



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMACIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA GORETTI SOARES MONTEIRO

**EFEITO DO TREINAMENTO NO CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS SOBRE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

FORTALEZA

2012

MARIA GORETTI SOARES MONTEIRO

**EFEITO DO TREINAMENTO NO CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS SOBRE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem na Promoção da Saúde.

Área Temática: Cuidado às pessoas com problemas neurológicos.

Orientadora: Prof^a Dr^a Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M778e

Monteiro, Maria Goretti Soares.

Efeito do treinamento no conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco em unidade de urgência e emergência. / Maria Goretti Soares Monteiro. – 2012.
126 f.: il. color., enc.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem; Fortaleza, 2012.

Área de concentração: Cuidado de Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.

1. Acolhimento. 2. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 3. Enfermagem em Emergência. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.7361

MARIA GORETTI SOARES MONTEIRO**EFEITO DO TREINAMENTO NO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Estudo quantitativo com o objetivo geral de *Avaliar o efeito do treinamento no conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco em unidade de urgência e emergência em um hospital de referência no município de Fortaleza – CE.*

Aprovada em: ___/___/2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará- UFC

Prof^a. Dr^a. Lorena Barbosa Ximenes (1^o Membro)
Universidade Federal do Ceará- UFC

Dr^a. Luciene Miranda de Andrade (2^o Membro)
Instituto Dr. José Frota

Dedico este trabalho

Aos meus pais, Stenio e Lourdes, pelos ensinamentos, apoio e determinação que me guiaram até aqui.

Aos meus filhos, João Neto, Juliana e Marcos, por saberem compreender e terem paciência com meus momentos de ausência e por estarem firmes ao meu lado.

Aos meus netos, João Lucas, Ana Julia e Bernardo, continuidade do meu ser e razão maior do meu existir.

In Memoriam

Ao meu esposo, José Maria, que partiu prematuramente, mas durante o tempo em que estive comigo sempre foi dedicado, paciente, amoroso, e sempre me incentivou, acreditando nas minhas potencialidades.

Sua indelével presença, durante este percurso, me incentivou a chegar ao fim.

Sua lembrança e sabedoria sempre estarão comigo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, pela sua grandeza de espírito e por sua paciência inesgotável durante todo o caminhar do meu mestrado. Obrigada, querida mestra, pela confiança em mim depositada. Pela cumplicidade na defesa das minhas idéias e compreensão nos momentos complicados, por mostrar que paciência e tolerância fazem parte do crescimento profissional, e principalmente pela amizade que me dedica. Espero ter feito jus à sua dedicação e competência como orientadora.

AGRADECIMENTOS

A Deus , pois com Ele tudo é possível.

À Prof^a Dr^a Lorena Barbosa Ximenes, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos com a obtenção da titulação de Mestre.

À Universidade Federal do Ceará e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Às Professoras Dr^a. Lorena Barbosa Ximenes e à Dr^a Joselany Áfio Caetano, pelas valiosas contribuições por ocasião do processo de qualificação.

Ao Dr. Messias Barbosa Lima, Superintendente do Hospital Instituto Dr. José Frota, pela oportunidade oferecida para a realização deste trabalho.

À equipe de trabalho do Centro de Estudos e Pesquisa do Hospital Instituto Dr. José Frota, pelo apoio e disponibilidade durante a fase da coleta de dados.

Aos enfermeiros do Hospital Instituto Dr. José Frota, pela cooperação no percurso deste estudo.

À Universidade de Fortaleza – UNIFOR, em especial ao corpo docente e aos funcionários do Curso de Enfermagem, por me forneceram todas as condições para o alcance desta conquista.

Ao Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica – NUPEN, onde pude aprimorar meus conhecimentos sobre Enfermagem Neurológica, lesão medular e pesquisa científica.

Aos amigos e colegas enfermeiros Prof^{as}. Luciene Miranda, Angela Uchôa, Joelzila Mara, Jacqueline Dantas, Rita Neuma, Islene Victor, Terezinha Albuquerque, Debora Guerra, Tatiana Coletti e Joelna Veras, ao médico Glaydson Assunção, pela

amizade, carinho, disponibilidade e, especialmente, pela contribuição inestimável durante o treinamento realizado no estudo.

A todos aqueles que direta ou indiretamente foram importantes à realização desta pesquisa, o meu muito obrigado!

*O conhecimento científico é o resultado de uma
tensão entre o nosso conhecimento e a nossa
ignorância. Aprendemos com nossos erros e o
conhecimento avança unicamente por meio do
enfrentamento de um obstáculo.*

Cecília Carvalho, 1995

RESUMO

MONTEIRO, M.G.S. Efeito do treinamento no conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco em unidade de urgência e emergência. 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa Pós-Graduação Departamento de Enfermagem - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

Os serviços de urgência e emergência constituem importantes componentes do sistema nacional de saúde, destinados ao atendimento de pacientes com afecções agudas, com ou sem risco de morte, exigindo profissionais preparados para oferecer assistência imediata aos clientes. Deste modo, os profissionais que atuam nessas unidades deveriam receber treinamento específico. Objetivou-se avaliar o efeito do treinamento no conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco em unidade de urgência e emergência. Trata-se de um estudo de delineamento pré-experimental, modelo pré-teste / pós-teste com um único grupo, enfocando o efeito de um treinamento em acolhimento com classificação de risco. A pesquisa foi realizada em um hospital público municipal de urgência e emergência, situado na cidade de Fortaleza-CE. A população foi composta por enfermeiros com escala de plantão na unidade de emergência e seguindo os critérios de inclusão e exclusão a amostra ficou constituída por 30 enfermeiros. Como instrumento utilizou-se um questionário autoaplicativo (pré e pós-treinamento). Os dados foram digitados em uma base de dados no Microsoft Access 2002 e, após digitação, foram exportados para o programa estatístico STATA v.8 para tratamento e geração dos resultados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará - COMEPE sob o Protocolo nº 108/11. Os resultados apontam que o grupo foi constituído em sua totalidade pelo sexo feminino onde a maioria (66,6%) tinha idade superior a 40 anos e eram casadas ou em união estável (56,6%). Quanto ao tempo de graduação em Enfermagem, 73,3% computaram período igual ou superior a dezesseis anos e 90% tinham concluído uma especialização. O grupo apresentava atuação em Enfermagem igual e superior a dezesseis anos (66,7%), com tempo de serviço em emergência de até cinco anos (53,3%). Identificou-se que 76,6% das enfermeiras trabalham em outra (s) instituição (ões). Deste modo, encontrou-se uma Carga Horária (CH) semanal de trabalho igual ou superior a quarenta horas em

63,6%. Na análise relacionada à prática do acolhimento com classificação de risco houve um aumento significativo da primeira para a segunda etapa quanto aos acertos, ficando essa mudança mais perceptível nas questões: C1 (de 63,3% para 90%); C2 (de 50% para 83,3%); C4 (de 43,3% para 73,3%); C5 (de 46,7% para 73,3%); C6 (de 3,3% para 40%) e C12 (de 16,7% para 56,7%). Nas questões associadas às situações de urgência e emergência não foram identificadas mudanças expressivas. Somente em alguns casos as mudanças foram positivas na avaliação do conhecimento: C3 (de 66,7% para 80%); C15 (de 33,3% para 50%); C16 (de 83,3% para 96,7%); C17 (de 46,7% para 76,7%) e C25 (de 53,3% para 66,7%). Nas quinze questões que abordaram a classificação de risco observou-se que na primeira etapa somente uma questão (6,6%) teve percentual de acerto igual ou superior a 50% (D10 – 83,3%). Na segunda etapa esse quantitativo cresceu para cinco questões (33,3%): D1 (66,7%); D3 (60%); D10 (90%); D11 (56,7%) e D14 (50%). É possível inferir que o treinamento contribuiu para mudar o nível de conhecimento dos enfermeiros, contudo ainda há necessidade de a instituição implementar programas de educação continuada, favorecendo a qualificação de seus profissionais, proporcionando aos seus clientes um atendimento eficiente e de qualidade.

Descritores: Acolhimento. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Enfermagem em Emergência. Enfermagem.

ABSTRACT

MONTEIRO, M.G.S. Effect of training on nurses' knowledge of host-rated risk in urgent and emergency unit. 2012. 125 f. Dissertation (Master's in Nursing) - Program Post Graduation Department of Nursing - College of Pharmacy, Dentistry and Nursing, Federal University of Ceará, Fortaleza, 2012.

The urgent and emergency care services are important components of the national health system, destined for the treatment of patients with acute illnesses, with or without risk of death, demanding professionals prepared to offer immediate assistance to the customers. Thus, professionals who work in these units should receive specific training. This study aimed to evaluate the effect of training on nurses' knowledge of host-rated risk in urgent and emergency unit. This is a pre-experimental design study, pretest / post-test model with a single group, focusing on the effect of training in host-rated risk. The research was conducted in a public and municipal urgent and emergency hospital, located in Fortaleza-CE. The population consisted of nurses on duty in the emergency department and following the inclusion and exclusion criteria the sample consisted of 30 nurses. As an instrument it was used a self-administered questionnaire (pre and post-training). Data were entered into a database in Microsoft Access 2002 and after typing, were exported to STATA v.8 statistical software for treatment and generation of results. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Ceará - COMEPE under Protocol No. 108/11. The results indicate that the group was formed in its entirety by the female where the majority (66.6%) were older than 40 years and were married or in a stable relationship (56.6%). Regarding time undergraduate nursing, 73.3% computed period of not less than sixteen years and 90% had completed a specialization. The group presented practice in nursing for sixteen years and over (66.7%) with length of service in emergency up to five years (53.3%). It was found that 76.6% of nurses working in other (s) institution (s). Thus, it was found a weekly workload less equal or superior to forty hours in 63.6%. In the analysis related to the practice of host-rated risk there was a significant increase from the first to the second stage regarding to the hits, getting the most noticeable change in the questions: C1 (from 63.3% to 90%), C2 (50% to 83.3%), C4 (43.3% to 73.3%), C5 (46 7% to

73.3%), C6 (from 3.3% to 40%) and C12 (from 16.7% to 56.7%). In questions related to urgent and emergency situations there were not identified significant changes. Only in some cases the changes were positive in the evaluation of knowledge: C3 (from 66.7% to 80%), C15 (from 33.3% to 50%), C16 (83.3% to 96.7%) , C17 (from 46.7% to 76.7%) and C25 (53.3% to 66.7%). In the fifteen questions addressing to the classification of risk it was observed that at the first stage only one question (6.6%) had hit percentage of less than 50% (D10 - 83.3%). In the second step this number increased to five questions (33.3%): D1 (66.7%), D3 (60%), D10 (90%) D11 (56.7%) and D14 (50%). It is possible to infer that the training helped to change the level of nurses' knowledge however there is still need for the institution to implement continuing education programs favoring its professional qualification providing customers with efficient and quality services.

