

**AJES - FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

BRUNO FELIPE OLIVEIRA PEREIRA

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE ACOLHIMENTO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES HOSPITALARES DO NORTE DE
MATO GROSSO**

**GUARANTÃ DO NORTE
2020**

AJES - FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO

BRUNO FELIPE OLIVEIRA PEREIRA

**CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE ACOLHIMENTO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES HOSPITALARES DO NORTE DE
MATO GROSSO**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem, da Faculdade do Norte de Mato Grosso–AJES, com requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Me. Wladimir Rodrigues Faustino.

GUARANTÃ DO NORTE

2020

AJES FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO

BACHAREALDO EM ENFERMAGEM

Linha de Pesquisa: Urgência e Emergência

Pereira, Bruno Felipe Oliveira. **Conhecimento dos enfermeiros sobre Acolhimento e Classificação de Risco em unidades hospitalares do Norte de Mato Grosso**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – AJES – Faculdade do Norte de Mato Grosso, Guarantã do Norte, 2020.

Data da Defesa: ____ / ____ /2020

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof. Me. Wladimir Rodrigues Faustino
ISE/AJES.

Membro Titular: Prof. Me. Fabiana Rezer
ISE/AJES.

Membro Titular: Prof. Me. Marco Rogério da Silva
ISE/AJES.

Local: Associação Juinense de Ensino Superior
AJES – Faculdade do Norte de Mato Grosso
AJES – Unidade Sede, Guarantã do Norte-MT

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Eu, Bruno Felipe Oliveira Pereira, portador da Cédula de Identidade – RG nº 2503040-0 SSP/MT, e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 050.852.321-43, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnica científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento e classificação de risco em unidades hospitalares do norte de mato grosso, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e ao autor.

Guarantã do Norte–MT, ____ de ____ de 2020.

Bruno Felipe Oliveira Pereira

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família pelo total apoio nessa caminhada vitoriosa. Em especial a minha mãe a maior incentivadora das realizações dos meus sonhos e minha irmã pelo apoio incondicional, as duas foram pilares da minha formação como ser humano e meu alicerce que sempre esteve comigo nos momentos de grandes aflições. Gratidão Eterna!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me capacitado, me dando saúde e força para superar as dificuldades.

Permitindo que tudo isso acontecesse ao longo da minha vida.

A instituição, direção e aos demais colaboradores concedo meu respeito e reconhecimento, cujo meu aprendizado e minha trajetória adquirida foi alcançado e conquistado com muita dedicação através de vocês.

Agradeço a todos professores que me proporcionaram e dividiram o seu conhecimento comigo, não apenas conhecimento racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por ter me ensinado a ser um excelente profissional, mas também a me incentivar a ser uma pessoa melhor.

Em especial quero deixar minha eterna gratidão e respeito ao meu orientador no qual tenho uma admiração enorme, Professor. Me. Wladimir Rodrigues Faustino, obrigado pela orientação, apoio e confiança na elaboração deste trabalho, por sempre insistir em mim e me mostrar o melhor caminho a se seguir, vou ser grato eternamente.

A querida Professora. Me. Fabiana Rezer que marcou a minha vida de forma significativa, pelo simples fato de despertar algo especial dentro de mim, transformou à minha maneira de ver o mundo e de lidar com diversas situações, os seus ensinamentos foram muito além dos conteúdos do currículo. Muito obrigado pela sua dedicação, paciência e carinho ao lecionar.

Meus agradecimentos a meus amigos que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação: Prof. Diógenes Lopes, Claudio Maia, Viviane Faria, Márcia Budtinger, Patrícia Medeiros, Taiane Alves, Thiago Pereira, Priscila Tizziani, Luciane Donato e Luciana Vargas.

O MEU MUITO OBRIGADO A TODOS!

*Todos os seus sonhos podem se tornar realidade se
você tem coragem para persegui-los!*

(Walt Disney)

RESUMO

Introdução: No Brasil para facilitar e agilizar a espera e o atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), foi adotado o sistema de Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) que é prioridade do enfermeiro segundo a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 423/2012, no qual é um dispositivo tecnológico relacional de intervenção com potencial decisivo para a reorganização dos serviços de urgência e emergência. **Objetivo:** é analisar o nível de conhecimento dos enfermeiros em relação ao acolhimento e classificação de risco dentro de unidades de urgência em hospitais do norte de Mato Grosso. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória e com abordagem quantitativa, realizado a partir de entrevistas aplicadas a 20 enfermeiros atuantes no setor de urgência de dois hospitais no Norte de Mato Grosso. A coleta de dados ocorreu com um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas elaboradas pelos autores, utilizou-se a análise do percentual do cálculo de concordância, considerado satisfatório acima de 85%, essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. **Resultados:** A amostra dessa pesquisa contou com N=20=100% enfermeiros participantes, onde a maioria dos enfermeiros pesquisados n=15=75% pertencem ao sexo feminino, a idade n=09=45% está entre 31-40 anos com tempo de profissão na enfermagem n=10=50% de 11 a 20 anos, n=16=80% possui título de especialização. Percebe-se que n=10=53% dos enfermeiros tiveram uma resposta positiva de acordo com a resolução COFEN nº 423/2012, maioria dos pesquisados já trabalharam com ACCR n=16=80% e se sentem preparados para classificar n=15=75%, n=12=60% não sabe qual o significado da sigla ACCR, n=6=40% dos profissionais alegam que adquiriam preparo para a triagem classificatória através da prática cotidiana, ao solicitar a diferenciação entre os termos urgência e emergência, nota-se que n=15=75% dentre os entrevistados acertaram, e n=5=25% erraram a questão. Em relação as barreiras que dificultam o processo de classificar constatam-se que: n=12=50% dos profissionais citaram a Equipe de Enfermagem incapacitada ou inexperiente. **Conclusão:** Este estudo possibilitará aos enfermeiros ampliar os conhecimentos sobre a prática de acolhimento com Classificação de Risco, permitindo a prestação de uma assistência com qualidade e agilidade. Expondo aos gestores a necessidade de intervenções frente a existência destes fatores e estimula-los a investir em educação permanente para seus profissionais em todos níveis de complexidades

Palavra-chave: Acolhimento; Urgência; Emergência; Protocolos; Enfermeiro;

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, in order to facilitate and expedite the waiting and care of users of the Unified Health System (SUS), the Reception System with Risk Classification (ACCR) was adopted, which is a nurse's priority according to the Federal Nursing Council resolution (COFEN) nº 423/2012, in which it is a relational technological intervention device with decisive potential for the reorganization of urgent and emergency services. **Objective:** to analyze the level of knowledge of nurses in relation to reception and risk classification within emergency units in hospitals in northern Mato Grosso. **Method:** This is a field research, descriptive, exploratory and with a quantitative approach, carried out through interviews applied to 20 nurses working in the emergency department of two hospitals in Northern Mato Grosso. Data collection took place with a semi-structured questionnaire, with open and closed questions prepared by the authors, the analysis of the percentage of the agreement calculation was used, considered satisfactory above 85%, this research was approved by the Ethics and Research with Beings Committee Humans. **Results:** The sample of this research had n=20=100% participating nurses, where the majority of nurses surveyed n= 15=75% belong to the female gender, age n=09=45% is between 31-40 years old with time in the profession in nursing n=10=50% from 11 to 20 years, n=16=80% has a specialization title. It is noticed that n=10=53% of nurses had a positive response according to COFEN resolution n ° 423/2012, most of the respondents have already worked with ACCR n=16=80% and feel prepared to classify n=15=75%, n=12=60% do not know what the acronym ACCR means, n=6=40% of professionals claim that they were prepared for classificatory screening through everyday practice, when requesting the differentiation between the terms urgency and emergency , it is noted that n=15=75% of respondents were correct, and n=5=25% were wrong. Regarding the barriers that hinder the process of classifying, it can be seen that: n=12=50% of the professionals cited the disabled or inexperienced Nursing Team. **Conclusion:** This study will enable nurses to expand their knowledge about the welcoming practice with Risk Classification, allowing the provision of assistance with quality and agility. Exposing managers, the need for interventions in the face of these factors and encouraging them to invest in continuing education for their professionals at all levels of complexity.

