúde, em especial a Enfermagem, são voltados apenas para mulheres.

Oliveira; Mininel; Felli, (2011) colaboram com o estudo ao mostrarem que há uma relação histórica construída entre a mulher e o cuidado, influenciado pela precursora da enfermagem *Florence Nightingale*, que criou uma associação entre a figura da mulher-mãe

que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde com o ato de cuidar da enfermagem.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes

VARIÁVEIS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
SEXO		
Feminino	38	73,1%
Masculino	14	26,9%
FAIXA ETÁRIA		
20-29	41	78,9%
30-39	8	15,4%
40 anos ou mais	3	5,7%
RAÇA		
Branco	14	27%
Pardo	36	69,2%
Negro	02	3,8%
SEMESTRE EM CURSO		
7º Semestre	7	13,4%
8º Semestre	14	26,9%
9º Semestre	16	30,7%
10º Semestre	15	29%

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a idade o estudo revelou, que a maioria dos alunos, 78,9%, se encontravam na faixa etária de 20 a 29 anos, evidenciando uma população predominante de adultos-jovens, sendo essa uma fase crucial para o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo que ajuda na criação da capacidade de observação, análise, crítica, autonomia de pensar e de agir, amplia os horizontes, tornando agentes ativo nas transformações da sociedade e buscando interagir com a realidade dos serviços de saúde. Em concordância com os dados mencionados, Colenci; Berti, (2012) apontam que os alunos dos cursos de enfermagem, em sua maioria são jovens que condizem com a faixa etária supracitada.

A variável de raça apresentou como maioria cerca de 69,2% dos participantes de etnia parda, termo esse usado para descrever variadas influências étnicas, e isso se dá em decorrência de o Brasil ser um país miscigenado, ou seja, com mistura de características físicas de várias raças. O IBGE, (2017) corrobora com os dados, pois entre 2012 a 2016 a população brasileira aumentou em 3,4%, chegando a 205,5 milhões de habitantes, tendo em sua maioria pessoas que se declaram pardas em um total de 46,7% da população.

Em relação ao semestre em curso, percebe-se uma participação maior de acadêmicos matriculados no 9º e no 10º semestre, isso se deve por ser esses alunos que colocam em

prática o acolhimento com classificação de risco nos campos de estágio, por isso conseguem responder com mais propriedade sobre as questões impostas acerca da temática. Nolte; Harris (2011) colabora ao mostrar que as pessoas tendem a responder questionamentos com mais facilidade quando vivenciam diariamente determinadas situações.

5.2 ANÁLISES DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

A **Tabela 2** objetivou realizar uma análise em relação ao conhecimento dos acadêmicos acerca do Acolhimento com Classificação de Risco.

Tabela 2 – Conhecimento dos acadêmicos acerca do Acolhimento com Classificação de Risco

CONHECIMENTO ACCR	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
SIM	52	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

O estudo evidenciou que 100% dos participantes dizem conhecer o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), subtende-se que isso se dá pelo ensino do conteúdo Acolhimento na disciplina de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Emergência e pela aquisição de novos conhecimentos no decorrer da graduação.

O ACCR possibilita melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, alterando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada, bem como propõem a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários. Além disso, orienta o atendimento dos pacientes por riscos clínicos apresentados, elevando o grau de vínculo e confiança entre profissionais de saúde e pacientes

Nos dias atuais é imprescindível para prática profissional a ampliação do conhecimento acadêmico acerca do Acolhimento, de como realiza-lo e da atuação do enfermeiro nos sistemas de classificação de risco para a melhoria de sua prática assistencial e diminuição de agravos.

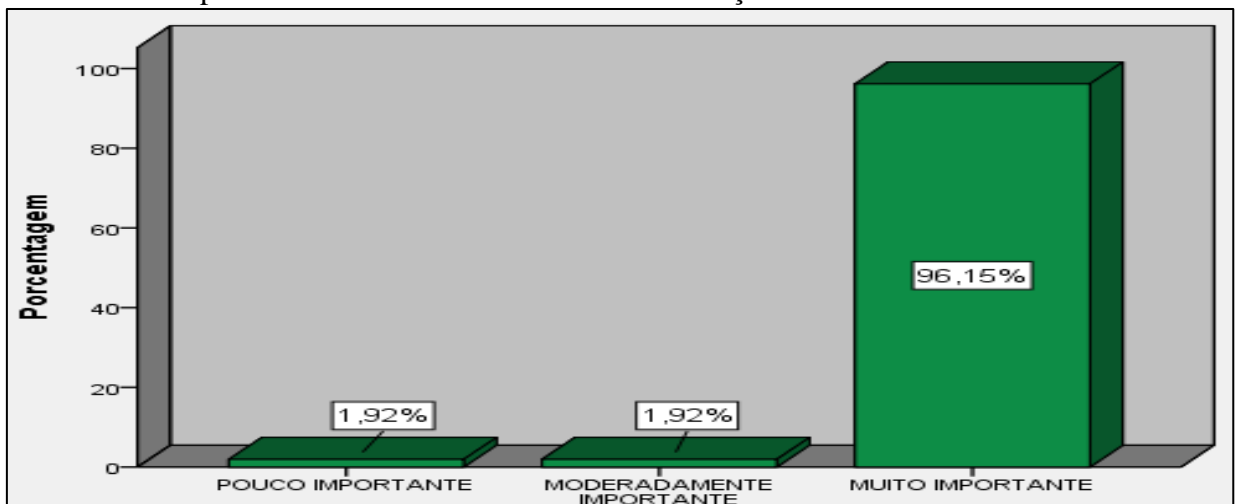
Oliveira; Guimarães, (2013) colabora com o estudo ao descrever a importância de se conhecer o ACCR e seus protocolos para a prática profissional da Enfermagem, evidenciando o Acolhimento como um instrumento de humanização que foi desenvolvido para promover melhorias na organização dos serviços de emergência.

Calaça; Costa, (2017) reforça que o ACCR é um dispositivo técnico-assistencial que permite ao usuário, além da garantia de acesso aos serviços de saúde, efetivar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, possibilita atender segundo as necessidades de saúde, gravidade, risco ou vulnerabilidade de cada usuário.

O **Gráfico 1** teve a finalidade de avaliar, na percepção do acadêmico participante, o nível de importância do ACCR, em que 3,84% dos participantes consideram o ACCR como pouco importante e moderadamente importante, já 96,2% dos acadêmicos avaliaram o ACCR como muito importante.