Key words: Hosting. Health Human Resources Capacitation. Emergency Nursing. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características sociodemográficas das enfermeiras que responderam às avaliações do conhecimento sobre urgência/emergência e acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência/emergência do Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.	65
Tabela 2 Características funcionais das enfermeiras que responderam as avaliações do conhecimento sobre urgência/emergência e acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência/emergência do Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.	67
Tabela 3 Características relacionadas a aperfeiçoamento técnico/qualificação dos enfermeiros que participaram do treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.	68
Tabela 4 Distribuição dos totais de acertos e erros das questões pelo total de respondentes, relacionadas à avaliação da prática de acolhimento com classificação de risco durante as etapas pré e pós-treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.	70
Tabela 5 Distribuição dos totais de acertos e erros das questões pelo total de respondentes, relacionadas à avaliação da classificação de risco durante as etapas pré e pós-treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.	71
Tabela 6. Distribuição do valor médio de pontos obtidos na 1ª e 2ª etapas do treinamento relacionados às variáveis de formação e experiência profissional. Fortaleza – CE, 2011.	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos totais de acertos e erros antes e após intervenção.	72
Gráfico 2. Distribuição dos totais de acertos e erros antes e após intervenção das questões específicas para o desenvolvimento das práticas de acolhimento e classificação de risco (PACR).	74
Gráfico 3. Distribuição dos totais de acertos e erros antes e após intervenção das questões específicas das práticas de Classificação de Risco (CR).	75

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Medidas descritivas dos totais de acertos e erros das questões relacionadas à avaliação da classificação de risco durante as etapas pré e pós-treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011. 73
- Quadro 2** Medidas descritivas dos totais de acertos e erros das questões relacionadas à avaliação da classificação de risco durante as etapas pré e pós-treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011. 74
- Quadro 3** Medidas descritivas dos totais de acertos e erros das questões relacionadas à avaliação da classificação de risco durante as etapas pré e pós-treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011. 76

LISTA DE ABREVIATURAS

ACCR - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ATS - AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE
ESI – EMERGENCY SEVERITY INDEX
CEPESQ – CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS
CH – CARGA HORÁRIA
CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
COREN – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
COMEPE - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CONEP – CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA
CR – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
CTAS – CANADIAN TRIAGE ACUITY SCALE
GPT – GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM
GBACR – GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
IJF – INSTITUTO DR JOSÉ FROTA
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE
MTS – MANCHESTER TRIAGE SYSTEM
PACR – PRATICAS DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PNHAH – PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR
PNAU – POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS
PSF - PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA
RDC – RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA
SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1 O problema, a justificativa e a relevância do estudo	20
2. OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo Geral	29
2.2 Objetivos Específicos	29
3. REVISÃO DE LITERATURA	31
3.1 Os serviços de atendimento às urgências e emergências	31
3.2 Humanização e o Acolhimento com Classificação de Risco	36
3.3 A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência e a classificação de risco	44
3.4 Formação em urgência e emergência: desafio para a promoção da saúde	48
4. METODOLOGIA	54
4.1 Tipo de estudo	54
4.2 Caracterização do local do estudo	54
4.3 População-alvo e amostra	56
4.4 Instrumentos	56
4.5. Coleta de dados	59
4.6 Descrição das variáveis	61
4.7 Análises dos dados	62
4.8 Aspectos éticos	63
5. RESULTADOS	65
6. DISCUSSÃO	82
7. CONCLUSÕES	92
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Questionário identificação do conhecimento	107
APÊNDICE B - Roteiro para Treinamento	112
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido	113
ANEXOS	
ANEXO A - Protocolo de Classificação de Risco do Instituto Dr. Jose Frota	115
ANEXO B - Folder do Treinamento	124
ANEXO C - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa COMEPE UFC	126

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema, justificativa e relevância

Os serviços de urgência e emergência constituem importantes componentes do sistema nacional de saúde, destinados ao atendimento de pacientes com afecções agudas, com ou sem risco de morte, exigindo profissionais preparados para oferecer assistência imediata aos clientes. Organizados para disponibilizar esse atendimento, com procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esses serviços configuram-se, muitas vezes, como a principal referência da população que busca assistência médica (GARCIA; FUGULIN, 2010).

Esses serviços públicos ou privados são responsáveis pelo componente mais importante da assistência à saúde, que é atender as situações de urgência e emergência. O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.451, de 10/03/1995, define essas situações como: Situação de Urgência: “Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”; e Situação de Emergência: “Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto tratamento médico imediato” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

A utilização destes termos vem sendo questionada pelo Ministério da saúde, dada a semelhança dos significados e ao grande número de dúvidas que esta ambivalência de terminologia suscita, visto que, as duas situações demandam atendimento imediato, sugerindo a não diferenciação dos termos e recomendando a utilização do termo “**urgência**”, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, respeitando a classificação de gravidade ou “grau de urgência”, definindo prioridade de atendimento dos casos (BRASIL, 2006a).

A caracterização do atendimento por gravidade e complexidade, é prevista pelo Ministério da Saúde, na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 que estabelece como uma das atribuições aos estabelecimentos assistenciais de saúde sejam eles, pronto atendimento, pronto socorro ou unidades hospitalares, a prestação de atendimento imediato de assistência à saúde - atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência) (BRASIL, 2011).

No Brasil, a assistência às urgências e emergências se dá, ainda hoje, nos tradicionais prontos-socorros, estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos 24 horas, esses serviços funcionam como porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência, superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população (BRASIL, 2006a).

Essa superlotação se deve, também, ao crescimento do número de acidentes e de violência urbana, que acrescido à insuficiente estruturação da rede assistencial e sua baixa resolutividade, contribui de forma substancial para a sobrecarga dos serviços de atendimento de urgência e emergência disponibilizados à população. Isso tem transformado essa área de atendimento numa das mais problemáticas do sistema de saúde (BRASIL, 2006a). Muitas vezes esses serviços representam um verdadeiro espelho da situação de miséria da sociedade: baleados, suicidas, violentados e politraumatizados caracterizam a grande parcela dos usuários, vítimas da imprudência e da desinformação, entre outros males (DAL PAI; LAUTERT, 2005).

Para Chiara, Cimbanassi e Pastore Neto (2009), os serviços de prontos-socorros representam diariamente um desafio onde se trabalha no limite, em ambiente angustiante, muitas vezes hostil e tenso. Constantemente se admitem pacientes em situação crítica com risco de vida iminente, exigindo dos profissionais que atuam nesse serviço ações rápidas, específicas e que têm como finalidade a recuperação.

A imprevisibilidade, o ritmo acelerado de trabalho, a vigilância constante e a sobrecarga física para o atendimento adequado na busca pela manutenção da vida caracterizam esse cenário, tornando-o um ambiente estressante e desumano (DAL PAI; LAUTERT, 2005). Essas características influenciam na qualidade da assistência prestada, demonstrando a necessidade de ações concretas para reverter essa situação.

Preocupado com o atendimento pouco humanizado nas unidades hospitalares, o Governo federal, em maio de 2000, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil. Melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições é o objetivo fundamental do programa, que busca também aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001).

Esse Programa foi substituído, em 2004, por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência, e não mais um programa específico intitulado “Humaniza SUS” (DESLANDES, 2004). Na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS – a humanização é vista como uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS e entende a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Neste sentido, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão são alguns valores que norteiam essa política (BRASIL, 2004a).

Para o acompanhamento da implementação dessa política, um dos parâmetros recomendados foi garantir que a demanda nos serviços de pronto-socorro, urgência e emergência, pronto-atendimento e outros, fosse acolhida através de critérios de classificação de risco, além de garantir o acesso referenciado aos demais níveis de assistência (BRASIL, 2004a). Em vista disso foi lançada a cartilha Acolhimento com avaliação e classificação de risco, que dava as recomendações para a implantação dessa estratégia de humanização.

Em 2005, a Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza adotou o “Humaniza SUS Fortaleza”, que visa à implantação e ativação dos grupos de trabalhos dos projetos de humanização cujas metas estão incluídas na Política Municipal de Humanização. Nesse direcionamento foi desenvolvido um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, que passou a ser implementado a partir de 2008, em todos os hospitais municipais da cidade de Fortaleza (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2008).

Ratificando suas recomendações, no ano de 2009, o Ministério da Saúde lançou a cartilha Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, mediante a qual espera disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e gestão no campo da saúde. Leva em consideração que o acolhimento com classificação de risco é um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de emergência que permite e instiga diversas mudanças na prática e que é um importante instrumento na construção das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

Essa cartilha se refere ao acolhimento como ato ou efeito de acolher. Expressa uma ação de aproximação, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém, responsabilizando-se. (BRASIL, 2009). O acolhimento deve ser uma ação que permeia qualquer relação entre o profissional de saúde e o usuário. Todos os envolvidos nesse processo de atendimento devem ser receptivos, acolhedores e, sobretudo, resolutivos (SHIROMA, 2008). Portanto, o acolhimento deve ser entendido como uma das diretrizes de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica de escuta na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolução do serviço (BRASIL, 2009).

A classificação de risco é considerada um dispositivo de humanização do atendimento, na medida em que o atendimento deve ser priorizado de acordo com a gravidade clínica, e não com a ordem de chegada ao serviço. É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, de agravos à saúde ou conforme o grau de sofrimento (BRASIL, 2004a).

O acolhimento com classificação de risco implica a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, visando à atenção centrada no nível de complexidade. Assim, exerce-se uma análise (avaliação) sob a ótica de um protocolo pré-estabelecido e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2004a).