Keyword: Reception; Urgency; Emergency; Protocols; Nurse;

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

<u>Figura 1. Escala de classificação de Risco Manchester, 2019.</u>	16
<u>Figura 2. Escala de classificação de risco do MS, 2019.</u>	18

LISTA DE QUADROS

<u>Quadro 1. PICO, 2019.</u>	21
<u>Quadro 2. Descrição das cores e os tempos do protocolo de Manchester. Mato Grosso, 2019.</u>	30

LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes. Guarantã do Norte, Mato Grosso, 2019.</u>	24
<u>Tabela 2. Questões específicas sobre ACCR. Guarantã do Norte, Mato Grosso, 2019.</u>	26

LISTA DE GRÁFICOS

<u>Gráfico 1. Barreiras que dificultam a classificação de risco. Mato Grosso, 2019.</u>	27
<u>Gráfico 2. Significado da Sigla ACCR. Mato Grosso, 2019.</u>	28
<u>Gráfico 3. Conhecimento ao protocolo de Manchester. Mato Grosso, 2019.</u>	28

SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACCR** - Acolhimento com Classificação de Risco;
- BMJ** - British Medical Journal
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem;
- COREN** - Conselho Regional de Enfermagem
- GPT** - Grupo Português de Triage
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS** - Ministério de Saúde
- MT** - Mato Grosso
- MTG** - Manchester Triage Group
- PICO** - Paciente, Intervenção, Comparação e Outcomes
- PNH** - Política Nacional de Humanização
- RAS** - Redes de Atenção à Saúde
- SPSS** - Statistical Package for Social Sciences
- SUS** - Sistema Único de Saúde;
- TCLE** - Termo De Consentimento Livre Esclarecido
- UBS** - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

<u>1 INTRODUÇÃO</u>	12
<u>2 OBJETIVOS</u>	14
<u>2.1 Objetivo geral</u>	14
<u>2.2 Objetivo específico</u>	14
<u>3 REVISÃO DA LITERATURA</u>	15
<u>3.1 História do ACCR</u>	15
<u>3.2 Importância da implementação do ACCR</u>	17
<u>3.3 Importância do Enfermeiro na classificação</u>	19
<u>5 MATERIAL E MÉTODO</u>	20
<u>5.1 Tipos de Pesquisa</u>	20
<u>5.2 Questão Norteadora</u>	21
<u>5.3 Universo e amostra</u>	21
<u>5.4 Critérios de inclusão e exclusão</u>	21
<u>5.5 Coletas de dados</u>	21
<u>5.6 Análise dos Dados</u>	22
<u>5.7 Análise ética</u>	22
<u>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	24
<u>7. CONCLUSÃO</u>	32
<u>8. REFERÊNCIAS</u>	33
<u>APÊNDICES E ANEXOS</u>	37

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2002, pela Portaria N° 2.048, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Política Nacional de Humanização (PHN) com o programa Humaniza SUS, propôs a implantação nas unidades de urgência e emergência, o acolhimento com a triagem classificatória de risco, com a proposta de reorganizar os serviços e inovar suas práticas gerenciais e assistenciais (CARTER et al., 2014; MARQUES et al., 2018).

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde, desde modo, traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, prestando um atendimento com resolutividade e corresponsabilidade (SANTOS et al., 2017).

O Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo tecnológico relacional de intervenção, o mesmo se norteia pela construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade dos serviços de saúde. Tem um potencial decisivo para reorganizar e agilizar o atendimento dos serviços de urgência e emergência, auxiliando os profissionais de saúde no direcionamento de estratégias e métodos para garantir uma atenção efetiva (INOUE, et al., 2015) (NISHIO; FRANCO, 2011).

No Brasil, a população tem procurado as unidades de saúde com frequência, no âmbito hospitalar não é diferente, propiciando alto índice de consultas e aumento no tempo de permanência dos pacientes, gerando superlotação relacionado a uma demanda excessiva (CAVALCANTE et al., 2018).

Esses pacientes quando chegam na unidade hospitalar devem se direcionar ao ACCR, setor que, ele será triado e classificado de acordo com sua prioridade a partir da avaliação de vias aéreas, frequência cardíaca, frequência respiratória, nível de consciência e dor, para tal, deve ter um profissional capacitado e com treinamento específico direcionando esse atendimento, destaca-se o enfermeiro (QUARESMA, 2019).

Conforme a resolução COFEN n°423/2012, a classificação de risco em unidades de urgência e emergência é uma privativa do enfermeiro, o mesmo deve ser habilitado e qualificado cientificamente para definir a prioridade de atendimento. Por este motivo, os enfermeiros que tomam decisões na triagem devem ter uma base de

conhecimento diversificada e habilidades para avaliação e priorização clínica do paciente (LAURINDO et al., 2019).

O enfermeiro é a peça essencial para resolutividade e gerenciamento do fluxo de pacientes, sendo assim, a ACCR estabelece um elo de ligação taxonômico, determinando assim um atendimento padronizado através de fluxograma. É importante salientar que para fazer avaliação com classificação de risco os enfermeiros devem ser certificados por meio de capacitação proporcionada pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (NOVAES et al., 2016).

De acordo com o supracitado, este trabalho tem como objetivo principal analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre o ACCR e conseqüentemente demonstrar a importância da implantação deste protocolo na assistência em saúde em unidades hospitalares. Portanto, visto a importância da temática, ressalta-se que a porta de entrada das unidades hospitalares deve seguir protocolos estabelecidos e o enfermeiro é o profissional capacitado para desempenhar tal tarefa, com isso, surge a necessidade de constante capacitação.

De acordo com Davidson Ramos (2018), 99,9% das empresas, a priorização é um problema na hora de executar as tarefas. Entretanto, na área da saúde, priorizar errado pode custar a vida de alguém.

Por isso, a motivação em desenvolver este estudo justifica-se pela sua relevância em unidades de urgência e emergência, no qual o objetivo é acolher o paciente e o classificar por cores visando organizar a ordem de atendimento e conseqüentemente diminuindo o fluxo e tempo de espera ao usuário do SUS, onde me despertou o interesse em realizar um mapeamento do conhecimento dos enfermeiros, levando em consideração que este protocolo é uma das prioridades do enfermeiro.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- ✓ Analisar o conhecimento dos enfermeiros a respeito do ACCR dentro dos serviços de urgência e emergência em unidades hospitalares de dois municípios do Norte do estado de Mato Grosso.

2.2 Objetivo específico

- ✓ Comparar o conhecimento dos enfermeiros sobre o acolhimento com classificação de risco nos protocolos de Manchester e a Escala de Classificação do Ministerio da Saúde.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais atuantes na classificação de risco dentro dos serviços de urgência e emergência no município do Norte do Mato Grosso.
- Verificar qual protocolo de classificação de risco está implementado nos municípios de estudo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 História do ACCR

A Constituição Federal de 1988, juntamente com as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 garante a saúde como direito de toda a população e dever do Estado. Trata-se do acesso universal e liberal para os cidadãos, tornando assim uma rede de serviço de saúde hierarquizada e regionalizada, instituindo assim o Sistema Único de Saúde (SUS) que é organizado em diretrizes, as quais prevê um atendimento integral, descentralizado e com participação da comunidade (BRASIL, 1990; COREN, 2013).