Essa maioria pode ser explicada pelo reconhecimento dos acadêmicos de que grande número de sequelas, internações e mortes podem ser evitados com a utilização de protocolos que classificam o paciente em emergência, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente. Além da diminuição da superlotação dos serviços de saúde, possibilitando a todos uma assistência ágil e com resolutividade.

Gráfico 1 – Importância do Acolhimento com Classificação de Risco



Fonte: Dados da pesquisa.

O processo de classificação de risco se dá pela identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, através de uma escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolos e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do profissional enfermeiro.

Nesse sentido, a importância do acolhimento com classificação de risco está em melhorar o atendimento na espera do setor de urgência e emergência, até porque, por emergência compreende-se que não deveria haver espera.

Aguiar (2014) fundamenta a discussão ao apresentar a importância do ACCR como um método para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo, humanizado. Realizando ainda a classificação, mediante protocolo, as queixas dos usuários visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato, não realizando exclusão do usuário e sim a estratificação.

Carvalho et al. (2008) concorda com o autor supracitado e reitera que a realização do acolhimento com classificação de risco é uma prática de extrema importância para a melhoria do atendimento das urgências emergências, pois sem a adesão dessa ferramenta, podem-se observar grandes impasses nos serviços de saúde, dentre eles a falta de organização, mau gerenciamento que contribui para usuários descontentes, podendo acarretar até maiores agravos à saúde dos pacientes.

A **Tabela 3** explana sobre as dificuldades na implantação do ACCR na visão dos participantes. Os achados da tabela revelam que 96,2 % dos participantes consideram que existe sim dificuldades na implantação, em contrapartida 3,8% acham que não existe dificuldade alguma. Para Lima Neto., et al (2013) a estrutura física deficiente pode ser um dos fatores das dificuldades na implantação, assim como, falta de material, recursos humanos, falta de capacitação profissional por meio do serviço público e a alta demanda, também são fatores indicados responsáveis pela causa de interferências na qualidade da assistência.

Tabela 3 – Dificuldades na implantação do Acolhimento com Classificação de Risco

DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO	Frequência	Porcentual	Porcentagem Válida	Porcentagem acumulativa
NÃO	2	3,8	3,8	3,8
SIM	50	96,2	96,2	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

O **Gráfico 2** apresenta que dos 96,2% que responderam existir dificuldades, 46% consideram a falta de recursos estruturais e organizacionais como principal dificuldade na implantação do ACCR nos serviços de saúde, onde essa dificuldade pode estar relacionada com a não disponibilidade de um local para realização do acolhimento e da triagem classificatória. Assim como com o enfrentamento de conflitos e embates diariamente e que

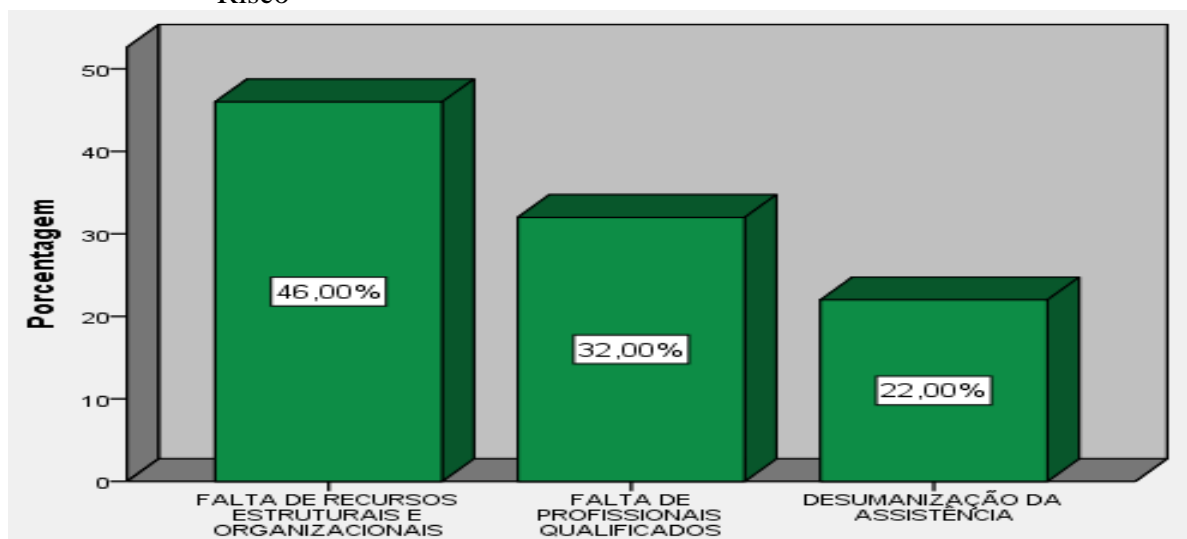
muitos profissionais atuam em ambientes superlotados, com recursos humanos, tecnológicos e estrutura física inadequados.

Com isso, percebe-se que falta um olhar mais sensível por parte dos gestores das três esferas de governo, que preze pelo conforto e bem-estar tanto dos profissionais como da população que procura os serviços de emergência, buscando assim a resolução destes problemas que refletem diretamente na qualidade do atendimento prestado.

Medeiros; Machado; Pessoa Júnior, (2017) reafirmam em seu estudo a necessidade de ampliar o debate sobre a conjuntura organizacional e estrutural desses ambientes de trabalho, bem como dos profissionais ali inseridos.

Em colaboração com o estudo, Abreu et al., (2016) descrevem a precariedade do setor público, recursos e número de profissionais insuficientes, falta de estrutura física, instalações e equipamentos hospitalares, falhas na gestão do serviço como outras dificuldades que também podem ser encontradas na locação desse instrumento.

Gráfico 2 – Causas das dificuldades na implantação do Acolhimento com Classificação de Risco



Fonte: Dados da pesquisa.

O gráfico acima mostra que cerca de 32% dos participantes consideram a falta de profissionais qualificados como principal de dificuldade. É um dado preocupante pois o profissional de Enfermagem, em específico o enfermeiro que atua nesta unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Segundo Pal; Lautert (2011), os profissionais envolvidos com o ACCR devem passar por treinamentos ou palestras para que estejam aptos a realizar a triagem classificatória de risco, pois existem adversidades presentes no cenário da urgência e emergência, dentre eles a dificuldade de adaptação dos usuários aos protocolos de classificação, quadro de profissionais diminuídos, falta de recursos públicos, alta demanda de atendimentos, jornada de trabalho excessiva gerando estresse e desconforto nos profissionais.

A classificação pode oferecer riscos, caso o profissional não seja qualificado, podendo vir a atrasar o fluxo por dúvidas na prioridade clínica. Assim como causar danos na integridade física, mental ou moral do usuário ou até mesmo morte, deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido e/ou função, por isso é indispensável interpretar, discriminar e avaliar a queixa apresentada pelo paciente.