Sobre esse tema Abbês e Massaro (2011) apontam o acolhimento com classificação de risco como um dispositivo técnico-assistencial disparador de reflexões e mudanças no modo de operar a assistência prestada de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento, e não de forma impessoal e por ordem de chegada. Contudo, observam-se problemas que interferem nessa assistência, como áreas físicas pequenas, grandes filas e alta demanda, que ocasionam estresse tanto nos profissionais como nos doentes e seus familiares, além disso, Ramos e Lima (2003) referem que algumas vezes, há recursos financeiros e materiais suficientes para a realização de um atendimento de qualidade, porém falta qualificação adequada dos profissionais.

Ainda sobre o Acolhimento com Classificação de Risco, a recomendação do Ministério da saúde é que esta é uma atividade, que deve ser realizada por um profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e protocolos pré-estabelecidos (BRASIL, 2004c).

Destes profissionais, destaca-se o enfermeiro, que segundo Souza (2009) tem sido indicado para ser o responsável por classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência. Conforme o Ministério da Saúde, esse profissional deve preferencialmente ter experiência em serviço de emergência e capacitação específica para a atividade proposta (BRASIL, 2009). Desta forma, para exercer essa atividade o enfermeiro necessitará de ferramentas que lhe deem apoio e segurança para um desempenho adequado, contribuindo para a mudança no cenário do atendimento de urgência e emergência.

Para realizar uma mudança, como é o caso da implantação do acolhimento com classificação de risco, se faz necessário que os profissionais, em especial os enfermeiros, sejam devidamente treinados. O treinamento em serviço deve complementar a formação de recursos humanos, provendo conhecimentos básicos e avançados, habilidade na avaliação do paciente, julgamento clínico e competência na aplicação de técnicas e manuseio de equipamentos (GENTIL; MALVESTIO, 2009).

A atualização técnico-científica dos trabalhadores é uma das estratégias de qualificação das práticas profissionais. Qualificá-las passa pela reflexão crítica sobre o trabalho, permitindo a sua transformação e a reorganização dos processos de trabalho por meio da problematização das experiências. Essas estratégias são permeadas por aspectos que vão além de habilidades técnicas e conhecimento, passando pela subjetividade e pelas relações estruturadas entre as pessoas envolvidas nos processos de atenção à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Tacsi e Vendruscolo (2004) esclarecem que a unidade de emergência é uma das principais áreas que exigem da equipe de saúde agilidade de decisão em situações imprevistas. Deste modo, os profissionais que atuam nessas unidades deveriam receber treinamento específico, tanto técnico e científico quanto uma educação continuada voltada para o autoconhecimento, pois o trabalho exige deles domínio de suas próprias emoções e conhecimento de seus limites e possibilidades.

A experiência acumulada ao longo dos anos como enfermeira de um hospital público municipal que é referência no atendimento a vítimas de traumas, no Estado do Ceará, sendo que oito anos foram vivenciados na unidade de emergência, deu-me a oportunidade de acompanhar a dinâmica da unidade de emergência nesse serviço. Apesar de a unidade de emergência do hospital, cenário deste estudo, já ter sofrido várias mudanças estruturais e processuais com a finalidade de promover maior qualidade na assistência aos clientes que buscam esse setor, observa-se uma lacuna no que se refere à capacitação dos enfermeiros para o atendimento à clientela utilizando o acolhimento com classificação de risco.

Em 2010, os profissionais envolvidos no Curso de Especialização em Gestão de Cuidado de Pacientes Críticos, promovido pelo Ministério da Saúde em

parceria com o Instituto Dr. José Frota, iniciaram estudos sobre a viabilidade de implantação do acolhimento com classificação de risco. Em janeiro de 2011 aconteceu a implantação da proposta, após sua apresentação aos enfermeiros em um encontro com duração de quatro horas.

Um estudo realizado por Carvalho, Monteiro, Freitas, Campos, Lima, Coelho e Magalhães (2011), acerca do conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco em urgência e emergência, evidenciou o pouco conhecimento desses profissionais sobre a temática. Estes citaram a ausência de atividades que ofereçam orientações, direcionamentos e treinamentos sobre a implementação do acolhimento como um dos principais motivos para a falta desse conhecimento, apontando para a necessidade de treinamento sobre o tema.

Com base no exposto, o estudo ora apresentado busca responder ao seguinte questionamento: Qual o efeito de um treinamento no conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência e emergência?

Para responder este questionamento elaborou-se a seguinte hipótese: Um treinamento sobre acolhimento com classificação de risco em urgência e emergência é capaz de melhorar o conhecimento dos enfermeiros.

O presente estudo justifica-se por ser o Acolhimento com Classificação de Risco uma Política Nacional de atendimento às urgências e emergências, a qual preconiza que o profissional enfermeiro exerce um papel de relevância na sistemática do atendimento, influenciando diretamente na qualidade de assistência e no processo de humanização. A recomendação para capacitação de recursos humanos contida no Programa Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde aponta que é essencial que os profissionais estejam qualificados para a efetividade em sua atuação, visto que os aparelhos formadores oferecem insuficiente formação para o enfrentamento das urgências (BRASIL, 2006a).

Assim sendo, acredita-se que realizar a capacitação dos enfermeiros acerca do acolhimento com classificação de risco é de grande significância, pela possibilidade de se elaborarem propostas voltadas à reconstrução de uma prática

integral e humanizada no ambiente de atendimento de urgência e emergência, como proposto pelo PNHAH (BRASIL, 2001).

Acredita-se, ainda, que o estudo contribuirá para a promoção de um atendimento individualizado e qualificado, pois se realizando adequadamente a classificação de risco haverá melhor direcionamento do cuidado. Isso contribuirá para a diminuição do risco de mortes evitáveis, redução das intercorrências, diminuição do tempo de internamento hospitalar, minimização de sequelas e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida dos usuários e profissionais.

Objetivos

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar o efeito do treinamento no conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco em unidade de urgência e emergência em um hospital de referência no município de Fortaleza – CE.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os enfermeiros que atuam em unidades de urgência e emergência de um hospital de referência no município de Fortaleza – CE.
- Implementar um treinamento aos enfermeiros de um serviço de urgência e emergência em um hospital de referencia no município de Fortaleza – CE;
- Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco antes e após a participação no treinamento;
- Verificar a associação entre as variáveis: tempo de formação, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de trabalho em urgência e emergência, tempo de trabalho na instituição local do estudo, participação em atividades de educação continuada, contribuição das atividades na sua pratica em urgência e emergência e, o total de acertos das respostas do acolhimento e classificações de risco feitas pelos enfermeiros antes e após o treinamento.

Revisão de Literatura

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Os serviços de atendimento às urgências e emergências

A finalidade dos serviços de atendimento de urgência e emergência é receber e atender, de modo adequado, os pacientes que requerem cuidados emergenciais ou urgentes, sendo objetivo do atendimento realizar rápida avaliação do paciente, estabilizá-lo e admiti-lo imediatamente no hospital ou liberá-lo após decisão médica (GODOY, 2010; ROTSTEIN, 2002).

Morales (2001) refere que o principal objetivo desses serviços é prestar assistência adequada às situações que põem em perigo a saúde ou vida das pessoas, diminuindo a mortalidade e as sequelas incapacitantes causadas por lesões ou doenças atribuíveis às situações de urgência e emergência. Para tanto devem garantir elementos necessários, como recursos humanos, infraestrutura e equipamentos e materiais que dão suporte ao atendimento de modo a assegurar uma assistência integral e com qualidade.

Estes serviços, em geral, existem em hospitais de médio ou grande porte, tem características próprias, seja de planta física, de pessoal e/ou materiais, são considerados locais apropriados ao atendimento imediato aos pacientes em situação de urgência e emergência, graves e potencialmente graves, que necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados, preparados para o seu atendimento e recuperação (SALLUM; PARANHOS, 2010; CARNEIRO, 2008).

Como foi dito anteriormente, a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos hospitais e nas unidades de pronto-atendimento abertos 24 horas. Esses serviços respondem por situações que vão desde aquelas de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade (DESLANDES; MINAYO; OLIVEIRA, 2007).

As unidades de urgência e emergência, historicamente, são consideradas a referência para tratamento de todo e qualquer caso pela população em geral. Por ser um serviço com atendimento rápido e resolutivo, passam a entender não apenas o paciente em risco de morte, mas também funcionam como alternativa para a falta de retaguarda na atenção básica para quem procura agilidade e resolutividade de tratamento (SOUZA; BASTOS, 2008).

Um estudo realizado por Furtado, Araújo Jr e Cavalcanti (2004), no serviço de emergência de um hospital geral de Pernambuco, constatou que em um número elevado de atendimentos, 74% deles eram inadequados, não caracterizando urgências. Além das queixas típicas da atenção básica, foram suscitadas algumas explicações tais como: suposição, por parte da população, de que o médico deste serviço é mais experiente, aumento do número de agravos crônicos à saúde, acesso mais fácil do que ao serviço de atenção primária, desinformação da população sobre o funcionamento dos serviços de emergência e consultas negadas na assistência primária, dentre outros.

Outro estudo realizado em um pronto-atendimento do hospital universitário de Maringá concluiu que um número expressivo dos atendimentos (56,7%) foi considerado como falsa demanda, que poderia ser resolvida na rede básica. Os principais motivos para a procura de atendimento neste serviço foram: a resolução do problema de saúde, a rapidez do atendimento e a proximidade da residência (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002).

Nesse contexto, a incapacidade dos serviços básicos e secundários de saúde em absorver a demanda de primeiro atendimento em cuidados de saúde, demonstrando a insuficiente estruturação da rede assistencial, leva à superlotação dos serviços de urgência e emergência do Brasil, com demandas que se misturam: paciente com real situação de urgência e emergência, pacientes com necessidade de atendimento de baixa complexidade juntos no mesmo ambiente, o que dificulta a visualização e o estabelecimento de prioridades de atendimento (SOUZA; BASTOS, 2008; BRASIL, 2004a).

Valentim e Santos (2009), Pires (2003) e O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009) referem que o aumento da demanda nos serviços de emergência é mundial, não

sendo exclusivo dos países pobres ou em desenvolvimento, estando presente em países como Reino Unido e Canadá. Nos Estados Unidos da América o número de pacientes nos serviços de urgência está aumentando, desencadeado por alguns fatores como: envelhecimento da população, aumento no número de pacientes sem seguro, dificuldades de acesso aos cuidados primários, diminuição de locais para atendimento de emergência e leitos hospitalares de retaguarda, além da escassez de pessoal de enfermagem (GILBOT; TANABE; TRAVERS; ROSENAU; EITEL, 2005).