A demanda nos serviços de urgência e emergência aumentou consideravelmente, ocasionando por vezes superlotação e conseqüentemente uma falta de organização da assistência por ordem de chegada e suas prioridades, sem utilização de normas de classificação de acordo com agravos clínicos, o que desencadeia danos graves aos usuários (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o MS juntamente com a PNH no ano de 2004, começa a utilizar os métodos de ACCR, como umas das ações de maior competência efetiva na reestruturação e promoção da saúde em rede, tentaram adotar diferentes estratégias para diminuir a fila de esperas ao usuário do SUS em atendimento emergencial (BRASIL, 2004).

O primeiro protocolo de classificação de risco utilizado no Brasil foi a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, reconhecido pelo Ministério da Saúde no ano de 2004 (ANTUNES; GUIMARÃES, 2013).

[...] o protocolo foi desenvolvido na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994, por um grupo de profissionais especializados em triagem. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) estabelece uma classificação de risco em cinco categorias. A partir da identificação da queixa principal do usuário pelo enfermeiro, um fluxograma específico, orientado por discriminadores e apresentado na forma de perguntas, é selecionado. Diante da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria existe um tempo, alvo de atendimento, que são, respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos (MORAES-FILHO et al., 2018).

De acordo com o Grupo português de triagem no Brasil (2002), o estado de Minas Gerais foi o primeiro a utilizar o Protocolo de Manchester nos postos de atenção à saúde. Para sua implantação foi necessária uma negociação envolvendo o governo mineiro com o Grupo Português de Triagem (GPT) possuidor dos direitos para tradução e utilização desse protocolo, sob autorização do British Medical Journal (BMJ) e a Manchester Triage Group (MTG).

De acordo com Souza e Chianca (2015), o Protocolo de Manchester tem maior aceitação nos atendimentos de urgência, correspondendo a 61,5% (16 estados) dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal, conforme figura 01.

Figura 01. Escala de classificação de Risco Manchester, 2019.

Manchester Triage Protocol (MTP)

Categoria	Tempo até avaliação clínica
1 = Emergente = Vermelho	0 min
2 = Muito urgente = Laranja	10 min
3 = Urgente = Amarelo	60 min
4 = Pouco urgente = Verde	120 min
5 = Não urgente = Azul	240 min

Fonte: Santa Casa Lorena, 2016.

A escala de de Classificação de Risco de Manchester, teve resultados satisfatórios para utilização prática, o protocolo foi implantado progressivamente em todos os hospitais do Reino Unido, sendo adotado por diversos países da Europa e do Mundo (QUILETE et al., 2009).

Pinto, Salgado, Chianca (2012) afirma que em nível mundial, os protocolos mais utilizados são: Australian Triage Scale, Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, Emergency Severity Index e Manchester Triage Scale.

No território brasileiro, as instituições de saúde públicas e privadas estão desenvolvendo e implantando seus próprios protocolos, embora também ocorra a aplicação desses desenvolvidos em diversos países, sendo utilizados na íntegra ou

em versões adaptadas, como evidenciam os estudos (SILVA et al., 2014) conforme figura 02, adaptada ao SUS.

Figura 2. Escala de classificação de risco do MS, 2019.



Fonte: Jornal Correio, 2016.

Sendo assim, podemos afirmar que é necessário a padronização do acolhimento, a fim de identificar as condições de risco dos indivíduos e o grau de urgência para atendimento e priorizar as vítimas com risco iminente de morte. Por este motivo, foi adotada no Brasil a Cartilha de ACCR e o protocolo de classificação de risco Manchester, na qual, utiliza-se a padronização de cores na identificação dos graus de atendimento (NISHIO; FRANCO, 2011).

3.2 Importância da implementação do ACCR

A ACCR deve ser uma metodologia de continuidade dinâmica e com alto grau de resolutividade, tendo em vista uma estratégia de gestão dos serviços de Urgência. É um processo dinâmico que consiste em identificar o risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer e encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário (LOPES; BARBOSA; CAHET, 2013).

Brasil (2010) diz que o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários em relação ao atendimento prioritário do paciente.

Para Lima (2011) a definição de acolher é dar acolhida; hospedar; dar ouvidos a; receber; tomar em consideração; dar crédito a. Percebe-se que neste conceito

existe uma diferença na maneira de receber ou recepcionar o paciente a chega na unidade, ouvindo e compreendendo sua queixa ou sua necessidade e respondendo com cautela, de uma maneira que tente ou consiga solucionar seu problema.

Segundo Paula et al (2015), a necessidade de inserir um sistema que diminuísse a demanda e que de preferência ao paciente com um maior risco de morte foi introduzido no Brasil, porém, ainda se tem um déficit na educação e informatização para que esse método seja realizado com eficácia.

O AACR é definido como um instrumento para colocar em prática os objetivos estabelecidos pela PNH. O Ministério da Saúde destaca que o AACR estabelece uma assistência ágil, de acordo com a necessidade de cada usuário, o qual se fundamenta em protocolos já estabelecidos, que atendem não por ordem de chegada, mas sim pelo nível de dificuldade (ANDRADE et al., 2014).

A classificação de risco é apresentada como uma estratégia de organização da atenção à saúde, voltada para responder de forma organizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de atendimento ao paciente, assim, essa ferramenta incorpora os princípios SUS, com atendimento de acordo com universalidade, a integralidade e a equidade, para enfatizar a reorganização do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (LAURINDO, 2019).

De acordo com Lúcia (2014), a classificação de risco deve ser compreendida como um recurso ágil no reconhecimento dos usuários que precisam de um atendimento rápido, levando em consideração o potencial de risco, nível de sofrimento e prejuízo à saúde. A Classificação de Risco possui etapas como: a observação do usuário no instante da chegada ao serviço de saúde, a diminuição do período de espera por assistência médica, para que ele seja atendido de acordo com sua necessidade, a indicação há algum tipo de especialidade conforme protocolo.

Perante todas as informações, percebe-se que a porta de entrada aos serviços de saúde, que deveria ocorrer na Atenção Básica, vem sofrendo modificações, causando problemas de superlotação, uma vez que os usuários vão à busca de atendimento primeiramente nas instituições de maior complexidade (SANCHES; CARVALHO, 2015).

Por este motivo, torna-se essencial a implementação da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, tendo em vista em que este dispositivo tem

por objetivo reorganizar o fluxo e a demanda dos pacientes e classificar os atendimentos perante as complexidades, conseqüentemente prestar um atendimento eficaz e resolutivo.

3.3 Importância do Enfermeiro na classificação

A Portaria 2048/2002 estabelece que as unidades de urgência e emergência, na realização do processo de ACCR, tenham um profissional de saúde com formação superior, habilitado para classificar os pacientes de acordo com sua necessidade, exigindo como critério o seu treinamento específico na utilização de protocolos informatizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SUSAN; DOMAGALA; VETS,2015).

Em países como França, Holanda, Austrália e Brasil, o enfermeiro é o responsável pela realização da classificação de risco. O profissional de enfermeiro tem por responsabilidade agir de acordo com a ética e moral da sua profissão de acordo com a Resolução nº 423/2012 no atendimento ao indivíduo, de maneira que proporcione um rápido diagnóstico (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Através da sua linguagem clínica orientada para queixas, sinais e sintomas pode adquirir informações através de uma escuta qualificada, identificando as necessidades biopsicossociais dos usuários do SUS. Sendo o profissional de saúde mais indicado para realizar o ACCR em hospitais públicos e privados, garantindo uma assistência segura e de qualidade (SOUZA et al., 2011).

O enfermeiro é o profissional que prestará o primeiro atendimento com uma breve avaliação composta por exame clínico dando ênfase a suas queixas e informações principais, através do seu conhecimento técnico científico e raciocínio clínico, tomara sua decisão em relação a priorização do atendimento (TOLOO et al., 2016) (RONCALLI et al., 2017).