Já 22% dos acadêmicos avaliam a desumanização na assistência como fator primordial para dificuldades na implantação, isso pode estar relacionado em partes pela carga de trabalho excessiva para os profissionais que atuam no setor de triagem, e ainda em decorrência do número elevado de usuários não urgentes que poderiam ser atendidos na atenção primária, causando superlotação do serviço de emergência e também contribuindo para a má qualidade do atendimento oferecido. Essa dificuldade também leva a pensar que o Enfermeiro encarregado da classificação não se identifique com a área, realizando o trabalho muitas vezes com mau humor e frustração, e conseqüentemente refletindo na assistência prestada ao paciente.

Para Lima Neto et al. (2013) colabora com o estudo ao mostrar um outro lado na desumanização da assistência, tem possibilitado pensar que o próprio trabalhador não é humanizado pelas próprias condições de trabalho que lhes são expostas. O processo de humanização torna-se dificultoso devido à condições e fatores aos quais envolve o contexto do trabalho.

Os autores Zem; Montezeli; Peres, (2012) apontam que existe ainda a necessidade do fortalecimento da equipe multiprofissional, bem como a reorganização do processo de trabalho, para garantir um acolhimento mais humanizado aos usuários.

A **Tabela 4** objetivou a identificar se os acadêmicos participantes conheciam algum protocolo para realização do acolhimento com classificação de risco, protocolos esses que são ferramentas na agilidade do atendimento, com capacidade de reduzir o tempo de espera, reorganizar o fluxo de pacientes e direcionar o paciente segundo as queixas apresentadas.

Tabela 4 – Conhecimento acerca dos protocolos

CONHECIMENTO PROTOCOLOS	Frequência	Porcentual	Porcentagem Válida	Porcentagem acumulativa
NÃO	11	21,2	21,2	21,2
SIM	41	78,8	78,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados provenientes da tabela acima apontaram que 78,8% dos participantes revelam conhecer algum protocolo, em contrapartida 21,2% disseram não conhecer. Percebe-se claramente um número muito maior de acadêmicos que conhecem algum protocolo e faz-se pensar na divergente capacidade de aprendizagem, bem como, na forma com que esses acadêmicos se dedicam no processo de ensino e aprendizagem, assim a explicação mais sensata seria um maior interesse dos que responderam conhecer em assistir as aulas referentes ao ensino do Acolhimento e a busca sobre os protocolos existentes e os vigentes nos serviços de saúde brasileiro, evidenciando o porque expressam conhecer acerca da classificação.

Resultados apontam que 100% dos que responderam conhecer algum protocolo, revelam que este protocolo é o de *Manchester*. Esse dado expressivo pode estar relacionado a utilização do Protocolo de *Manchester* na maioria dos serviços de saúde brasileiro, fazendo com que os participantes que também são usuários desses serviços, conheçam sua definição e a sua aplicabilidade.

O protocolo de *Manchester*, utilizado na triagem classificatória de risco, tem como diretriz o ordenamento para o atendimento em emergências e com o principal objetivo de determinar o tempo do primeiro atendimento médico de acordo com a prioridade clínica. O protocolo usa como base a queixa principal do paciente, e através de fluxogramas norteadores, o mesmo é classificado por tempo máximo de espera, nome, cor e prioridade.

Cordeiro Junior et al. (2015) colaboram ao descrever a classificação dos usuários em : 1 – Emergente: paciente requer atendimento imediato, definido pela cor vermelha com tempo de espera de 0 minutos, 2- Muito Urgente: paciente necessita de atendimento em até 10 minutos com risco da perda de função de órgãos ou membros, representado pela cor laranja, 3- Urgente: atendimento em até 60 minutos com uma condição que pode se agravar se não houver atendimento, definido pela cor amarela, 4- Pouco Urgente: o atendimento deverá ser realizado em até 120 minutos com baixo risco de agravo à saúde, definido pela cor verde, 5- Não Urgente: atendimento em até 4 horas sem risco imediato de agravo à saúde, representado pela cor azul.

Segundo Souza et al. (2013) o protocolo de *Manchester* é um facilitador do processo de trabalho e que ao realizar a padronização da conduta do profissional enfermeiro, minimiza a interferência da subjetividade do olhar, o que promove segurança à tomada de decisões.

Pérez Junior et al. (2012) demonstra em seu estudo uma importância tanto para os profissionais como para os pacientes, promovendo através do protocolo uma porta de entrada humanizada com um atendimento ágil, seguro e oferecendo ao usuário uma redução de agravos decorrentes da demora no atendimento.

A **Tabela 5** traz informações referentes a aplicação do AACR no campo de estágio. Assim, pode-se observar que 57,7% dos participantes responderam não utilizar o acolhimento e os protocolos em campo de estágio em compensação 42,3% dos participantes disseram que sim, utilizam o acolhimento no ambiente de estágio.

Tabela 5 – Aplicação do Acolhimento com Classificação de Risco em campo de estágio

APLICAÇÃO	Frequência	Porcentual	Porcentagem Válida	Porcentagem acumulativa
NÃO	30	57,7	57,7	57,7
SIM	22	42,3	42,3	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Trata-se de um dado que requer atenção, pois o Acolhimento faz parte do ensino da disciplina de Enfermagem em UTI e Emergência ministrada no 7º semestre e tendo revisões nos semestres posteriores, fazendo-se esperar que o que foi estudado há embasamento para ser colocado em prática. Essa maioria negativa pode ter inúmeros fatores relacionados, dentre eles o medo por se tratar de um ambiente que recebe emergências e urgências, incompreensão ou esquecimento da funcionalidade do acolhimento e seus protocolos, ou da falta da utilização do AACR na própria instituição de estágio.

De acordo com Brasil (2009) há a reafirmação da necessidade da utilização do acolhimento e seus protocolos nos serviços de saúde para aperfeiçoamento do sistema e como dispositivo para melhoria da qualidade da assistência.

Segundo Silva et al. (2013) em seu estudo, confere ao estágio supervisionado o objetivo de inserir o acadêmico na prática profissional para aplicar os conhecimentos aprendidos no decorrer da graduação. Afirma também que é nesse período que os estudantes apresentam sentimentos de angústias, pois se deparam com desafios e dentre eles está a receptividade de alguns profissionais, inseguranças quanto a realização de procedimentos, apreensão quanto a avaliação dos preceptores, dentre outros fatores.