No Brasil, nos últimos anos, a crescente demanda por serviços nessa área foi desencadeada por vários fatores, tais como: alterações demográficas com o envelhecimento da população; aumento das doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis; crescimento do desemprego; aumento do número de acidentes e da violência urbana e insuficiente estruturação da rede. Esses fatores têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população (ROCHA, 2005; BRASIL, 2002b).

O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009) referem que atualmente os serviços de emergência no Brasil funcionam acima de sua capacidade instalada, com taxa de ocupação além de 100%, com excesso de demanda, com demanda inadequada, sem leitos de retaguarda, com número de profissionais insuficientes e despreparados, sem treinamento ou reciclagem e gerenciamento precário de recursos financeiros e organizacionais. Garlet, Lima, Santos e Marques (2009) ratificam essas observações, afirmando que as questões de organização e gestão fazem com que essa unidade nem sempre conte com condições adequadas de trabalho, em termos de quantidade de pessoas e recursos materiais, para a realização de assistência qualificada e humanizada.

Andrade, Martins, Caetano, Soares e Bezerra (2009) afirmam, ainda, que as especificidades da unidade de urgência e emergência induzem os profissionais a se posicionarem de maneira impessoal. Este fato, aliado à alta demanda, às deficiências estruturais do sistema de saúde, à fragmentação do cuidado e à falta de filosofia de trabalho e de ensino voltados para a humanização, dificulta a atuação de forma humanizada e qualificada, gerando insatisfação tanto aos usuários quanto aos profissionais de saúde.

Por não conseguirem oferecer uma qualidade ideal no atendimento dos pacientes, os serviços de atendimento de urgência e emergência são frequentemente foco de problemas, atraindo a atenção e a preocupação da comunidade. Neste sentido, podem ser citadas várias causas: esses serviços passaram a ser o principal acesso dos pacientes à assistência; o crescimento, nos últimos anos, da gravidade dos pacientes; o surgimento de novas patologias e a impossibilidade de a estrutura hospitalar absorver a totalidade da demanda das emergências (MACHADO, 2007). Isso tem transformado essa área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde, atraindo a atenção e a preocupação da população e gestores do sistema de saúde (BRASIL, 2002b).

Diante da problemática relacionada à complexa realidade que permeia os serviços de atenção à saúde da população, em especial o atendimento de urgência e emergência, o Ministério da Saúde vem historicamente implantando várias políticas e programas com o objetivo de difundir conceitos, diretrizes e ações nessa área. Por exemplo, em 2001, foi criado o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH), cujo objetivo fundamental é aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, profissionais entre si e hospital e comunidade, com vistas a melhorar a qualidade e eficácia dos serviços (BRASIL, 2001).

No contexto do atendimento às urgências e emergências, considerando esta área um importante componente da assistência à saúde, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 2048/GM, de 05/11/2002, que dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência, estabelecendo princípios e diretrizes, normas e critérios de funcionamento, cadastramento e classificação dos serviços que compõem este sistema. Enfatiza a necessidade de ordenar o atendimento às urgências e emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002b).

Em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU, através da Portaria GM Nº 1.863, de 26/09/2003, pautada, sobretudo, na necessidade de estruturar uma rede de serviço regionalizado e hierarquizado de cuidados integrais às urgências previstas na Portaria ministerial que instituiu os

sistemas estaduais de urgências e emergências, cujos componentes fundamentais são:

- Adoção de estratégias para a promoção de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências;
- Organização de redes de atenção integral às urgências, como o Pré-Hospitalar fixo; o Pré-Hospitalar Móvel: o Atendimento Móvel de Urgências; o Componente Hospitalar e o Componente Pós-Hospitalar;
- Instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;
- Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção e orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2006a).

Tacsi (2007) considera que, embora a política exista no cotidiano dos processos de trabalho, ainda há fragilidades e mudanças incipientes, pois o desenvolvimento de novas formas de atendimento ocasiona mudanças na cultura das instituições. O reconhecimento da efetividade da mudança será constatado através de avaliações. No meu entender, essas avaliações fornecerão os dados que evidenciarão a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias que qualifiquem a assistência à saúde e, em especial, às urgências e emergências.

Considerando a importância dos serviços de atendimento às urgências e emergências e a crescente demanda, Pires (2003) afirma que se devem buscar alternativas que garantam um atendimento rápido e com qualidade, priorizando a atenção aos pacientes graves, visando diminuir os riscos decorrentes da demora do atendimento, sendo a triagem classificatória uma estratégia que vem sendo usada em vários serviços.

Na busca da melhoria da assistência, em novembro de 2011, o Governo Federal lançou o Programa SOS Emergências, uma ação voltada ao enfrentamento das principais necessidades dos grandes hospitais que atendem as urgências e emergências pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Referido Programa qualifica a

gestão, amplia o acesso aos usuários em situações de urgência e garante atendimento ágil, humanizado e com acolhimento (BRASIL, 2011).

3.2 Humanização e o Acolhimento com Classificação de Risco

A temática humanização no atendimento à saúde tem se mostrando relevante no contexto atual, à medida que envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político da saúde, calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde com qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicional até o espaço da atuação profissional. Esse processo inclui saberes, poderes e relações interpessoais que se fazem presentes, sendo, portanto, uma temática complexa que permeia o fazer de distintos sujeitos (CASATE; CORREA, 2005).

Gallo e Mello (2009) alertam para a necessidade de uma reflexão sobre a humanização, que vem sendo precariamente exercida, predominando o avanço tecnológico e científico, fragmentando a atenção que deveria ser dispensada de forma mais humana. Perceber o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética, é fundamental para caminhar em direção à humanização dos cuidados de saúde (BARBOSA; SILVA, 2007).

Promover a humanização e o respeito ao usuário do serviço público de saúde faz parte de todo processo de saúde como direito de todos. A satisfação do usuário está relacionada às características facilitadoras do atendimento e à qualidade dos serviços prestados; à responsabilidade, ao vínculo e à abordagem dos indivíduos como sujeitos participantes de todo o processo de recuperação. Resolução e integração ao sistema de saúde são dimensões assistenciais que devem ser desenvolvidas no serviço com o intuito de buscar a melhoria da qualidade (AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

A humanização da assistência à saúde requer, portanto, atenção a vários aspectos. Estes devem ser norteados e alinhados a uma filosofia organizacional cujos princípios devem estar claramente estabelecidos e factíveis de serem concretizados na prática (HOGA, 2004). Implica a transformação do próprio modo como se concebe o usuário de um serviço, de objeto passivo a sujeito, aquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnicas, políticas e eticamente segura, prestado por trabalhadores responsáveis (CASATE; CORREA, 2005).

Com vistas a melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados à população, em 2001 o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), visando humanizar a assistência hospitalar pública prestada aos usuários e, assim, aprimorar as relações existentes entre os usuários e profissionais; entre profissionais, e entre os serviços hospitalares e a comunidade (BRASIL, 2001).

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH) HUMANIZA SUS, que reuniu várias políticas e ações desenvolvidas pelo PNHAH, ampliando-as, dando um salto qualitativo ao considerar a situação na qual estão inseridos os trabalhadores, gestores e usuários. Sinalizou, também, para a mudança no modelo de atenção e gestão na saúde, a fim de avançar em direção à qualificação do Sistema Único de Saúde (CONCEIÇÃO, 2009).

Essa política fortalece o compromisso com os direitos de cidadania, entendendo que a humanização da atenção e da gestão da saúde está estreitamente relacionada com a promoção da saúde (BRASIL, 2004b). Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Humanização estabelece como diretrizes de implantação dentro dos serviços de atendimento às urgências e emergências, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na assistência pré-hospitalar: acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência; comprometer-se com a referência e a

contra referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, promovendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários; e definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias, respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (BRASIL, 2004b).

Dentre as estratégias do PNH, destaca-se o Acolhimento com Classificação de Risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência. ACCR é uma tecnologia utilizada pelo MS no sentido de reorientação da política assistencial nos serviços de emergência, articulando os valores de humanização e qualificação da assistência. Estabelece um vínculo de solidariedade e compromisso entre os profissionais e a população, caracterizando um momento de aproximação que demonstra a efetivação de sua disponibilidade em ajudar, numa atitude voluntária em busca de um diálogo aberto e sincero com o usuário, sendo um trabalho coletivo entre os diversos profissionais e clientes (SOUZA; TOLEDO; TADEU; CHIANCA, 2011; SHIROMA; PIRES, 2011; OLIVEIRA; FIORIN; SANTOS; GOMES, 2010).

O acolhimento com classificação de risco é um modo de desenvolver os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo os seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, avaliando seus riscos e vulnerabilidade, prestando um atendimento resolutivo e responsável. A importância desse serviço está, principalmente, em prevenir complicações e identificar quadros agudos que impliquem risco de morte (BRASIL, 2006c; AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

O acolhimento com classificação de risco, enquanto tecnologia que visa reorganizar a promoção da saúde no SUS, exige investimentos estruturais na rede de atenção em saúde como um todo, pois sem a certeza do acesso os usuários tendem a crer que o pronto-socorro é, de fato, a única porta de entrada ao sistema de saúde. Neste sentido, esta é uma das estratégias possíveis para qualificar o atendimento em emergência, estabelecendo um equilíbrio entre a demanda de pacientes e os recursos disponíveis para atender suas necessidades por meio da

classificação dos casos (DAL PAI; LAUTERT, 2011; GARLET; LIMA; SANTOS; MARQUES, 2009).

A classificação de risco visa subsidiar a ordem dos atendimentos para que os usuários não sejam orientados pela hora de chegada, mas por parâmetros clínicos de gravidade que permitam identificar as situações que não podem aguardar o atendimento devido ao risco de morte. Trata-se, portanto, de uma tecnologia que procura garantir o atendimento imediato do usuário que enfrenta risco de morte, além de prever e informar o tempo de espera para os indivíduos que não apresentam esse risco (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Ainda sobre a classificação do risco, sabe-se que esta tem por objetivo: avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento; descongestionar o pronto socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades; informar o tempo de espera; promover amplas informações sobre os serviços aos usuários e retornar informações aos familiares. Configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência (BRASIL, 2009; GODOY, 2010).