O enfermeiro é considerado o principal responsável pelo sucesso da classificação de risco, por sua atuação passando por esferas de avaliação clínica, e tomada de decisão, do monitoramento, do registro e do gerenciamento. O protocolo que direciona a sua atuação é essencial para guiar a avaliação desse profissional, contudo, sua implantação efetiva depende de uma rede assistencial estruturada e organizada (SOUZA et al., 2014).

Vale ressaltar que após a classificação o enfermeiro monitore o paciente enquanto aguarda o atendimento médico, dando ênfase em queixas maiores de dor ou alterações significativas.

5 MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo foi realizado em dois hospitais no norte do estado de Mato Grosso.

5.1 Tipos de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e com abordagem quantiquantitativa, realizado através de um questionário com perguntas abertas e fechadas de acordo com as características sociodemográficas da população estudada e com questões específicas sobre o ACCR.

A pesquisa descritiva segundo Metring (2011) tem como objetivo a observação, o registro e/ou descrição, análise e interpretação de características, população, grupos e processos, ou na articulação entre variáveis e no atendimento da natureza dessas relações, onde o observador não interfere na realidade-fenômeno. Esta pesquisa utiliza técnicas padronizadas para coletas de dados e interpretação dos mesmos.

É comum a utilização de questionários, estudos de campo, formulários, estudos de casos e observação sistemática, assumindo de forma geral, o levantamento.

A pesquisa exploratória expressa sondagem, levantamento, descobrimento, pesquisa, especulação e investigação, ocorrendo quando o problema é pouco explorado, tornando o problema mais explícito. Abrange o levantamento bibliográfico, entrevistas com profissionais da área e análise de modelos que proporcionem a compressão do assunto interessado (FERRUGINI et al., 2013).

O estudo quantitativo possui como característica a tentativa de mensurar e traduzir em números as opiniões, dados ou informações (METRING, 2011). A pesquisa de abordagem quantitativa se dá através de variáveis e estatísticas para quantificar opiniões e informações de estudo (FERREIRA, 2015).

5.2 Questão Norteadora

As questões que guiaram esta pesquisa são: Qual é o conhecimento dos enfermeiros em relação a Classificação de risco? Qual o profissional que realizava a classificação? Qual a importância da ACCR no setor de urgência e emergência?

Quadro 1. PICO, 2019.

Abreviação	Descrição	Questão norteadora
P	População	Enfermeiros
I	Intervenção	Análise do Conhecimento
C	Comparação	Comparação das respostas
O	Outcome	Melhoria do Atendimento

Fonte: Autoria própria

5.3 Universo e amostra

O universo deste estudo são dois hospitais do norte de Mato Grosso, sendo a amostra do estudo composta de 20 profissionais enfermeiros.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão:

- ✓ Enfermeiros que fazem parte do quadro da equipe do hospital;
- ✓ Enfermeiros que tenham experiência na área hospitalar pública ou privada.

Como critérios de exclusão desta pesquisa:

- ✓ Outros profissionais de saúde, tais como: médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem.
- ✓ Enfermeiros que estiverem ausentes no dia da aplicação do questionário pelos seguintes motivos: licença médica, licença paternidade/maternidade, óbito em família, férias ou licença para casamento.

5.5 Coletas de dados

A coleta de dados foi iniciada após o recebimento do parecer favorável do Comitê. Utilizou-se a aplicação com questões referentes ao: gênero, idade, tempo de trabalho na instituição, tempo de profissão na enfermagem e nível de formação, também o questionário com 15 questões específicas abertas e fechadas referente ao conhecimento dos enfermeiros sobre ACCR.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador responsável, com prévia autorização da direção dos hospitais, o mesmo aplicou o questionário aos enfermeiros e acompanhou as respostas com forma de segurança para não realizarem pesquisas.

A coleta ocorreu da seguinte forma: o pesquisador agendou um horário com cada participante desde que não atrapalhasse suas atividades. O pesquisador se deslocava até o local onde tinha sido estabelecido, de preferência do pesquisado.

Desde modo a pesquisa era realizada em uma sala reservada onde só estavam o pesquisador e o participante da pesquisa, antes de iniciar as respostas foi repassado algumas informações como: o questionário deveria ser respondido no mesmo momento, sem usar meios de pesquisas e comunicação.

5.6 Análise dos Dados

Após a coleta os dados foram tabulados e apresentados em gráficos e tabelas para melhor entendimento do leitor.

Foram analisados os seguintes dados: tempo de atuação na área hospitalar e de enfermagem; dados sócios demográficos: Gênero; profissão e quantidade de filhos; questionário com questões específicas sobre a temática em questão.

Esses dados foram tabulados no Programa Microsoft Office Excel®, tratados estatisticamente em percentual e apresentados em forma de tabelas e gráficos, tendo como enfoque o conhecimento dos enfermeiros do hospital do norte do Mato Grosso e a comparação das diferentes respostas.

5.7 Análise ética

Esta pesquisa foi submetida a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a resolução n.466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tendo sido aprovado sob parecer CAEE:

11412119.1.0000.5165, do COEP-Comitê de ética e pesquisa Universidade de Cuiabá – UNIC, na data de 05 de junho de 2019, a coleta dos dados ocorreu após a aprovação e mediante a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) e assentimento pelos pesquisados, foi garantido sigilo profissional e pessoal com caráter confidencial das informações prestadas. Todos os participantes assinaram previamente o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes tais como: um pequeno desconforto no momento de realizar as respostas, interferência na vida e na rotina dos sujeitos, invasão de privacidade, divulgação de dados confidenciais, constrangimento, e o tempo gasto.

Os riscos foram minimizados: limitar o tempo, quantidade e qualidade das informações específica da pesquisa; assegurar a confidencialidade e a privacidade, proteção e a não estigmatizarão, garantindo a não divulgação das informações e prejuízos das pessoas, sendo que o anonimato será garantido.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com N=20=100% enfermeiros participantes. No primeiro momento a apresentação dos resultados do presente estudo será dividida em três itens, Caracterização sociodemográfica dos participantes, Conhecimento dos enfermeiros sobre ACCR e Análise das questões abertas sobre ACCR, visando atender os objetivos e facilitar a interpretação dos dados.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes. Guarantã do Norte, Mato Grosso, 2019.

VARIÁVEL	N(20)	%
Gênero:		
Feminino	15	75%
Masculino	5	25%
Idade:		
20 a 30 anos	6	30%
31 a 40 anos	9	45%
41 a 50 anos	5	25%
Tempo de Trabalho na Instituição:		
1 a 5 anos	12	60%
6 a 10 anos	2	10%
11 a 20 anos	6	30%
Tempo de Profissão de enfermagem:		
1 a 5 anos	6	30%
6 a 10 anos	4	20%
11 a 20 anos	10	50%
Nível de formação:		
Graduação	4	20%
Especialista	16	80%
Mestrado	0	0%
TOTAL	20	100%

Fonte: Autoria própria.

Percebe-se na tabela 01 que a maioria dos enfermeiros pesquisados n=15=75% pertencem ao sexo feminino. Esse fato está relacionado a profissão de enfermagem ser predominantemente feminina ou seja (85,1%), já desde Florence Nigtingale, por tradição e cultura, ao longo dos tempos (MACHADO et al., 2016).

Considera-se que entre 1970 e 1980 e também em 2015, houve um aumento do contingente masculino na enfermagem em torno de um crescente de (15%), (FIOCRUZ/COFEN, 2015).

Em relação a idade n=09=45% grande parte estão entre 31-40 anos e tempo de profissão na enfermagem n=10=50% tem de 11 a 20 anos. Podemos afirmar que é o período de maturidade profissional, são enfermeiros que já tem seu próprio desenvolvimento formado e suas capacidades cognitivas, técnicas e práticas. Geralmente estão empregados, especializados e busca por prosperidade econômica mediante o trabalho (QUARESMA; XAVIER; CEZAE-VAN, 2019).