Para Lima Neto; Fernandes; Oliveira, (2018) demonstra em sua pesquisa que a maior dificuldade dos acadêmicos está na correlação dos procedimentos técnicos com a teoria, e isso só apoia a importância do estágio no setor de Acolhimento na formação do profissional de enfermagem.

A **Tabela 6** trata da fragilidade no aprendizado dos acadêmicos acerca dos protocolos de triagem classificatória de risco. A tabela aponta que 73,1% dos participantes não apresentam nenhuma dificuldade no aprendizado, estando em discordância com os dados da categoria anterior em que mostra que a maioria não utilizava o acolhimento e seus protocolos em campo de estágio e ao responderem essa categoria disseram não possuir nenhuma dificuldade ao aprende-los, fazendo-se pensar na hipótese de que por mais que os participantes não possuíssem dificuldades eles poderiam apresentar medo, insegurança ao colocar o acolhimento em prática.

Tabela 6 – Fragilidade no aprendizado acerca dos protocolos de Classificação de Risco

FRAGILIDADE NO APRENDIZADO	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
NÃO	38	73,1	73,1	73,1
SIM	14	26,9	26,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados ainda mostram que 26,9% dos participantes relatam apresentar dificuldades, dentre elas, a falta de conhecimento aprofundado sobre a sua utilização, incompreensão da proposta dos protocolos, dúvidas em quando e como implementar, a dificuldade na associação das patologias com as cores da classificação, dificuldade na memorização acerca do tempo máximo de espera de cada classificação, a fixação e a diferença entre os protocolos.

Em contraponto aos achados deste estudo Scherer; Scherer; Carvalho, (2006) aponta fragilidades ainda existentes no processo de formação do acadêmico de enfermagem, em especial, quanto à sua formação pedagógica e à percepção e enfrentamento dos conflitos e dilemas cotidianos, e reitera que as instituições de ensino devem estar comprometidas com a formação dos futuros profissionais, buscando sempre a associação da qualificação acadêmica com o compromisso social, com o objetivo de superar a fragmentação do conhecimento.

Assim, é de grande relevância que os acadêmicos atentem quanto ao seu processo de formação a partir de suas experiências e enfrentamentos no cotidiano de trabalho, confrontando as competências adquiridas e desenvolvidas na graduação com a realidade profissional, sugerindo mudanças e contribuindo para uma formação capaz de atender as necessidades do exercício profissional.

A **Tabela 7** dispõe sobre se os participantes consideram que o Enfermeiro é considerado o profissional recomendado para realização do ACCR. 98,1% dos acadêmicos consideram sim o enfermeiro indicado para tal. COFEN, (2012) corrobora com os dados ao anunciar o Art. 1º da Resolução 423/2012, que estabelece a Classificação de Risco nos serviços de saúde ser de ação privativa do Enfermeiro. Além disso, a referida Resolução prevê que o Enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento classificatório. Esse procedimento deverá ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as disposições da Resolução COFEN 358/2009 que dispõe acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem e aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 7 – Enfermeiro na realização do Acolhimento com Classificação de Risco

	Frequência	Porcentual	Porcentagem Válida	Porcentagem acumulativa
NÃO	1	1,9	1,9	1,9
SIM	51	98,1	98,1	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Sabe-se que na formação do enfermeiro a humanização é a base da assistência, seguindo em concordância com a PNH que implantou a diretriz de acolhimento e a definiu como um método de humanizar o cuidado, conferindo assim ao enfermeiro a responsabilidade de acolher e direcionar o usuário.

O Enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar a gravidade dos usuários que procuram os serviços de emergência, pois, atribui um grau de risco ao paciente consistindo em um complexo processo de tomada de decisão, possibilitando a priorização do atendimento (SOUZA et al., 2013).

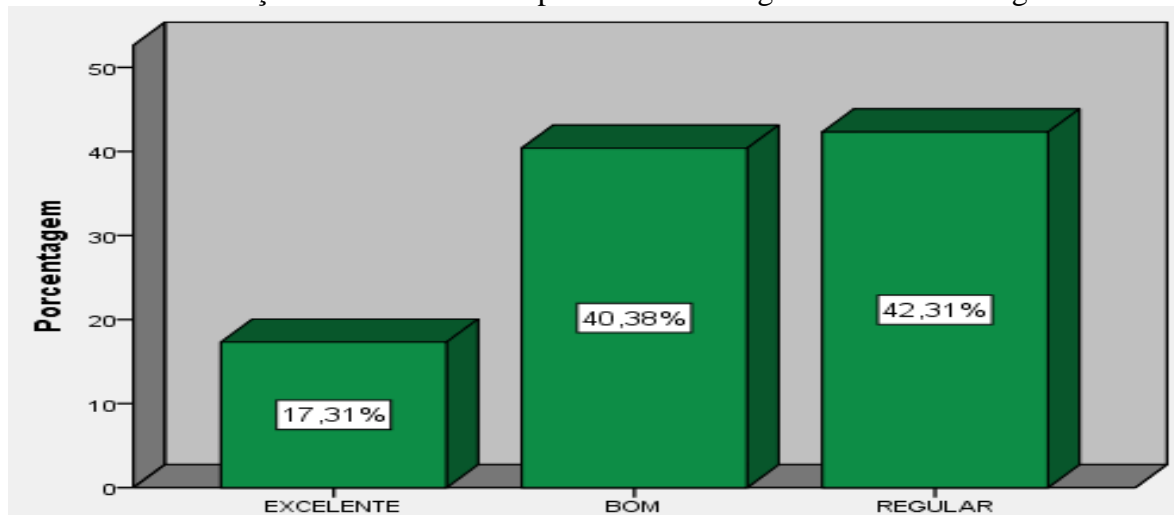
Para Bellucci Júnior; Matsuda, (2012) colaboram ao mostrar que a classificação de risco deve ser realizada através da consulta de enfermagem e protocolos preestabelecidos que norteiam a classificação de risco do paciente, por uma escuta qualificada com um julgamento

clínico e crítico das queixas, que irão direcionar para um raciocínio lógico, que determinará o risco. Esse julgamento se dá por meio de entrevista, exame físico com verificação de sinais vitais e eventualmente algum exame complementar para que seja possível formular a resolutividade de cada caso.

O **Gráfico 3** apresenta os dados referentes a avaliação do ensino do Acolhimento na disciplina de Enfermagem na UTI e Emergência, sendo oferecido ao participante múltiplas opções que iam de excelente a péssimo. 17,3% dos participantes avaliam o ensino como excelente, já 40,4% acha o ensino bom e 42,3%, a maioria dos participantes, avaliam o ensino como regular.