Pelo Ministério da Saúde a classificação de risco é vista como mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou o grau de sofrimento, e não mais a ordem de chegada (burocrática). A classificação deve ser realizada por profissional da saúde, que utilizando protocolos técnicos identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, o agravo à saúde ou o grau de sofrimento, e providencia, de forma ágil, o atendimento adequado a cada caso (BRASIL, 2006b).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, o Acolhimento com Classificação de Risco é uma atividade que deve ser realizada pelo enfermeiro, preferencialmente com experiência em emergência e capacitação específica para a atividade proposta (BRASIL 2009). Esta observação é corroborada por Souza (2009), quando afirma que o profissional enfermeiro tem sido indicado para ser o

responsável para classificar os pacientes que procuram os serviços de emergência, tanto em nível local quanto mundial.

Embora o termo “Classificação de Risco” seja o mais adequado e recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, pois segundo a ótica conceitual classificação significa inclusão, o termo “triagem” ainda é muito utilizado pelos profissionais de saúde. A palavra triagem deriva do termo francês “trier”, que significa “escolher”, “classificar ou eleger”, em inglês é usada para referir uma estratificação de necessidades. É um processo sistemático e dinâmico de tomada de decisão, priorizando os cuidados de saúde a serem prestados (SOUZA, 2009; TOLEDO, 2009; CRONIN, 2003).

Nos serviços de emergência os sistemas de triagem são tipicamente usados para identificar os casos mais urgentes ou potencialmente mais graves, assegurando-se que os mesmos recebam tratamento prioritário, seguidos dos casos menos urgentes. Esse processo deve ser facilmente compreendido, rapidamente aplicável e ter alta concordância de interobservação. Tem por finalidade avaliação inicial, seleção e encaminhamento dos clientes às unidades/especialidades adequadas à sua assistência (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; MOREIRA, 2010).

A Classificação de Risco/Triagem Classificatória vem sendo utilizada em diversos países. Para isso foram desenvolvidos vários protocolos que objetivam em primeiro lugar não demorar a prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Por isso, todos são baseados na avaliação primária do paciente. São instrumentos que sistematizam essa avaliação, devendo ser um instrumento confiável, com critérios claros e bem definidos, baseados em consensos estabelecidos conjuntamente pela equipe médica e de enfermagem a partir da daqueles existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, para avaliar o paciente de acordo com sua necessidade. É considerado um instrumento de gestão potente, como uma linguagem que reduz significativamente a variabilidade numa rede complexa de atendimento, com a rede de urgência (BRASIL, 2009; CORDEIRO JUNIOR, 2009).

A palavra “protocolo” pode ser definida como algo que se predispõe a algo pronto para ser utilizado, através de recursos a ele atribuídos, ou ainda, é a padronização de leis e procedimentos que são dispostos à execução de uma determinada tarefa. Um instrumento estruturado para a determinação do risco potencial à saúde das pessoas que procuram o serviço de urgência (MISOCZKY; BORDIN, 2004; TOLEDO, 2009).

Dentre os protocolos de triagem existentes, os mais utilizados mundialmente são: Modelo Australiano *Australasian Triage Scale (ATS)*; Modelo Canadense *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)*, O Modelo Americano *Emergency Severity Index (ESI)*; Modelo de Manchester - *Manchester Triage System (MTS)* (TOLEDO, 2009; PIRES, 2003; GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2011).

O Modelo Australiano (*Australasian Triage Scale - ATS*) foi o pioneiro e classifica o paciente em cinco níveis de prioridade clínica, com descrição de critérios clínicos de cada nível, estabelecendo tempo de espera para atendimento médico conforme a prioridade adotada. Ao primeiro nível corresponde uma avaliação imediata (risco imediato de morte) e ao último nível observação em 120 minutos (menos urgentes). Nas categorias mais urgentes o paciente deve ser avaliado e tratado simultaneamente; nas outras categorias o paciente é reavaliado enquanto espera, pois sua condição pode mudar atribuindo-lhe nova prioridade. (CORDEIRO JUNIOR, 2009; GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2011; AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2005).

Modelo Canadense *Canadian Triage Acuity Scale – (CTAS)* é uma escala com cinco níveis de classificação, baseada em diagnósticos de doença presumíveis, classifica os pacientes em cinco níveis (reanimação, emergente, urgente, pouco urgente, não urgente), de acordo com a gravidade de seus sinais e sintomas, garantindo que os pacientes classificados como mais graves sejam atendidos primeiro, estabelecendo um tempo de espera para o atendimento (SOUZA, 2009). Essa escala foi traduzida para o português e validada clinicamente por Pires, em 2003, demonstrando que era passível de ser aplicada no nosso meio, porém fazem-

se necessários outros estudos com maior amostragem e em hospitais de diferentes níveis de complexidade.

O Modelo Americano *Emergency Severity Index (ESI)*, instrumento de triagem que utiliza cinco níveis de classificação e considera o tempo-alvo máximo para o atendimento médico. Uma característica única do ESI, em comparação com outros sistemas de triagem, é considerar imprescindível avaliar a necessidades de recursos que a instituição possui, de acordo com o potencial de necessidade do paciente. A enfermeira da triagem faz estimativas das necessidades de recursos com base na experiência anterior com pacientes que apresentavam lesões ou reclamações semelhantes (GILBOY; TANABE; TRAVERS; ROSENAU; EITEL, 2005).

No Modelo de Manchester - *Manchester Triage System (MTS)* o objetivo é fazer triagem de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade, de forma sistemática, que indiquem a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o tempo recomendado até a observação médica. Consiste em identificar a queixa inicial e seguir o respectivo fluxograma de decisão (existem ao todo 54), que contém várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada dos "discriminadores". Perante a identificação do discriminador relevante determina-se a prioridade clínica (com a respectiva cor de identificação) classifica-se o paciente em cinco categorias identificadas por número, nome, cor e tempo-alvo até o início da observação médica (GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS, 2011)

Atualmente, esse protocolo é o mais estudado e adotado mundialmente, sendo o mais seguro quando bem aplicado, largamente adotado no Brasil. No Estado de Minas Gerais, previamente à decisão de sua implantação nas instituições, um grupo de especialistas brasileiros fez a avaliação desse protocolo quanto à viabilidade de adaptação do mesmo à realidade brasileira (CORDEIRO JUNIOR, 2009; SOUZA; TOLEDO; TADEU; CHIANCA, 2011).

Após negociações com o Grupo Português de Triagem (GPT), que é o detentor dos direitos cedidos pelo Grupo de Manchester, para a tradução e utilização do protocolo em língua Portuguesa e através do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) firmou-se parceria internacional obtendo-se

autorização para utilização do Protocolo no Brasil (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2011).

Em 2008, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, com o apoio do Ministério da Saúde desenvolveu e implantou nos prontos-socorros, o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, que teve como referencial teórico o Projeto de Acolhimento do pronto-socorro do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti; a Cartilha do Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização/MS; as Diretrizes de Classificação de Risco das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) de Belo Horizonte; e Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Hospital Municipal Odilon Behrens, como também os protocolos: *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)*; *Australasian Triage Scale (ATS)*, *Manchester Triage Scale (MTS)*; *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*; *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*; *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2008)

Atualmente, o Ministério da Saúde vem buscando a padronização do processo de Acolhimento com Classificação de Risco através de medidas que uniformizem esse processo em todo o território nacional (TOLEDO, 2009). No Hospital Instituto Dr. Jose Frota, sede deste estudo, o acolhimento com classificação de risco foi implantado em 2011, e para tal foi desenvolvido um protocolo baseado no Modelo de Manchester, norteado pela experiência do Hospital João XXIII, de Belo Horizonte, instituição de referência em urgência e emergência no País. Esse protocolo, junto com a Escala Revisada de Trauma (RTS), vem sendo utilizado pelos enfermeiros que atuam no acolhimento dessa instituição.

Sem dúvida, pode-se afirmar que a utilização de protocolos para embasar a classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação segura dos enfermeiros. No entanto, não se pode perder de vista que se trata de processo de acolher e classificar, e que a escuta é o princípio e a disposição para escutar é o requisito para começar uma relação acolhedora com o usuário, pois só assim se pode garantir um processo de classificação de risco humanizado e com maior acesso da população aos serviços de saúde, atingindo o objetivo central, que é o de dar assistência qualificada ao usuário do SUS (SOUZA; TOLEDO; TADEU; CHIANCA, 2011)

A Implantação da tecnologia e a utilização dos protocolos deverão ser discutidas, de forma a buscar a capacitação e a reflexão contínuas, na intenção de auxiliar e incentivar a padronização de condutas dos profissionais enfermeiros e possíveis planejamentos de ações que visem ao aumento da satisfação dos trabalhadores de saúde e dos usuários (ULHÔA; GARCIA; LIMA; SANTOS; CASTRO, 2010).

3.3 Atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência e a classificação de risco

As unidade de urgências e emergências são reconhecidas como áreas destinadas ao atendimento de pacientes com afecções agudas específicas, propiciando recursos eficazes para uma pronta avaliação e facilidades que implementam uma ação terapêutica, com trabalho de equipes especialmente treinadas (GOMES,1994).

Essas unidades caracterizam-se pela grande demanda por atendimentos, oriunda de quadros clínicos e/ou traumáticos de diferentes complexidades. Esse fato, associado às questões de organização e gestão, faz com que esses serviços, nem sempre contem com condições adequadas de trabalho, em termos de quantidade de pessoas e recursos materiais, para a realização de assistência qualificada (GARLET; LIMA; SANTOS; MARQUES, 2009).

Dal Pai , Lautert (2008) corroboram com este pensamento , quando afirmam que os serviços públicos de urgência e emergência têm se caracterizado pela superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde. Esses aspectos, dentre tantos outros, estão implicados objetiva e subjetivamente na forma como se dá a dinâmica de trabalho nesse espaço e na maneira como os seres humanos sobrevivem a ela .