Podemos notar que a faixa etária entre 20 a 30 anos n=06=30% está cada vez mais aumentando, levando-se em conta novos ingressos na profissão, e também o período de Rejuvenescimento da enfermagem ou início da vida profissional, onde grande maioria são os recém-formados. É a fase do sonho profissional, da ilusão de uma vida profissional promissora e indecisões. Entretanto, também é o momento que buscam se qualificar para os serviços, especializando-se por meio de uma Pós-Graduação por este motivo os resultados são crescentes ao nível de formação para os especializados n=16=80% (MACHADO, 2016).

A Tabela 2 demonstra o conhecimento dos profissionais através de questões fechadas em relação a classificação de risco.

Tabela 2. Questões específicas sobre ACCR. Guarantã do Norte, Mato Grosso, 2019.

Questões	n°	%
Qual a resolução que normatiza a participação do enfermeiro na atividade de Classificação de Risco?	COFEN n° 423/2012: 10 COFEN n° 256/2011: 05 COFEN n° 567/2018: 02 COFEN n° 334/2008: 03	53% 26% 10% 11%
Trabalha ou já trabalhou com Classificação de Risco?	Sim: 16 Não: 04	80% 20%
Você se sente preparado para classificar os pacientes?	Sim: 15 Não: 05	75% 25%
Se a resposta anterior for positiva, onde adquiriu este preparo?	Cursos específicos: 04 Prática cotidiana: 06 Palestras: 00 Graduação: 05	27% 40% 0% 33%

Existe alguma barreira considerada importante, que dificulte assistir esses pacientes?	Sim: 12 Não: 8	60% 40%
Qual a diferença entre urgência e emergência?	Acertos: 15 Erros: 5	75% 25%

Fonte: Autoria própria.

Em relação aos dados, percebe-se que metade $n=10=53\%$ dos enfermeiros tiveram uma resposta positiva de acordo com a resolução COFEN nº 423/2012, que normatiza a participação do enfermeiro na atividade de Classificação de Risco, portaria no qual ampara o enfermeiro como profissional responsável pelo ACCR no âmbito da enfermagem, devendo executar tal ação com competência e habilidade (COFEN, 2011).

É relevante demonstrar que outras opções tiveram respostas, citando a COFEN nº567/2018 com $n=02=10\%$, sendo que, trata-se da atuação do enfermeiro no cuidado com feridas. É importante que os enfermeiros conheçam as portarias que regulamentam o exercício profissional, especialmente as que estão relacionadas a assistência direta prestada (MORAES-FILHO, 2018).

Nota-se que a grande maioria dos pesquisados já trabalharam com ACCR $n=16=80\%$ e se sentem preparados para classificar $n=15=75\%$, o que facilita aplicabilidade e a prática do exercício profissional com maior segurança ao paciente envolvido no processo de acolhimento.

Bem como, os enfermeiros são em geral, o primeiro profissional da linha de frente ao atendimento ao paciente, são os que acolhem e direcionam os atendimentos, tornando essencial que estes tenham um conhecimento generalizado acerca do ACCR, para que possam reconhecer os atendimentos de maior gravidade e complexidade, de forma mais rápida e eficiente. (ARAUJO et al., 2008).

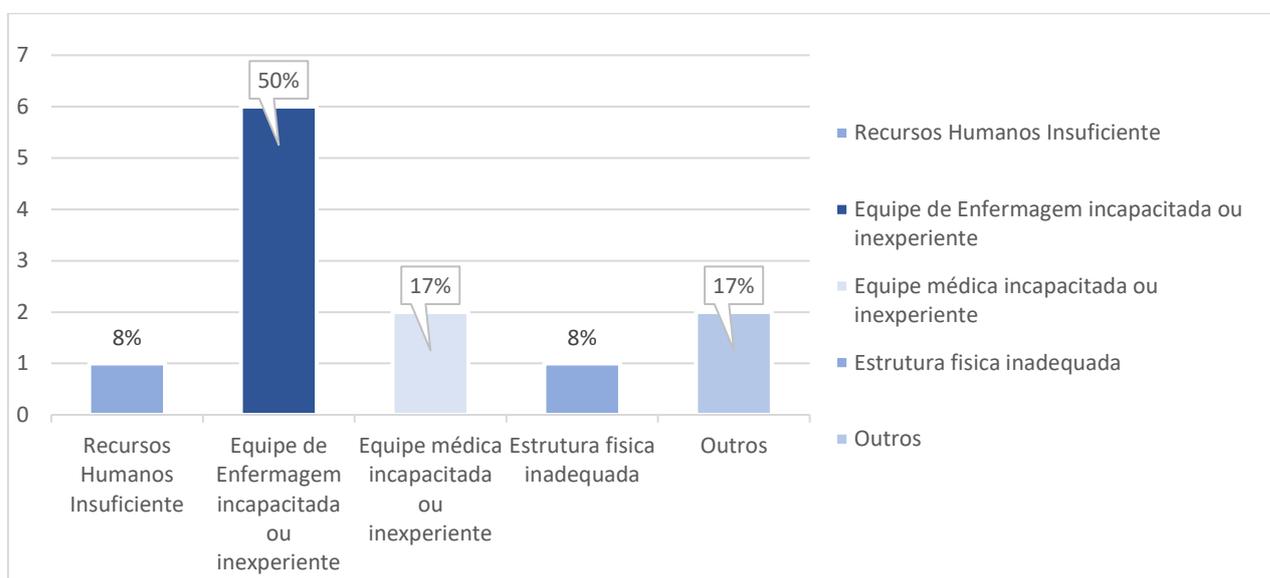
Uma porcentagem de $n=6=40\%$ dos profissionais alegam que adquiriram preparo para a triagem classificatória através da prática cotidiana. A capacitação deste profissional importa aos pacientes e aos próprios profissionais, o preparo fornece ferramentas para realização dos trabalhos necessários (LOPES et al., 2019)

Em algumas instituições os gestores oferecem curso de capacitação ao profissional para atuar no setor por meio de oficinas, cursos de curta ou longa duração. Podendo assim evitar os erros como: classificação subestimada ou classificação hiperestimada (SEIGER et al., 2013). Isso demonstra aos gestores a necessidade de

investir em educação continuada, capacitando seus colaboradores para prestar um atendimento eficaz a população.

Percebe-se que ao solicitar a diferenciação entre os termos urgência e emergência, nota-se que $n=15=75\%$ dentre os entrevistados acertaram, e $n=5=25\%$ erraram a questão, conforme a última pergunta da tabela 02. Por isso, a capacitação vai favorecer o desenvolvimento profissional e pessoal dos colaboradores, treinados tendem a adquirir novas habilidades e melhorar seu desempenho e garantia de qualidade ao paciente (MERCADANTE, 2019).