Essa maioria que avalia o ensino como regular pode estar relacionada com a não identificação de alguns participantes com o Acolhimento, refletindo assim, na avaliação do ensino, como pode também ser pelo pouco tempo previsto na grade curricular para o ensino do Acolhimento, gerando assim dúvidas e incompreensões nos acadêmicos. Em contrapartida há também a hipótese de o problema base ser na metodologia de ensino do professor, interferindo diretamente no aprendizado dos discentes e conseqüentemente na colocação do Acolhimento na prática.

Gráfico 3 – Avaliação do ensino da disciplina de Enfermagem na UTI e Emergência



Fonte: Dados da pesquisa.

A avaliação pode ser vista como um indicador destinado à verificação da aprendizagem ou como meio de diagnóstico para contribuir a análise e reflexão das atividades de ensino, apontando falhas, localizando dificuldades no ensino e permitindo a tomada de decisões. Assim, cabe a instituição onde esta pesquisa foi realizada, buscar os reais motivos da avaliação regular da disciplina e posteriormente encontrar soluções para melhorar o ensino e conseqüentemente o aprendizado dos acadêmicos.

Para Cavalcante; Mello, (2015) a avaliação na educação superior exerce um papel fundamental na construção e inovação de currículos e práticas pedagógicas, porque como os fenômenos sociais, a educação superior e o processo de avaliar sofrem mudanças e cumprem papéis dinâmicos, respondendo às demandas que lhes são exigidas. Compreendendo isso, há a necessidade das instituições de ensino articularem os diversos segmentos que a compõe, buscando desenvolver concepções de avaliação que possibilitem planejar e associar o ensino como espaço singular para a produção, apropriação do conhecimento e desenvolvimento humano.

Após o cruzamento das variáveis propostas nesse estudo e a realização das discussões de cada uma, foi percebida, para melhor compreensão dos dados e enriquecimento do estudo, a possibilidade do cruzamento das tabulações. Foi realizado o cruzamento de variáveis como semestre em curso com a consideração dos participantes sobre o Enfermeiro ser o profissional recomendado para realização do Acolhimento com Classificação de Risco.

Os resultados da **Tabela 8** indicam que cerca de 98,1% dos participantes matriculados no 7º, 8º, 9º e 10º semestre de enfermagem, consideram sim o enfermeiro o profissional capacitado e recomendado para realização do acolhimento de usuários.

Esse dado pode estar refletido por causa do avançar dos semestres e da presença do perfil emergencial dos campos de estágio, em especial o estágio supervisionado I e II o qual ocorre respectivamente no 9º e 10º semestre e tem ênfase na atenção básica e no ambiente hospitalar e setor de emergência, ambientes esses em que há a maior necessidade da prática do acolhimento, seja para redirecionar para ambiente hospitalar um paciente que chegou a unidade básica de saúde apresentado risco iminente de vida, ou orientar a um paciente que utilizou o serviço de emergência em busca de análise de exames, que procure a sua unidade básica para tal.

Tabela 8- Cruzamento de tabulações entre as variáveis semestre em curso com Enfermeiro na realização do Acolhimento com Classificação de Risco

SEMESTRE EM CURSO	ENFERMEIRO NO ACCR		Total
	NÃO	SIM	
7º SEMESTRE	1 14,3%	6 85,7%	7 100,0%
8º SEMESTRE	0 0,0%	14 100,0%	14 100,0%
9º SEMESTRE	0 0,0%	16 100,0%	16 100,0%
10º SEMESTRE	0 0,0%	15 100,0%	15 100,0%
Total	1 1,9%	51 98,1%	52 100,0%

Fonte: Dados da pesquisa.

Para Acosta; Duro; Lima, (2012) essa afirmativa acaba criando nos estagiários um senso de responsabilidade, desenvolvimento de autonomia, da capacidade na tomada de decisões, do saber ser enfermeiro, competências e habilidades que são necessárias para a realização da classificação de risco dos usuários que chegam aos serviços de saúde em situações de urgência e emergência.

No Brasil, o papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco está previsto nas portarias do Ministério da Saúde que regulamentam os serviços de urgência e emergência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo conseguiu contemplar de maneira satisfatória os objetivos propostos. Ao responderem o questionário, todos os participantes da pesquisa afirmam conhecer o acolhimento com classificação de risco, isso poderia não conseguir definir se esse conhecimento realmente existe, pois quando se fala de avaliar o conhecimento tem-se um pensamento de que a subjetividade poderia atrapalhar uma pesquisa quantitativa, mas o questionário utilizou de outros questionamentos que permitiu a certeza de que esse conhecimento existe, mas que ainda tem problemas para ser colocado em prática.

O maior público participante foi o do sexo feminino, evidenciando que os cursos da área da saúde, em específico a enfermagem, ainda permanece sendo constituído em sua maioria por mulheres, assim como adultos-jovens na faixa etária de 20 a 29 anos com raça definida como pardos. Teve-se também a predominância dos alunos matriculados no 9º e 10º semestre do curso de enfermagem.

O estudo investigou as dificuldades na implantação do acolhimento com classificação de risco na percepção dos acadêmicos, confirmando que o principal problema, na percepção dos acadêmicos, é a falta de recursos estruturais e organizacionais, problema esse que dificulta a realização do trabalho da equipe de saúde, em especial o enfermeiro. Pois eles têm que atuar em ambientes superlotados, com recursos humanos, tecnológicos e estrutura física inadequadas, prejudicando tanto o desempenho de suas atividades como a assistência ofertada aos usuários, necessitando assim de uma reorganização do processo de trabalho.

A pesquisa obteve ainda dados, em sua maioria negativos, referente a fragilidade no ensino do Acolhimento com Classificação de Risco, evidenciando que os acadêmicos de

enfermagem dizem não possuir fragilidades, mas ao responderem o questionamento sobre se aplicam o ACCR em campos de estágio, a maioria respondeu que não, nos fazendo ter uma clara contradição em que mesmo não havendo problemas no aprendizado, os acadêmicos não realizam a classificação de risco nos pacientes. Com isso há necessidade de uma investigação mais aprofundada objetivando descobrir os motivos reais que levam os acadêmicos a não aplicarem o ACCR, já que o conhecem e sabem sua aplicabilidade, além do mais, é preciso proporcionar suporte para o redirecionamento na abordagem da temática para as próximas turmas e consequente melhoria na qualidade do ensino e na assistência ofertada.