Neste cenário, as enfermeiras das unidades de emergência estão em constante alerta, pois além de desempenharem suas atividades em um ambiente de imprevisibilidade e incertezas, que exige conhecimento, rapidez de raciocínio e

prontidão no desenvolvimento do processo de tomada de decisão, contam com um número insuficiente de pessoal para atender as necessidades prementes dos pacientes. (GARCIA , FUGULIN , 2010)

Corroborando os autores supracitados, Baggio, Callegaro e Erdmann (2009) afirmam que o profissional de enfermagem, ao atuar em unidade crítica de saúde, deve demonstrar destreza, agilidade, habilidade. Além disso, deve ter a capacidade de estabelecer prioridades e intervir de forma consciente e segura no atendimento ao ser humano, sem esquecer que mesmo na condição de emergência o cuidado é o elo entre profissional e cliente.

Assim o enfermeiro da unidade de emergência é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e exerce a liderança de forma eficaz buscando meios para gerenciar o cuidado de enfermagem. Visualiza as reais necessidades do paciente conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem' (WEHBE; GALVÃO, 2001)

Os objetivos da assistência de enfermagem devem estar de acordo com a Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, em seu Artigo 11, item m, alerta que são atividades privativas do Enfermeiro os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

Os autores apontam, ainda, que o enfermeiro de emergência é o centro da equipe de enfermagem na unidade, planejando os procedimentos de intervenção de enfermagem, acompanhando o preparo dos equipamentos e coordenando a equipe. Esse profissional precisa combinar habilidades técnicas, capacidade intelectual, iniciativa, liderança, criatividade e responsabilidade para liderar e tomar decisões rápidas e apropriadas.

Desse modo a atividade de enfermagem no âmbito dos setores de emergência exige especialização, experiência na área intervencionista e administrativa e contínuo desenvolvimento, o que implica estudo e atualização frequentes, tanto na área da clínica quanto nas técnicas de gestão modernas e nas

tecnologias que vêm sendo incorporadas rapidamente ao cuidado (GENTIL; MALVESTIO, 2009).

Como foi dito nos parágrafos anteriores o enfermeiro que atua nos serviços de urgência e emergência tem um perfil muito peculiar, que abrange, desde o conhecimento específico, habilidades técnicas, destreza, agilidade, criatividade, iniciativa, liderança, capacidade de tomar decisões rápidas e apropriadas e de resolver conflitos. Porém o que se observa é que ainda não exige um perfil formalmente descrito e apoiado em formação específica, porém o enfermeiro vem assumindo este trabalho difícil e muitas vezes desgastantes.

Marques, Lima (2008) concordam com esse pensamento quando dizem que os enfermeiros têm assumido, na divisão técnica do trabalho em saúde, o gerenciamento do cuidado, salientando que para a coordenação das atividades necessárias para a produção de cuidados é preciso conhecimento, responsabilidade e capacidade de decisão. Finalizando estes requisitos são essenciais para que o enfermeiro atuante em unidade de urgência e emergência, desempenhe suas atividades a contento, adequando-se as novas tecnologias e áreas de atuação.

No que se refere à inserção do enfermeiro no acolhimento e classificação de risco, além de constituir uma nova área de atuação para esse profissional, permite melhorar o gerenciamento do serviço de emergência. Isso contribui para garantir o acesso do paciente ao cuidado, diminuir o tempo de espera, diminuir o risco e ocorrências iatrogênicas e melhorar a qualidade do atendimento.

Pires (2003) e Souza (2009) referem que o enfermeiro é o profissional indicado para classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência. Por isso os Conselhos Regionais de Enfermagem - COREN têm emitido pareceres diferentes sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco:

Parecer do CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS
Nº. 010/2007:

“O acolhimento com classificação de risco deverá ser implantado e realizado por profissionais de nível superior, devidamente treinados mediante a existência de protocolos técnicos e administrativos da Unidade. Os membros da equipe de enfermagem podem participar do

acolhimento mediante definição clara de atribuições e competências previamente estabelecidas em protocolo.”

No exercício de sua profissão o enfermeiro que realiza a classificação de risco deve ser orientado por um protocolo direcionador, entendendo por protocolo “algo que se pré-dispõe a por algo pronto a ser utilizado, através de recursos a ele atribuídos, ou ainda, é a padronização de leis e procedimentos que são dispostos à execução de uma determinada tarefa” (WIKIPEDIA, 2008). A função do enfermeiro nesse setor é priorizar o atendimento com base na avaliação de critérios estabelecidos por protocolos. No entanto, existem poucos desses instrumentos na nossa realidade e há certa relutância para o uso dos mesmos pelos profissionais (VERAS, 2011).

Souza e Bastos (2008) relatam sua experiência na implantação em um serviço de emergência de acolhimento com classificação de risco. O enfermeiro, na porta de entrada da unidade, por meio de entrevista, exame físico sucinto, verificação de dados vitais e eventualmente alguma exame complementar (ECG ou glicemia capilar) formula julgamento clínico e crítico do caso. As decisões são respaldadas por uma diretriz técnica aprovada e validada pela Secretaria Municipal de Saúde (protocolo). Nessa perspectiva, o enfermeiro emite uma decisão expressa por meio de uma cor que classifica a prioridade de atendimento do caso.

A utilização de protocolos direcionadores é importante, pois visa diminuir o viés de subjetividade implicado na avaliação da queixa do paciente que procura o serviço de urgência e emergência.

Para o enfermeiro que atua na classificação de risco é imprescindível a habilidade da escuta qualificada, da avaliação, do registro correto e detalhado da queixa principal, de trabalhar em equipe, do raciocínio clínico e da agilidade mental para as tomadas de decisões. Além disso, deve ter conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial para fazer o encaminhamento responsável do paciente quando houver necessidade (SOUZA; TOLEDO; TADEU; CHIANCA, 2011).

Desse modo, faz-se necessária a ampliação das discussões acerca da finalidade do trabalho nos serviços de urgência e emergência, de forma que o

trabalhador possa assumir postura crítica de seu processo de trabalho, tornando-se, em conjunto com usuários e gestores, protagonista de ampla reorganização do sistema de atenção às urgências (GARLET; LIMA; SANTOS; MARQUES, 2009).

Neste contexto, a equipe de enfermagem pode ampliar sua atuação profissional e desempenhar papel de destaque. Os enfermeiros têm papel central e articulador que lhes possibilita grandes oportunidades de interação e influência sobre as ações profissionais que são desenvolvidas na unidade de emergência, em prol da produção de um cuidado integral e interdisciplinar (GARLET; LIMA; SANTOS; MARQUES, 2009).

O desafio está em adquirir competência profissional capaz de envolver conhecimento interdisciplinar e habilidade técnica para transformar informação em recurso estratégico. O enfermeiro deve ter o intuito de ampliar o seu campo de atuação e se adaptar ao novo paradigma que o mercado de trabalho impõe, sendo multiplicador de conhecimento (ULHÔA; GARCIA; LIMA; SANTOS; CASTRO, 2010).

Entende-se que, na enfermagem, torna-se cada vez mais urgente a capacidade de enfrentar mudanças e criar perspectivas de trabalho com a aquisição de novos conhecimentos e habilidades. Assim o enfermeiro apresentará melhor desempenho de suas funções, sejam elas assistenciais ou administrativas (SCHWENGBER, 2008).

3.4 Formação em Urgência e Emergência um desafio para promoção da saúde

O trabalho nos serviços de emergência hospitalar exige o conhecimento amplo das situações de saúde e certo domínio dos profissionais sobre o processo de trabalho. O conjunto de necessidades envolvidas no cotidiano assistencial exige competências como pensar rápido, ter agilidade e capacidade de resolutividade de problemas (ALMEIDA; PIRES, 2007).

Dentro da equipe multiprofissional que se constitui na força de trabalho hospitalar, a equipe de enfermagem assume papel de destaque, uma vez que se

constitui no maior percentual do quadro de pessoal dessas instituições através de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (CUNHA; XIMENES NETO, 2006). Esses profissionais interagem em vários níveis de complexidade gerando processos de trabalho em saúde complexos, compartimentados e interligados.

Considera-se então, que os estabelecimentos de saúde exigem que o enfermeiro aja em diversas situações, em vários campos de ação, exercendo atividades de assistência, administração, ensino, pesquisa e integração nos níveis primário, secundário e terciário. (MARTINS; KOBAYASHI; AYOUB; LEITE, 2006). Portanto o trabalho de enfermagem, como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se em vários processos de trabalho: cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. O cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro (PERES; CIAMPONE, 2006).

Porem Independente da amplitude da ação do enfermeiro é necessário que este esteja capacitado para o exercício de suas funções, desenvolvendo competências que possibilitem sua adaptação as mudanças que estão sendo implantadas com o objetivo de qualificar a assistência a saúde. Martins; Kobayashi; Ayoub; Leite, (2006) dizem que novas diretrizes institucionais que inseriram mudanças estruturais no modelo gerencial com foco em resultados, o investimento em recursos humanos para desenvolvimento de competências profissionais e o trabalho integrado multidisciplinar determinaram transformações no processo de trabalho dos enfermeiros.

Adaptar-se a novas situações, ser flexível e ter capacidade de relacionamentos, assumir desafios, entre outras aptidões, parece ser requisito imprescindível ao gestor neste novo milênio. O enfermeiro, como gestor da assistência de enfermagem, em sua prática diária deve ter preparo adequado ao momento atual (CUNHA; XIMENES NETO, 2006). Esta preparação deve possibilitar o desenvolvimento de competências necessárias a este desempenho.

A noção de competência tem aparecido como uma forma de repensar as interações entre as pessoas e seus saberes e capacidades, de um lado e, de outro, as organizações e suas demandas no campo dos processos de trabalho. Esses processos são essenciais e relacionais (relações com clientes, fornecedores e

trabalhadores), os quais sofreram profundas modificações qualitativas nos últimos anos (RUTHES; CUNHA, 2008).

Entende-se por competência a aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando, de forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltipla de recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio (NASCIMENTO; SANTOS; CALDEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Acredita-se que a formação do enfermeiro é permeada por diversas habilidades e competências, as quais vão sendo construídas ao longo do processo de formação acadêmica, que inclui uma multiplicidade de conhecimentos e práticas, bem como a associação da teoria e prática, ou seja, a práxis em saúde (AMESTOY; CESTARI; THOFEHRN; MILBRATH; TRINDADE; BACKES, 2010).