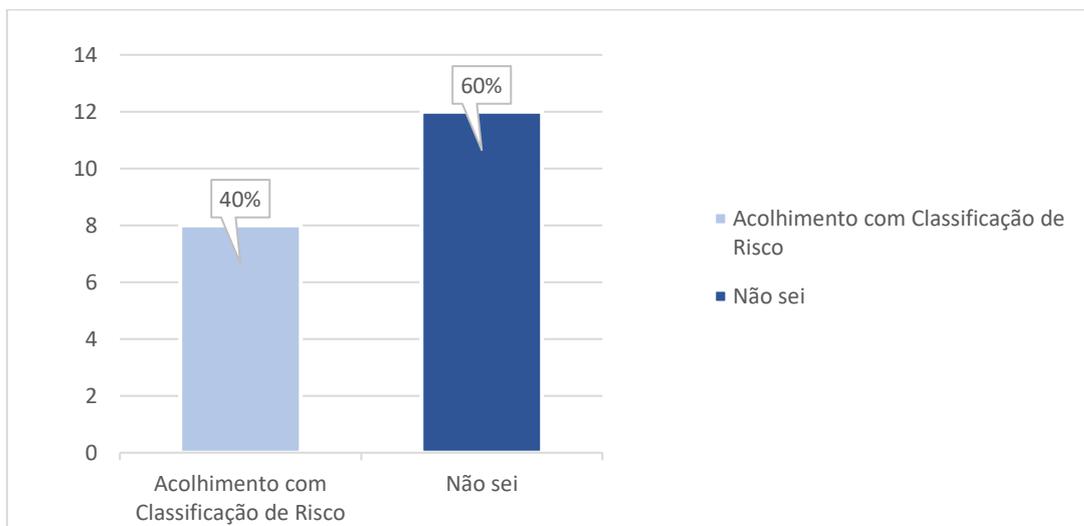
Gráfico 1. Barreiras que dificultam a classificação de risco. Mato Grosso, 2019.



Fonte: Autoria própria.

O enfermeiro para realizar o ACCR necessita estar capacitado, no entanto, constata-se que: $n=12=50\%$ dos profissionais citaram a Equipe de Enfermagem incapacitada ou inexperiente, apenas 17% sobre a equipe medica ser incapacita e inexperiente, 17% relatam outros motivos tais como: “*políticas municipais*” e “*dificuldade da população de entender o protocolo*”, de acordo com o gráfico 1, o resultado dos respondentes reforça a grande necessidade de atualização e educação permanente, pois pode comprometer-se a erros de interpretação, forma de classificar de acordo com o protocolo ministerial e ou institucional, e consequentemente, a ocorrência de eventos adversos para os pacientes (QUARESMA; XAVIER; CEZAEVAN, 2019).

Gráfico 2. Significado da Sigla ACCR. Mato Grosso, 2019.

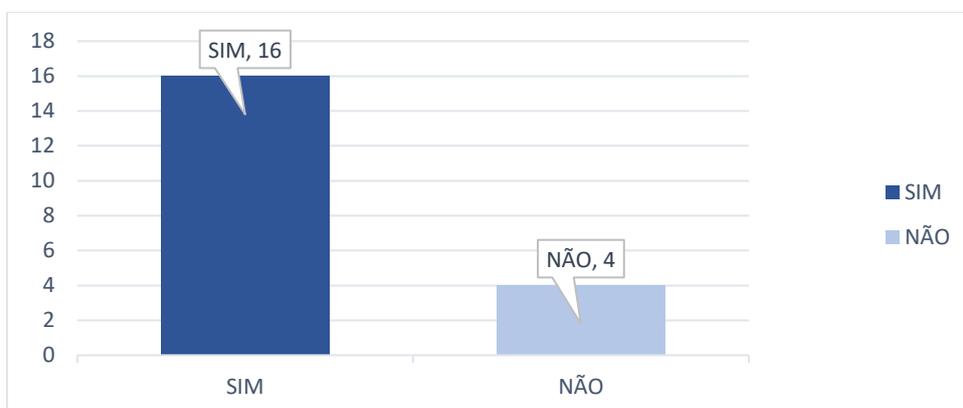


Fonte: Autoria própria

A falta da educação continuada ou falta da busca por informações e atualizações implica no conhecimento generalizado do enfermeiro, assim como no gráfico traz que $n=12=60\%$ não saber qual o significado da sigla ACCR, sendo que os mesmos fazem a classificação rotineiramente (RONCALLI et al., 2017).

Ao descreverem sobre o objetivo do ACCR $n=11=55\%$ responderam corretamente, como: *Organizar o fluxo dos pacientes de acordo com suas necessidades, qual seja ela. Garantir um atendimento humanizado e resolutivo, que agilize o atendimento de forma humana e segura*, $n=8=40\%$ deixaram em branco e $n=1=5\%$ descreveu não lembro.

Gráfico 3. Conhecimento ao protocolo de Manchester. Mato Grosso, 2019.



O Gráfico e a Tabela n. 03, traz informações sobre o protocolo de Manchester, no qual os enfermeiros demonstrariam seus conhecimentos em relação ao tempo e as cores que são padronizadas no dispositivo.

Ao realizar a análise podemos perceber que n=16=80% dos enfermeiros conhecem o protocolo de Manchester, porém se confundem ao diferenciar cores e tempo com protocolo do MS, visto que as atividades realizadas pelo enfermeiro na Classificação de Risco sejam seguras e de qualidade, é necessária a educação permanente (RONCALLI, 2017).

Em relação a diferença dos protocolos, n=14=70% alegam que não sabem qual as diferenças 3 n=6=70 tiveram respostas positivas como: “*adequação do tempo de espera e redução de uma cor*” e “*não utiliza a cor laranja no protocolo do MS*”.

O quadro a seguir tem um peso total de 100%, está dividido em 100 lacunas, portanto, cada lacuna equivale a 1%. Os cálculos serão realizados por taxa de porcentagem de acertos individuais por cada cor e de forma geral. No primeiro momento serão discutidos os dados individuais e logo a seguir a taxa em geral.

Quadro 2. Descrição das cores e os tempos do protocolo de Manchester. Mato Grosso, 2019.

Enfermeiros	CORES				
	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul
Enf. 1	0min	----	----	30min	3 dia
Enf. 2	----	----	----	----	----
Enf. 3	0min	----	30min	3hrs	6hrs
Enf. 4	0min	10min	50min	2hrs	4hrs
Enf. 5	----	----	----	----	----
Enf. 6	----	----	----	----	----
Enf. 7	0min	50min	15-20min	2hrs	4hrs
Enf. 8	0min	----	15-20min	2hrs	3-5hrs
Enf. 9	0min	----	30min	2-4hrs	6hrs
Enf. 10	0min	1hr	2hrs	----	5hrs
Enf. 11	----	----	----	----	----
Enf. 12	----	----	----	----	----
Enf. 13	0min	----	40min	4hrs	4h a 7 dias
Enf. 14	----	----	----	----	----
Enf. 15	0min	4hrs	1hr	12hrs	30min
Enf. 16	0min	----	30min	1hr	15min
Enf. 17	0min	10min	50min	120min	240min
Enf. 18	----	----	----	----	----
Enf. 19	----	----	----	----	----
Enf. 20	0min	----	1hr	3hrs	2hrs

Ao total obteve-se um (N) de 20 Enfermeiros, após o cálculo de porcentagem realizado por cada cor individualmente, percebe-se que em relação a cor vermelha teve uma taxa de acerto de $n=12=60\%$, indicando que a cor vermelha correspondia a 0 minutos, ou seja, atendimento imediato, encaminhando diretamente para avaliação e conduta dos profissionais responsáveis, com risco de morte (SILVEIRA et al., 2017).

Já na cor laranja tivemos uma taxa de acerto de $n=2=10\%$, a cor laranja é o eixo que indica um atendimento muito urgente, 10 minutos, pois o paciente passa por um caso grave e tem o risco significativo de evoluir para morte.

O amarelo por vez teve uma quantia de $n=0=0\%$, a cor amarela é atribuída aos clientes que apresentam quadro de gravidade moderada, sem risco imediato, podendo esperar até 60 minutos (MORAES-FILHO et al., 2018).

Por últimos as cores verde e azul que são atribuídas aos clientes que devem ser encaminhados preferencialmente para as unidades de atenção básica, desde que não apresente alterações nos SSVV. Tivemos uma quantidade de $n=4=20\%$ de acertos na cor verde onde o tempo estabelecido é 120 minutos, já na cor azul 15%, onde o tempo é 240 minutos. Ao todo de forma geral tivemos uma porcentagem de acerto de 20%.