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma estratégia do Ministério da Saúde implantada recentemente no Brasil e vem sendo descrita com o passar dos anos como sendo um método eficaz na organização dos atendimentos nos setores de urgência e emergência. Apesar dos desafios encontrados tanto nos dados da presente pesquisa, como na vivência dos campos de estágio, o acolhimento e a classificação de risco se mostram dispositivos indispensáveis para um processo de trabalho mais eficaz, e de fundamental importância para avaliação dos usuários assistidos, possibilitando a ampliação do acesso aos serviços de saúde, bem como sua oferta igualitária.

Com isso, percebe-se a necessidade de buscar e fortalecer as redes de atenção para dar solução às demandas e necessidades dos usuários, tentando ampliar a resolutividade do sistema municipal de saúde, realizando práticas de acolhimento com vistas a mudanças de práticas na relação com os usuários, e adoção de mecanismos e fluxos de encaminhamentos de pacientes entre os serviços.

Nesse sentido, o enfermeiro é o elemento essencial para o funcionamento eficiente deste dispositivo, pois a classificação de risco é ação privativa do enfermeiro. É ele quem realiza o julgamento clínico e crítico das queixas e, a partir destas informações, determinará o risco para cada usuário. Contudo, para este fim, o enfermeiro deve conhecer todas as etapas do processo de maneira holística e, além disso, ele deve observar a abrangência do ACCR, desmistificando a ideia de que se trata apenas de um local ou parte do atendimento.

É essencial a operacionalização de protocolos de classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, uma vez que este se configura como uma importante estratégia para a organização do serviço, diminuição de filas de esperas com consequente diminuição na ocorrência de agravos, favorecendo a prestação de uma assistência eficaz, resolutiva e qualificada.

Entretanto, para à superação das dificuldades encontradas nos serviços de saúde é necessário que sejam empreendidos esforços conjuntos, esforços esses que se darão através de planejamento e estratégias a serem implementadas não somente entre os profissionais de enfermagem, como também pelos demais, e sobretudo pelos gestores dos serviços, no sentido de propiciar melhorias administrativas, atividades de educação em saúde para a população e educação permanente dos profissionais, que certamente contribuirão para a mudança da realidade encontrada.

REFERÊNCIAS

ABREU, J. G., et al. Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde à implementação da classificação de risco no setor de urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras - PB, v. 3, n. 1, p. 209-222, jan. 2016.

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, 2012.

ADÃO, R. D. S.; SANTOS, M. R. D. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Mineira de Enfermagem**, Cidade, v. 16, n. 4, p. 601-608, out./dez. 2012.

AGUIAR, T. D. S. D. **Proposta de implantação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em um município do Ceará**. 2014. 23 p. Monografia (Especialista em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Área de Concentração: Urgência e Emergência.)- Universidade Federal de Florianópolis, Florianópolis, 2014.

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

BARACAT, E. C. E. Protocolos de Triagem e Classificação de Risco em emergência pediátrica. **Rev Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 249-250, jul. 2016.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de setembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto**

Atendimento (UPAs). Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em:http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf. Acesso em: 5 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Departamento de Bioética. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos.** Brasília, Ministério da Saúde, 1996 versão 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jul. 2011. p. 69-70.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1864 GM/MS, de 29 de setembro 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões todo o território brasileiro: SAMU-192.** Diário Oficial da União, Brasília: out. 2003. Seção 1;57-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002.** Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> . Acesso em: 15/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS,** 2009. 56 p. : il.

COLENCI, R; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 46, n. 1, p. 158-166, jan. 2012.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Resolução 423/2012.** [online]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 15/04/2018.

FARIA, T. L. M.; NASCIMENTO, D. M. FARIAS FILHO, M. C.; NUNES, S. F. A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. **Saúde Soc.**, SÃO PAULO, v. 26, n. 3, p. 726-737, jan. 2017.

MORAIS FILHO, L. A. **O ensino do cuidado profissional em urgência/emergência em um curso de graduação em enfermagem do Rio Grande do Norte**. 2015. 319 f. Tese de Doutorado (Grau de Doutor em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2015.

MORAIS FILHO, L. A., et al. Conteúdos de urgência/emergência na formação do enfermeiro generalista. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 21, p. 1-9, maio. 2017.

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

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas**, 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GUIMARÃES, J.B. de S. **Análise estatística utilizando o SPSS: guia prático de comandos**. Salvador, Bahia, 2009.

HENNINGTON E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. In.: IPECE: Instituto de Pesquisa e Estratégica Econômica do Ceará. **Perfil Básico Municipal, 2017**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/ico>>. Acesso em: 15/04/2018.

CORDEIRO JUNIOR, W. C.; TORRES, B. L.B, RAUSCH, M. C. P. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: Comparando modelos**. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco – GBCR. Brasil; 2014. [online] Disponível em: <<http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>>. Acesso em: 15/04/2018.

CORDEIRO JUNIOR, W.C.; RAUSCH, M. C. P.; ROCHA, P. T. B.; NASCIMENTO, G. F. L.; CARVALHO, C. A. **Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Brasil; 2015. Disponível em: <<http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>>. Acesso em: 15/04/2018.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v., 25, n. 2, p. 525-545, mai. 2018.

LIMA NETO, A. V. et al. Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, s/n, p. 381-387, out./dez. 2013.

MACHADO, N. X. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Esc. Enferm.** v. 14, n.2, p. 232-38, USP. 2006.

MACKWAY-JONES, K. et al. Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MAGALHÃES, J. M. L. **O perfil dos atendimentos de urgência e emergência do hospital geral de Acopiara-CE**, 2017. 28 f. TCC (Bacharel em Enfermagem) - Faculdade Vale do Salgado, Icó, 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**, 8. ed, São Paulo: Atlas, 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 2011.

MARQUES, A. J. S.; MENDES, E. V.; LIMA, H. **O Choque de Gestão em Minas Gerais: Resultados na Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. 360 p. il.

MARQUES, A. M. A. **Condições e organização do trabalho das equipes do samu/rmf: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo**. 2013. 168 f. Dissertação (Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade do Centro de Estudos Sociais Aplicados)- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

MARTINS, P. P. S; PRADO, M. L. D. ENFERMAGEM E SERVIÇO DE ATENDIMENTO PÉ-HOSPITALAR: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, BRASÍLIA, DF, v. 56, n. 1, p. 71-75, abr. 2013.

MEDEIROS, E. H. F.; MACHADO, M. F.; PESSOA JÚNIOR, J. M. Avaliação da organização estrutural das vigilâncias sanitárias municipais de uma Região de Saúde de Pernambuco. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 561-578, jan. 2017.