As competências e habilidades gerais a serem observadas na formação do enfermeiro são comuns a todas as profissões de saúde, estabelecidas pelo Artigo 4º as Diretrizes Curriculares: *atenção à saúde* (promoção, prevenção, cuidado integral), *tomada de decisões* (considerando as informações oportunas e análise dos contextos), *comunicação* (linguagem acessível, diálogo de saberes e referências), *liderança* (trabalho em equipe), *administração e gerenciamento* (do cuidado, de serviços e sistemas) e *educação permanente* (capacidade de aprender pela experiência em coletivos e seguir aprimorando-se em toda a vida profissional) (CARVALHO, 2011).

A formação baseada em competências é marcadamente diferente dos processos educacionais tradicionais. É a aprendizagem pela ação, centra-se nos conhecimentos e competências específicos, necessários à execução de um procedimento ou atividade. Dá destaque ao desempenho do participante, ou seja, é uma combinação de conhecimentos, comportamentos e competências, e não apenas informações adquiridas (BOSSEMEYER; MOURA, 2006).

Formação por competências e inovações educacionais são temas que vêm instigando todos os educadores brasileiros, quaisquer que sejam os níveis de ensino em sua atuação profissional. No Brasil, percebemos um movimento em direção à busca de práticas pedagógicas inovadoras na formação por competências,

em decorrência das propostas de diretrizes curriculares para os diversos cursos (NASCIMENTO; SANTOS; CALDEIRA; TEIXEIRA, 2003). Estas práticas inovadoras devem refletir o cotidiano político assistencial do país, incorporando princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, elegendo a promoção da saúde, como meta.

Eleger os referenciais de promoção da saúde para a ressignificação do ensino de enfermagem implica transformar as práticas de ensino superando o modelo biologicista e a natureza setorial que caracteriza a formação e a atuação dos profissionais de saúde. Para tanto, é preciso que o processo ensino-aprendizagem em enfermagem favoreça as práticas educacionais e de atenção à saúde que potencializem os sujeitos para atuarem na efetivação das mudanças sociais (SILVA; SENA; GRILLO; HORTA, 2010). Para isso é preciso que os projetos político-pedagógicos dos cursos da área da saúde, em especial o da enfermagem, incorporem esses conceitos, favorecendo uma prática voltada à promoção da saúde.

Deste modo observa-se que há necessidade de trabalhar as competências dos profissionais da saúde neste foco, principalmente do enfermeiro que atua nos serviços hospitalares de urgência e emergência, haja vista a necessidade de atender as exigências do mercado de trabalho e os processos de mudanças de paradigmas na assistência à saúde. Deve-se pensar na formação do enfermeiro a partir da compreensão do seu fazer dentro da promoção da saúde, compreendendo esses conceitos como reais e palpáveis, articulados entre a teoria e a prática sendo, dentro do seu campo de ação, co-responsável pelos resultados, assumindo-se como um profissional cuja prática possibilita uma atenção integral à saúde da população.

Portanto, é preciso refletir sobre a atuação do enfermeiro e as práticas vivenciadas nos cenários de cuidado de enfermagem no contexto hospitalar, de modo a conformá-las com os paradigmas atuais na promoção da saúde, propensas a uma visão integral do sujeito, inserindo-o em um contexto dinâmico onde ele possa participar ativamente da construção do seu projeto de vida saudável (NUNES; MARTINS; NOBREGA; SOUZA; FERNANDES; VIEIRA, 2009).

Deve haver a articulação das possibilidades e a co-responsabilidade do campo da formação de recursos humanos em saúde com o paradigma da promoção

da saúde. Isso é fundamental para fortalecer a consolidação do SUS, tornando cada vez mais concretos seus princípios e diretrizes (SILVA; SENA; GRILLO; HORTA, 2010).

Metodología

4. METODOLOGIA

4.1 Tipos do estudo

Trata-se de um estudo de delineamento pré- experimental, modelo pré-teste/pós-teste com um único grupo, enfocando o efeito de um treinamento sobre acolhimento com classificação de risco para enfermeiros que atuam em unidades de Urgência e Emergência .

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006) as pesquisas pré-experimentais ou pré- experimentos, são chamadas assim porque o seu grau de controle é mínimo e em certas situações servem como modelos de estudos exploratório No modelo pré-teste/pós-teste com um único grupo, aplica-se um teste prévio ao estímulo ou tratamento experimental a um grupo, depois administra-se o tratamento e, finalmente aplica-se um teste posterior ao tratamento. Este modelo tem uma vantagem sobre o modelo estudo de caso com uma única medição pois há um ponto de referencia inicial para verificar qual era o nível do grupo na(s) variável(eis) dependente(s) antes do estímulo havendo portanto um acompanhamento do grupo.

Portanto nos projetos pré-experimentais, o pesquisador estuda um único grupo e realiza uma intervenção durante o experimento. Este projeto não tem um grupo controle para ser comparado ao grupo experimental (CRESWELL, 2010).

4.2 Caracterização do local do estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital público municipal, terciário, de urgência e emergência, referência em atendimento a vítimas de traumas, situado na região central da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. Com abrangência estadual e regional, realiza em média 15.500 atendimentos por mês (IJF, 2011). É uma

instituição que possui estrutura física moderna, do tipo vertical, com oito andares e capacidade instalada de 425 leitos distribuídos nas mais diversificadas especialidades, dentre elas: cirurgia geral, torácico-vascular, traumatológica, buco-maxilo-facial, plástica, neurocirurgia e clínica médica, excetuando ginecologia e obstetrícia. Conta, ainda, com os serviços de apoio: Unidade de Terapia Intensiva, Centro de Tratamento de Queimados, Centro de Diagnóstico por Imagens, Laboratório de Análises Clínicas, Centro Assistência Toxicológica e serviço de ambulatório, que trabalha com atendimento aos egressos com consultas agendadas, e ambulatório da dor aberto à população.

O *locus* da pesquisa é a unidade de atendimento de urgência e emergência, que atende diariamente cerca de 450 pacientes. A área física é dividida de acordo com a gravidade do paciente: *sala de reanimação*, destinada ao atendimento imediato de pacientes com risco de morte, dotada de equipamentos e materiais para realização de procedimentos específicos; sala de *Risco I*, destinada à assistência de pacientes críticos ou semicríticos já estabilizados, porém que requerem cuidados especiais; sala de *Risco II*, destinada a pacientes não críticos, internados aguardando vaga na internação ou transferência para outras instituições de cuidado à saúde; *área de observação*, que atende pacientes não críticos que ainda necessitam de observação ou estão realizando exames, todavia não estão internados. Ainda existe área de atendimento pediátrico; área para administração de medicamentos, área de atendimento traumatológico; área de pequenas cirurgias e sala de RX.

O hospital cenário deste estudo está inserido no Programa de Humanização através do Acolhimento com Classificação de Risco e em vários outros programas com iniciativas humanizadoras, como o Projeto Educativo para Acompanhantes, o Projeto de Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos e o Projeto de Gestão de Pacientes Críticos. e no recentemente criado Programa SOS Emergências, que visa promover o enfrentamento das principais necessidades dos hospitais que atendem as situações de urgências e emergências, melhorar a gestão, qualificar e ampliar o acesso aos usuários, reduzir o tempo de espera, e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento (BRASIL, 2011).

4.3 População-Alvo e Amostra

A população-alvo deste estudo envolveu enfermeiros que desenvolvem atividades assistenciais na unidade de emergência. Para a seleção da amostra foram adotados critérios de inclusão e exclusão, assim definidos:

Inclusão: 1) ser servidor da instituição;

2) estar lotado da unidade de emergência;

3) participar do treinamento e responder a duas avaliações pré e pós treinamento.

Exclusão: 1) afastamento por motivo de gozo de férias, ou licença médica de qualquer natureza durante o treinamento;

2) ter respondido apenas ao questionário pré-teste .

3) participação no treinamento com frequência inferior a 75%.

Inicialmente a população era de 63 (100%) enfermeiros os quais foram convidados a participar do treinamento, onde foram apresentados os objetivos do estudo e seus aspectos éticos. Entretanto 6 (9,52%) afastaram-se por motivo de gozo de férias e 02 (3,17%) por licença gestante, 55 (87,30%) responderam ao pré-teste e 23 (36,50%) não participaram efetivamente do treinamento. Deste modo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a amostra final foi constituída por apenas 30 (47,62%) enfermeiros.

4.4 Instrumentos

Para este estudo foi elaborado como instrumento de coleta de dados, um questionário auto aplicativo (APÊNDICE A), contendo quatro seções:

Seção A. Aspectos relacionados as característica sócio-demográficos e funcionais: sexo, faixa etária, cor, situação conjugal, tempo de formação, tempo de trabalho no exercício profissional, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de trabalho na instituição e em unidades de urgência e emergência, exercício profissional em outra instituição e carga horária semanal, turnos de trabalho e número de vínculos.

Seção B. Aspectos relacionados a Aperfeiçoamento técnico/qualificação: Participação em cursos nos últimos 12 meses; realização de cursos na instituição do estudo; participação em atividades de educação relacionadas à emergência e ao acolhimento; importância das atividades para a prática na unidade.

Seção C. Aspectos relacionados a pratica do acolhimento e classificação de risco, composta de 25 questões objetivas com quatro assertivas (a, b, c, d) sendo apenas uma correta, abordando aspectos teóricos ligados ao conhecimento geral para a realização do acolhimento com classificação de risco em unidade de urgência e emergência.

Seção D. Aspectos relacionados a realização da classificação de risco , composta de 15 questões objetivas com cinco assertivas(a,b,c,d,e,) sendo apenas uma considerada correta , abordando situações clinicas de urgência e emergência e sua classificação de risco. Para as questões das seções D e C não foi atribuída pontuação, uma vez que o objetivo foi avaliar a proporção de acertos e erros.

O instrumento foi elaborado considerando as variáveis do estudo; a experiência da pesquisadora no atendimento de urgências e emergências, nas diretrizes para realização do acolhimento com Classificação de Risco estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL,2004); no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência (BRASIL,2009); nos Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco dos hospitais municipais de Fortaleza(PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2008) e do Hospital Instituto Dr. Jose Frota (ANEXO A); na PORTARIA GM Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL,2002b) além de ampla revisão de literatura sobre o assunto .

Este instrumento de coleta de dados foi avaliado por três juízes especialistas, enfermeiros com reconhecida experiência na área, aos quais foi solicitado que analisassem quanto a clareza, objetividade e organização. As

sugestões, correções foram acatadas e as alterações foram inseridas no instrumento.