Desde modo, deixa-se claro que: “O conhecimento científico é um elemento indispensável para que a prática do enfermeiro na Classificação de Risco não seja mecanizada” (QUARESMA et al., 2019)

Respostas das questões abertas associadas ao conhecimento da classificação de risco respondidas pelos enfermeiros.

Para melhor compreensão e organização na descrição dos dados, os questionários respondidos pelos enfermeiros pesquisados foram descritos através de números como Enfermeiro 1, enfermeiro 2, Enfermeiro 3 e consecutivamente. Neste momento foram descritas todas as respostas das questões em abertas que foram respondidas pelos enfermeiros.

Descreva no seu entendimento o significado de triagem na urgência e emergência?

Enf-1. É o processo de classificar por ordem de gravidade os pacientes que dão entrada no pronto socorro.

Enf-4. Avaliar de acordo com os Sinais e Sintomas e decidir se é prioritário ou não.

Enf-5. Triagem é o primeiro acolhimento ao cliente, deve ser primordial ao tratamento.

Enf-6. Aferição dos SSVV e sinais clássicos, a partir desses parâmetros classificar o risco do paciente e definir a prioridade de atendimento.

Enf-7. Etapa primordial, primeira avaliação do paciente. Escuta qualificada.

Enf-8. É garantir o princípio de equidade. Dar mais atenção a quem necessita de mais. Significa organizar o atendimento e garantir atenção a todos.

Enf-15. É uma avaliação realizada com pacientes que chegam até a unidade hospitalar, que avalia o seu estado geral.

Enf-17. Método extremamente necessário em todas as unidades de saúde. Para que o direito ao atendimento seja assegurado, conforme o estado de saúde e sua necessidade priorizada.

Enf-20. Essencial, pois através da triagem o atendimento adequado pode ser feito e vidas salvas, porque pela demora no atendimento ao paciente que necessita ser rápido pode prejudicar o prognóstico do paciente.

A triagem assume um importante papel na classificação de risco, associada ao acolhimento tem por finalidade identificar os pacientes que necessitam de atendimento mediato ou imediato, de acordo com o seu potencial de risco, agravos e grau de sofrimento.

Percebe-se que ao solicitar o significado de triagem na urgência e emergência, nota-se que n=16 dentre os entrevistados acertaram. Entretanto 9 foram expostos e 6 não foram por motivos onde as respostas faziam o mesmo sentido. 2 saíram fora do contexto da pergunta e 3 erraram a questão (BRASIL; OLIVEIRA, 2018).

7. CONCLUSÃO

Diante os resultados desta pesquisa, evidenciou-se que é essencial o profissional enfermeiro obter um amplo conhecimento técnico-científico e o desenvolvimento de pensamento crítico e raciocínio clínico. Além de que se torna indispensável que o enfermeiro procure maneiras de atualizações, capacitações para se aperfeiçoar da área de atuação, quanto para área de urgência e emergência a qualquer área de âmbito hospitalar e atenção básica.

Também pode-se demonstrar aos gestores a necessidade de intervenções frente a existência destes fatores e estimula-los a investir em educação permanente para seus profissionais em todos níveis de complexidades, com cursos de capacitação de curta e longa duração e oficinas que instiguem e despertem o interesse para que juntos melhorem mais ainda os atendimentos a saúde, de modo que seja considerada sua diversidade, individualidade e singularidade.

Esta pesquisa, no entanto, é inédita na região do vale do Peixoto de Mato Grosso, fornecendo como base para pesquisas futuras acerca dos conhecimentos dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco. Este estudo possibilitará aos enfermeiros ampliar os conhecimentos sobre a prática de acolhimento com Classificação de Risco, permitindo a prestação de uma assistência com qualidade e agilidade.

Considerando os fatos do estudo conclui-se que a classificação de risco é um fator primordial no âmbito da saúde, principalmente nos setores de urgência e emergência perante a sobrecarga nos dias de hoje. Desde que seja bem implementado, facilitará muito a organização do processo de atendimento.

8. REFERÊNCIAS

CARTER, E. J; POUCH, S. M; LARSON, E. L; **The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review.** J Nurs Scholarsh. 2014.

MARQUES, L. A; CÉSAR, F. C. R; IZIDORO, L. C. R; CABRAL, K. B; SANTOS, L. F; BRASIL, V. V; OLIVEIRA, L. M. D. A. C. **Satisfação de usuários com o acolhimento e classificação de risco em unidades públicas de saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 20. 2018.

SANTOS, Yasmin Almeida Pereira et al. **Papel do enfermeiro no acolhimento à gestante nos serviços de urgência obstétrica: revisão integrativa da literatura.** In: Congresso Internacional de Enfermagem. Vol. 1. No. 1. 2017.

INOUE, K. C, BELLUCCI, T. A; JÚNIOR, J. A; PAPA, M. A. F; VIDOR, R. C; MATSUDA, L. M. **Evaluation of quality of risk classification in emergency services.** Acta Paul Enferm [Internet]. 2015.

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

CAVALCANTE, Anderson Batista et al. **A aplicabilidade da classificação de risco no sistema único de saúde: revisão bibliográfica.** Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT, v. 4, n. 3, p. 11, 2018.

QUARESMA, Adrieli et al. **O papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.** Revista Enfermagem Atual InDerme, v. 87, n. Edição Esp, 2019.

LAURINDO, Maria Vitória et al. **The importance of adapting as basic health units for care of emergencies and emergencies of lower complexity.** Brazilian Journal of Health Review, v. 2, n. 3, p. 1688-1709, 2019.

NOVAES, G. P. M; NASCIMENTO, P. A; AMARAL, S. H. R. **Protocolo de Classificação de Risco Utilizados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) 24 horas: Uma Questão de Humanização.** 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** Brasília, 2006.

ANDRADE, et al. **Organization of the Health System from the perspective of home care professionals.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v.34, n.2, p.111-117, jun. 2013.

ANTUNES, D. D. O; GUIMARÃES, J. P. **A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência.** Caderno Saúde e Desenvolvimento, v.2, n.2, p.25-44, 7 out. 2013.

MORAES-FILHO, Iel Marciano et al. **O papel do enfermeiro frente à implantação Protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência.** Vita et Sanitas, v. 12, n. 1, p. 37-46, 2018.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. **Triagem no serviço de urgência.** Manual do formando. Lisboa: BMJ Publishing Group, 2002.

SOUZA, C. C; ARAÚJO, F. A; CHIANCA, T. C. M. **Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura.** Rev. Esc. Enferm. USP, v.49, n.1, p.144-151, 2015.

QUILETE, J. B; OLIVEIRA, A. L. G; XAVIER, B. L. S; GOMES, S. R. **Acolhimento com classificação de risco no serviço de emergência: tecnologia de cuidado que assegura acesso universal, resolutivo e humanizado no atendimento.** In: IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2009; Recife, Brasil. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ABRASCO; 2009.

PINTO JÚNIOR, Domingos; SALGADO, Patrícia de Oliveira; CHIANCA, Tânia Couto Machado. **Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department.** Revista latino-americana de enfermagem, v. 20, n. 6, p. 1041-1047, 2012.

SILVA, M. F. N; OLIVEIRA, G. N; PERGOLA, A. M; MARCONATO, R. S; BARGAS, E. B; ARAUJO, I. E. M. **Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units.** Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2014

LOPES, D. A. F; BARBOSA, M. S. A; CAHET, A. Q. V. **O Enfermeiro na triagem em classificação de risco em serviços de urgência e emergência: Revisão integrativa.** WebArtigos.2013, 2-4p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010.** Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde, 2010.

LIMA, W. A. **Implantação do acolhimento nas unidades de estratégia de saúde da família no município de Guapé MG: mudanças percebidas pelos profissionais atuantes.** 2011, 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Universidade Federal de Minas Gerais,2011.