MEIRA, M. M. **Diretrizes para a educação permanente no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**. 2007. 157 p. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 61-208.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 13º ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOURA, A. C.; LOPES, A. M. S.; PORTELA, A. L. F.; SOUSA, I. D.; SOUSA, S. N. S. Implantação do acolhimento com classificação de risco: um relato de experiência. **Rev Multop Saúde HSM**. v. 1, n. 2, p. 72-82, 2013.

OLIVEIRA, B. M.; MININEL, V.A.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 130-135, jan. 2011.

OLIVEIRA, D. A. D.; GUIMARÃES, J. P. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 3-20, jun. 2013.

OLIVEIRA, G. N.; CAMPANHARO, C. R. V.; OKUNO, M. F. P.; BATISTA, R. E. A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, .p. 1-7, mar.-abr. 2013.

OLIVEIRA, J. L. C.; GATTI, A. P.; BARRETO, M. S.; BELLUCCI JUNIOR, A. B.; GÓES, H. L. F.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enfermagem**, Cascavel, Paraná, Brasil., v. 26, n. 01, p. 1-8, jan. 2017.

OLIVEIRA, N. E. S. **Humanização do cuidado em terapia intensiva: saberes e fazeres expressos por enfermeiros**. 2012. 98 f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, GOIÂNIA, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 1996.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Santa Maria - RS, v. 58, n. 2, p. 231-234, jul. 2005.

PEREIRA, W. A. D. P.; LIMA, M. A. D. D. S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta Paul Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 83, maio. 2006.

PÉREZ JÚNIOR, E. F. et al. Implementação da classificação de risco em unidade de emergência de um hospital público do rio de janeiro – um relato de experiência. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online** jan./mar 2012.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-53, 2004.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. Estudo bibliométrico sobre atendimento pré-hospitalar. In: **Anais do 2º Congresso Nursing**; 2004 abril 29-30; São Paulo (SP): Congresso Nursing; 2004. p.76-7.

RAMOS, V.O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.3, maio/jun, p.355-360, 2005.

REIS, M. B. V. B. **Atendimento humanizado em unidade de urgência e emergência**. 2014. 21 p. Monografia (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2014.

SCHERER, Z.A.P.; SCHERER, E.A.; CARVALHO A.M.P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. **Rev Latino-am Enfermagem**. 14(2), 2006 março-abril.

SENGER, M. H.; CAMPOS, M. C. Matrizes para a Aquisição de Competências no Ensino de Urgências Clínicas / Ensino de Urgências Orientado por Competências. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, p. 172-182, maio. 2016.

SESAB/COSEMS/MS. Ministério da Saúde - SESAB - **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Bahia, 2012.

SILVA, J. A.; EMI, A. S.; LEÃO, E. R. L.; LOPES, M. C. B. T.; OKUNO, M. F. P.; BATISTA, R. E. A. Índice de Gravidade de Emergência: acurácia na classificação de risco. **Einstein, São Paulo, SP, Brasil**, v. 15, n. 4, p. 421-7, maio. 2017.

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. **Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem**. 2011. 7 p. TCC (Graduação da Escola de Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

SIMÕES, S. M. F.; CONCEIÇÃO, R. M. O. Parto humanizado: significado para mulher. **Rev. Enferm. Brasil**, v. 4, n.1. p. 36-42, 2005.

SOUZA, C. C. **Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester para determinar o grau de prioridade de pacientes em serviços de urgência**. 2016. 136 Dissertação (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 121 p. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Minas Gerais, 2009.

TOMAZ, R.R.; LIMA, F.V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paul Enfermagem**. São Paulo, v.13, n.3, p. 59-65, 2000.

VIEIRA, C. M. S.; MUSSI, F. C. A implantação do projeto de atendimento móvel de urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 793-797, abr. 2008.

ZANELATTO, D. M.; PAI, D. D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**. v. 9, n. 2, p. 358-365, Abr/Jun., 2010.

ZEM, K. K. S.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Revista Rene**, v.4, n.13, p.899-908, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE - A



FACULDADE VALE DO SALGADO - FVS
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- 1- SEXO: () FEMININO () MASCULINO
- 2- IDADE: _____
- 3- RAÇA: () BRANCO () PARDO () NEGRO
- 4- SEMESTRE EM CURSO: () 7º () 8º () 9º () 10º

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO ACADÊMICO:

- 5- VOCÊ CONHECE O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?

() SIM () NÃO

- 6- PARA VOCÊ, QUAL O NÍVEL DE IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?

- () POUCO IMPORTANTE
 () MODERADAMENTE IMPORTANTE
 () MUITO IMPORTANTE

- 7- NA SUA OPINIÃO, EXISTE ALGUMA DIFICULDADE NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?

() SIM () NÃO

Se sim, qual?

- () FALTA DE RECURSOS ESTRUTURAIS E ORGANIZACIONAIS
 () FALTA DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS
 () DESUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

8- VOCÊ CONHECE ALGUM PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?

SIM NÃO

Se sim qual?

- PROTOCOLO CANADENSE
 PROTOCOLO AUSTRALIANO
 PROTOCOLO DE MANCHESTER

9- VOCÊ APLICA O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM CAMPO DE ESTÁGIO?

SIM NÃO

10- VOCÊ POSSUI/POSSUIU ALGUMA FRAGILIDADE NO APRENDIZADO ACERCA DOS PROTOCOLOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?

SIM NÃO

Se sim, qual?

11- VOCÊ CONSIDERA O ENFERMEIRO O PROFISSIONAL RECOMENDADO PARA A REALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?

SIM NÃO

12- COMO VOCÊ AVALIA O ENSINO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM NA EM UTI E EMERGÊNCIA?

- EXCELENTE
 BOM
 REGULAR
 PÉSSIMO

APÊNDICE - B



FACULDADE VALE DO SALGADO - FVS
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Josué Barros Júnior, CPF: 796001155320 professor do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado – FVS e sua orientanda Bárbara Guedes Freitas, CPF:02603418351 estão realizando a pesquisa intitulada **O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**, que tem como objetivo geral: Avaliar o conhecimento dos acadêmicos do curso de Enfermagem acerca do Acolhimento com Classificação de Risco e seus protocolos, e objetivos específicos: traçar o perfil sociodemográfico dos alunos; investigar as dificuldades de implantação dos protocolos de Classificação de Risco nos serviços de saúde, na percepção dos acadêmicos; identificar as fragilidades no aprendizado dos acadêmicos acerca dos Protocolos de Classificação de Risco. Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: a primeira foi a realização de um projeto composto por introdução, objetivos, revisão de literatura e metodologia. As demais etapas dar-se-á por uma visita a Faculdade Vale do Salgado para entrega do termo de anuência à Coordenadora do curso de Enfermagem para autorização para realização da coleta dos dados. O questionário respondido pelos participantes será organizado a partir de tabelas e gráficos utilizando o auxílio de um *software* estatístico, o SPSS e do Microsoft Excel. Por essa razão, o Senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder um questionário estruturado com questões que abordam uma avaliação do conhecimento acadêmico acerca da temática abordada. O tipo de instrumento apresenta risco mínimo, como constrangimento aos sujeitos do estudo, mas que será reduzido mediante conversa esclarecedora sobre o objetivo do projeto e a contribuição que o estudo trará para a comunidade acadêmica, aos profissionais da saúde e a sociedade, bem como será garantindo o sigilo e anonimato da pesquisa. Todas as informações que o Senhor (a) nos fornece serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá em nenhum momento. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o Senhor (a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a pesquisa. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Josué Barros Junior e Bárbara Guedes Freitas na Faculdade vale do Salgado – FVS, Rua Monsenhor Frota nº-609, CEP-63430.000, funciona em horário comercial. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Avenida Leão Sampaio, Km 3, Lagoa Seca- Juazeiro do Norte-Ceará CEP: 63.180-000. Se o Senhor (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

Icó – Ceará, _____ de _____ 2018.

Josué Barros Júnior
Pesquisador Responsável

APÊNDICE - C



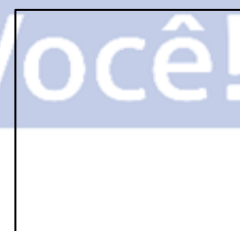
FACULDADE VALE DO SALGADO - FVS
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. _____, portador da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa: O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

ICÓ-CE, _____ de _____ de _____.

Crescendo com Você!



Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXOS

ANEXO – A



FACULDADE VALE DO SALGADO - FVS
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM
CNPJ: 03.338.261-0002/95

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu, KERMA MÁRCIA DE FREITAS, portador do RG 97005011577, e CPF: 826.451.083-34, Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado de Icó-CE, declaro ter lido o projeto intitulado “O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO” dos pesquisadores, Josué Barros Junior portador do RG 134.30810, CPF: 796.001.153-20 professor da Faculdade Vale do Salgado, e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNIVERSIDADE LEÃO SAMPAIO, autorizaremos a realização do projeto na Faculdade Vale do Salgado, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Icó- Ceará, 13 de Agosto de 2018

Assinatura e campo do responsável institucional

Kerma Márcia de Freitas
Dra. Kerma Márcia de Freitas
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
FACULDADE VALE DO SALGADO

Rua Monsenhor Frota, nº 609, CEP 63430 – 000, ICÓ - CE
Contatos: (88) 3561-2760
Facebook: facebook.com/icofvs
Web: www.fvs.edu.br

ANEXO – B

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Pesquisador: JOSUÉ BARROS JÚNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95990018.3.0000.5048

Instituição Proponente: TCC EDUCACAO, CIENCIA E CULTURA LTDA - EPP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.871.086

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa como objetivo de avaliar o conhecimento dos acadêmicos do curso de Enfermagem acerca do Acolhimento com Classificação de Risco e seus protocolos. Será realizada na Faculdade Vale do Salgado (FVS), na cidade de Icó, Ceará, com acadêmicos de enfermagem do 7º ao 10º semestre que estejam cursando ou já finalizaram a disciplina de Enfermagem em Urgência e Emergência. Como técnica para coleta de dados da pesquisa será aplicado um questionário estruturado. Os dados serão organizados a partir de tabelas e gráficos de forma a facilitar o confronto com os resultados obtidos nas literaturas pertinentes. Para tal, será utilizado o auxílio de um software estatístico o SPSS e do Microsoft Excel na sua versão 2010, onde estes auxiliarão na organização e confronto das variáveis que este estudo impõe.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento dos acadêmicos do curso de Enfermagem acerca do Acolhimento com Classificação de Risco e seus protocolos

Objetivo Secundário:

Traçar o perfil sociodemográfico dos alunos;

Investigar as dificuldades de implantação dos protocolos de Classificação de Risco nos serviços de

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 2.871.086

saúde, na percepção dos acadêmicos;
Identificar as fragilidades no aprendizado dos acadêmicos acerca dos Protocolos de Classificação de Risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos dessa pesquisa serão de padrão mínimo e que estarão relacionados à possível constrangimento por se tratar de uma pesquisa com a presença do pesquisador, incompreensão das questões do questionário e conflito existente mediante a um questionamento sobre o conhecimento que possuem sobre a temática abordada. Os riscos supracitados serão reduzidos através de algumas ações, dentre as quais será providenciado uma sala reservada na Faculdade Vale do Salgado, de escolha do participante, que ofereça todo conforto e privacidade ao acadêmico para responder o questionário. O pesquisador prestará esclarecimentos sobre o instrumento utilizado, e explicará o que se busca em cada questão do questionário e como devem ser respondidas as perguntas, com o objetivo de sanar todas as dúvidas do participante dando ênfase ao anonimato e sigilo das respostas.

Nesse sentido, os riscos foram adequadamente expostos, bem como as formas de minimizá-lo.

Benefícios:

Quanto aos benefícios o estudo oferecerá uma ampliação da temática, dando suporte para a realização de assistências acolhedoras e com direcionamento de pacientes, oferecendo atendimentos baseados em prioridades, minimizando os riscos à saúde e colaborando com o desempenho de novas conquistas para a área da saúde, comunidade, profissionais e acadêmicos, assim como uma qualificação na aprendizagem do pesquisado sobre a temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a enfermagem e que obedece aos aspectos éticos que constam na resolução 466/2012.

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 2.871.086

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta os termos obrigatórios para avaliação e realização da pesquisa:

1. Folha de Rosto
2. Declaração de Anuência
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós Esclarecido
4. Cronograma adequado
5. Instrumento de Coleta de dados

Recomendações:

Retirar do instrumento de coleta de dados o último questionamento tendo em vista a possibilidade de viés devido a relação do pesquisador com a disciplina a ser avaliada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1173273.pdf	14/08/2018 20:38:03		Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	14/08/2018 20:36:57	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.docx	11/07/2018 03:06:12	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Outros	POSESCLARECIDO.docx	11/07/2018 03:03:13	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	11/07/2018 03:01:17	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/07/2018 03:00:58	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.docx	11/07/2018 03:00:42	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	11/07/2018 03:00:18	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970

UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 2.871.086

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUAZEIRO DO NORTE, 03 de Setembro de 2018

Assinado por:

**MARCIA DE SOUSA FIGUEREDO TEOTONIO
(Coordenador)**

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br