CAROLINE GONÇALES, Paula et al. **Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a Emergency Hospital.** Investigacion y educacion en enfermeria, v. 33, n. 3, p. 424-431, 2015.

DURO, Carmen Lúcia Mottin. **Classificação de risco em serviços de urgência na perspectiva dos enfermeiros**. 2014.

SANCHES, G. J. C.; CARVALHO, C. A. P. **Atendimento no serviço de emergência de um hospital regional do nordeste brasileiro**. Arquivos de Ciências da Saúde, v.22, n.2, p.33-37, 13 jul. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria 1600 de 07 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde**.

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

SOUZA, C. C; DINIZ, A. S; SILVA, L. L. T; MATA, L. R. F; CHIANCA, T. C. M. **Nurses perception about risk classification in an emergency service**. Invest Educ Enferm [Internet]. 2014

SOUZA, C. C; TOLEDO, A. D; TADEUS, L. F. R; CHIANCA, T. C. M. **Classification in na emergency room: agrément level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol**. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011; 19(1): p.26-33

TOLOO GS, AITKEN P, CRILLY J, FITZGERALD G. **Agreement be-tween triage category and patient's perception of priority in emergency departments**. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2016.

RONCALLI AA, OLIVEIRA DND, SILVA ICM, BRITO RF, VIEGAS SMDF. **Manchester protocol and user population in the risk assessment: the nurse's view**. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2017.

METRING, ROBERTE A. **Neuropsicologia e aprendizagem: fundamentos necessários para planejamento do ensino**. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

FERRUGINI, Lilian et al. Educação a distância como política de inclusão: um estudo exploratório nos polos do Sistema Universidade Aberta do Brasil em Minas Gerais. **Revista Gestão Universitária na América Latina-GUAL**, v. 6, n. 2, p. 1-21, 2013.

FERREIRA, CARLOS AUGUSTO LIMA. **Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação**. Revista Mosaico, v. 8, n. 2, p. 173-182, 2015.

MACHADO, Maria Helena et al. **Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico**. Enfermagem em foco, v. 7, n. ESP, p. 9-14, 2016.

MORAES-FILHO, Iel Marciano et al. **O papel do enfermeiro frente à implantação Protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência**. Vita et Sanitas, v. 12, n. 1, p. 37-46, 2018.

ARAÚJO, Karina Aparecida de et al. **Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo.** Rev Inst Ciênc Saúde, v. 26, n. 2, p. 183-90, 2008.

LOPES, Crislaine Evangelista et al. **A importância da capacitação do enfermeiro frente ao paciente com risco de suicídio.** ReBIS-Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, v. 1, n. 2, 2019.

SEIGER N, VEEN MV, STEYERBERG EW, LEI JVD, MOLL HA. **Accuracy of triage for children with chronic illness and infectious symptoms.** Pediatrics [Internet]. 2013.

MERCADANTE, Aloizio. **Educação e capacitação técnica e profissional no Brasil.** 2019.

SILVEIRA, Angela Cristina Bonfim da et al. **Acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica.** 2017.

COREN. Emergências saem do preto e branco. **Evolução dos prontos-socorros envolve a implantação da triagem, que utiliza cores para distinguir as prioridades de atendimento.** Enfermagem Revista. 2003. São Paulo.

SUSAN, E; DOMAGALA, J; VETS, B. S. N. **Emergency nursing triage: keeping it safe.** J Emerg Nurs. 2015.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1-
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE
AJES - FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa:
*CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DE MATO GROSSO*

Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que recebe assistência. O objetivo deste estudo é verificar o conhecimento dos enfermeiros referente ao acolhimento e classificação de risco (ACCR).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas que poderão ser formuladas pelos pesquisadores. Os riscos relacionados com sua participação na pesquisa são mínimos, associados ao tempo gasto para as respostas e possível desconforto. As perguntas contidas no instrumento de avaliação sobre ACCR não pretendem trazer nenhum desconforto ou risco para você, já que são perguntas somente para propor discussões com base na sua experiência sobre a temática da área de pacientes em unidades de urgência e emergência. O questionário não tem caráter avaliatório, mas sim de promover estratégias para atualizar-se, ou seja, como benefício o instrumento de pesquisa favorecerá aos enfermeiros rever conceitos e ações frente ao atendimento de pacientes referente ao ACCR, haverá a devolutiva das respostas do questionário pelo pesquisador que se comprometerá em esclarecer dúvidas dos participantes, a pesquisa poderá contribuir para melhora da prática assistencial e futuras pesquisas sobre a temática em questão.

Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e será garantido o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Meu

nome é BRUNO FELIPE OLIVEIRA PEREIRA, acadêmico de Enfermagem da AJES de Garantã do Norte, Cel. (66) 99678-4270, e-mail: brunoofelipe269@hotmail.com. Meu orientador é: WLADIMIR RODRIGUES FAUSTINO, enfermeiro, docente da AJES de Garantã do Norte, Cel. (66) 98113-2819.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado (a) por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação **AUTORIZO** a publicação.

Eu.....

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE 2- QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS ENFERMEIROS

Perfil socioeconômico e profissional dos enfermeiros

1. Gênero: HOSPITAL 1() HOSPITAL 2 ()

[] Masculino [] Feminino [] Outros _____

2. Idade: HOSPITAL 1() HOSPITAL 2 ()

[] 20 |----- 30 anos [] 31 |----- 40 anos [] 41 |----- 50 anos

[] 51 |----- 60 anos [] 61 |----- 70 anos

3. Tempo de trabalho na instituição: HOSPITAL 1() HOSPITAL 2 ()

[] 1 |----- 5 anos [] 6 |----- 10 anos [] 11 |----- 20 anos [] 20 |----- 30 anos

4. Tempo de profissão na enfermagem: HOSPITAL 1() HOSPITAL 2 ()

[] 1 |----- 5 anos [] 6 |----- 10 anos [] 11 |----- 20 anos

[] 21 |----- 30 anos [] 31 |----- 40 anos

5. Nível de formação: HOSPITAL 1() HOSPITAL 2 ()

[] Graduado [] Especialista [] Mestrado [] Doutorado

APÊNDICE 3- QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS ENFERMEIROS

Questões associadas ao conhecimento dos profissionais enfermeiros referente ao acolhimento com classificação de risco

- 1. Descreva no seu entendimento o significado de Triagem na urgência e emergência? Hospital 01 () Hospital 02 ()**

- 2. Descreva qual a diferença entre urgência e emergência? Hospital 01 () Hospital 02 ()**

- 3. O que significa a sigla ACCR? Hospital 01 () Hospital 02 ()**

- 4. Qual o objetivo da ACCR? Hospital 01 () Hospital 02 ()**

5. Qual protocolo é utilizado para a classificação de risco no hospital em que você trabalha? Hospital 01 () Hospital 02 ()

6. Qual é a diferença entre o protocolo de Manchester e o adaptado pelo SUS no PNH? Hospital 01 () Hospital 02 ()

7. Trabalha ou já trabalhou com Classificação de Risco? Hospital 01 () Hospital 02 ()

Sim Não

8. Você se sente preparada (o) para classificar os pacientes? Hospital 01 () Hospital 02 ()

Sim Não

9. Se a resposta anterior for positiva, onde adquiriu este preparo? Hospital 01 () Hospital 02 ()

Em curso específicos Em palestra Na graduação
 Na prática cotidiana Outros. Especificar: _____

10. Existe alguma barreira que dificulte a sua classificação de risco? Hospital 01 () Hospital 02 ()

Sim, qual? _____ Não

11. Você conhece o Protocolo de Manchester?

Hospital 01 () Hospital 02 ()

Sim

Não

12. Se a resposta anterior for SIM, descreva as cores e o tempos do protocolo de Manchester

13. Se a resposta anterior for NÃO, descreva as cores e os tempos do protocolo que você utiliza?