Após avaliação do instrumento pelos dos juízes, foi realizado o estudo piloto, que de acordo com Polit & Hungler (2010) é um ensaio em pequena escala do estudo para obter informações visando a melhoria do projeto ou para investigar a sua viabilidade. Faz-se necessário quando um esboço de um instrumento esta pronto, devendo ser feito antes de iniciar o estudo principal, permitindo que os problemas sejam identificados e alterados .

Para tal foram convidados cinco enfermeiros assistenciais de unidades de urgência e emergência, que trabalhavam em outros hospitais ou unidades de pronto atendimento e não tinham vinculo empregatício com o local do estudo. Os mesmos foram orientados a responder as questões e assinalar as que eles não tiveram completo entendimento do enunciado, como também marcar o tempo gasto para respondê-las. Este teste visou avaliar o entendimento das questões por parte dos respondentes e possíveis readequações de questões não compreendidas. Nenhum dos enfermeiros relatou dificuldade para compreender o enunciado das questões e o tempo médio gasto foi de 40 minutos.

Sobre o uso de questionário, Chagas (2011) refere que é um conjunto de questões feitas para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do estudo. Essa forma de instrumento de coleta de dados é muito importante na pesquisa científica, especialmente nas ciências sociais. Afirma, ainda, o autor, que construir questionários não é uma tarefa fácil e que aplicar tempo e esforço adequados para a construção do questionário é uma necessidade, um fator de diferenciação favorável. Não existe uma metodologia padrão para o projeto de questionários, porém existem recomendações de diversos autores com relação a essa importante tarefa no processo de pesquisa científica.

4.5 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2011, em três etapas distintas: Avaliação do conhecimento do enfermeiro antes do treinamento (pré- teste); Treinamento sobre Acolhimento com Classificação de Risco em unidades de urgência e emergência e Avaliação do conhecimento após o treinamento (pós-teste).

Antes do início da coleta de dados foram realizados diversos contatos informais e formais com o Superintendente da instituição, Diretoria de Enfermagem, Chefia de Enfermagem da Emergência e Chefia do Centro de Estudos e Pesquisa (CEPESQ) onde apresentado o projeto e solicitada autorização para realização do mesmo. Em um dos encontros foi feito um levantamento das necessidades de atualizações para os enfermeiros da unidade de urgência e emergência, sendo o treinamento proposto pela pesquisadora incluído na programação dos cursos do IJF para o ano 2001, constituindo-se, assim uma relevante contribuição para o serviço. Após este contato foram realizadas convocações através de cartazes afixados nos diversos murais da instituição.

No mês de junho de 2011 o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, sendo formalmente aprovado em agosto de 2011, quando foram realizadas as reuniões junto ao Centro de estudos e pesquisa (CEPESQ) da instituição sede do estudo, para planejamento e viabilização do treinamento.

A primeira etapa do estudo foi a avaliação do conhecimento do enfermeiro antes do treinamento (pré-teste) e ocorreu no dia 26 de outubro de 2001, no primeiro dia do treinamento, antes do início da primeira aula. Os Participantes foram informados sobre os objetivos e etapas do estudo, em seguida, procedeu-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Após o qual foi distribuído o questionário (APÊNDICE A). Todos os participantes o receberam ao mesmo tempo, sendo explicado que teriam 60 minutos para o seu preenchimento. A duração média foi de 50 minutos, e logo após todos terem devolvido o questionário respondido, foi entregue o cronograma do treinamento

(ANEXO B) . O questionário aplicado nesta primeira etapa, foi re-aplicado na terceira etapa ao final do treinamento.

Na segunda etapa os enfermeiros participaram de um treinamento sobre Acolhimento com Classificação de Risco em unidades de Urgência e Emergência, o qual foi efetuado no período de 26 de Outubro a 14 de Dezembro de 2011, no auditório do centro de estudos do hospital local do estudo, as aulas tiveram duração 4 horas, ocorrendo duas vezes por semana, no horário de 18h às 22h, totalizando 40 horas/aula. A carga horária e o período para a realização do treinamento foram determinados em concordância com a chefia do Centro de Estudos e Pesquisa e chefia de Enfermagem do hospital sede do estudo.

O conteúdo programático envolveu os temas relativos aos pressupostos contidos no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2004a); Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência (BRASIL, 2009), do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco dos Hospitais Municipais de Fortaleza, versão preliminar do Protocolo adotado no Hospital Instituto Dr. Jose Frota (ANEXO A) e nas orientações contidas na PORTARIA GM Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL 2002b) na qual estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e envolve temas como o atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área; além de temas relativo a assistência de Enfermagem no atendimento de emergências clínicas e traumáticas (APENDICE B).

O treinamento foi ministrado pela pesquisadora e professores colaboradores, que previamente participaram de uma reunião, onde foi discutida a estratégia utilizada, os temas desenvolvidos e sua distribuição na carga horária disponível, além da abordagem metodológica, e material didático auxiliar. Cada aula foi elaborada pelo professor responsável pelo tema.

A metodologia dialogada e interativa das aulas permitiu a participação dos enfermeiros em qualquer momento, abrindo oportunidade para a discussão de situações reais apresentadas por eles, permitindo assim a troca de experiências e

conhecimentos. Ao final do treinamento os participantes receberam um DVD com resumos das aulas e textos auxiliares.

Durante o período do treinamento a pesquisadora contou como apoio do Centro de Estudos e Pesquisa hospital sede do estudo, no que se refere ao provimentos de recursos de multimídia, controle de frequência, disponibilidade de funcionários de apoio.

A terceira etapa deste estudo ocorreu após conclusão do treinamento, no dia 14 de dezembro de 2011, quando se realizou a avaliação do conhecimento dos enfermeiros pós-treinamento. Os participantes responderam novamente o questionário para avaliação do conhecimento sobre Acolhimento com Classificação de Risco, usado na primeira etapa. Foi realizada no ultimo dia do treinamento, após o intervalo de confraternização da ultima aula, onde todos foram orientados sobre a forma e tempo preenchimento. Essa atividade teve duração média de 50 minutos.

4.6 Descrição das variáveis

Segundo Calegari-Jacques (2008), uma variável estatística é definida como um atributo mensurável que tipicamente varia entre indivíduos. Neste estudo, as variáveis utilizadas foram divididas em quatro grupos:

- A) Sóciodemográficas: sexo, faixa etária, cor, situação conjugal.
- a) Funcionais: tempo de formação, tempo de trabalho no exercício profissional, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de trabalho na instituição e em unidades de urgência e emergência, exercício profissional em outra instituição e carga horária semanal, turnos de trabalho e número de vínculos.
- b) Aperfeiçoamento técnico/qualificação: Participação em cursos nos últimos 12 meses; realização de cursos na instituição do estudo; participação em atividades de educação relacionadas à emergência e ao acolhimento; importância das atividades para a prática na unidade.

- c) Avaliativas: totais de acertos e erros das respostas de todas as questões durante as duas etapas, totais de acertos e erros das respostas específicas ao Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e emergência, totais de acertos e erros das respostas específicas à prática do acolhimento em urgências e emergências.

4.7 Análise dos dados

As coletas foram digitadas em uma base de dados no Microsoft Access 2002. Após digitação foram exportados para o programa estatístico STATA v.8 para tratamento e geração dos resultados.

A análise dos dados consistiu no estudo descritivo-exploratório das características sociodemográficas e funcionais dos profissionais e na avaliação do conhecimento através da soma dos pontos dos totais de acertos e erros durante as duas etapas da avaliação para os dois blocos de questões (D e C). Foram utilizados gráficos (*Box plot*), distribuição de frequências uni e bivariadas para as variáveis qualitativas e medidas descritivas para as variáveis quantitativas (média, desvio padrão, mediana, quartis). Os pontos de corte dos totais foram definidos com base nos valores médios de cada etapa.

Para verificar as diferenças entre as proporções das características funcionais e o total de acertos nas duas etapas do treinamento utilizou-se o Teste Chi-Quadrado Exato de Fischer ao nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$).

4.8 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará - COMEPE Protocolo nº 108/11 (ANEXO C). Foram assegurados em todas as etapas do estudo os princípios éticos preconizados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 1996): preservação dos princípios

bioéticos fundamentais do respeito ao indivíduo, da beneficência e da justiça. Por este motivo os envolvidos foram esclarecidos quanto à preservação do anonimato quando da publicação do estudo.

As participantes do estudo foram orientadas quanto à natureza do estudo, objetivos e benefícios da pesquisa, a saber: aquisição de conhecimentos sobre acolhimento com classificação de risco; melhoria da capacidade de execução da assistência ao cliente, favorecendo a excelência do cuidar. Além disso, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do estudo, podendo retirar sua anuência no momento que assim o desejarem (APENDICE C).

Resultados

5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em duas etapas distintas. Na primeira, descrição das informações relacionadas à caracterização sociodemográfica e funcional da população do estudo (Tabelas 1, 2 e 3), na segunda, a avaliação do conhecimento dos enfermeiros antes e após o treinamento sobre acolhimento com classificação de risco e situações de urgência e emergência (tabelas 4, 5, 6 e gráficos 1, 2, 3)

Na **Tabela 1** foram descritas as características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem que aceitaram participar do treinamento realizado durante o período de outubro a dezembro de 2011 (**n=30**), e que responderam as avaliações do conhecimento sobre urgência/emergência e acolhimento com classificação de risco.

Na população de estudo a totalidade era do sexo feminino; a idade média foi de 42 ± 8 anos; 66,6% da população tinham idade superior a 40 anos; 16,7% tinham entre 36 e 40 anos e 16,7% tinham até 35 anos. Observa-se que 56,6% das mulheres eram casadas ou em união estável, enquanto 43,3% eram solteiras, viúvas ou divorciadas. Em relação à cor, a maior frequência foi parda (56,7%) e branca (36,7%), sendo apenas 6,6% pretas ou amarelas.

No que se refere à formação universitária, 90% tinham especialização, enquanto que somente 6,7% tinham apenas graduação e 3,3% haviam concluído o mestrado. Ao se questionar sobre o tempo que apresentavam de graduação, as enfermeiras participantes deste estudo, em sua maioria (73,3%), já computavam tempo igual ou superior a dezesseis anos. Apenas 26,6% contavam de um até quinze anos de formadas em Enfermagem.

Tabela 1 Características sociodemográficas das enfermeiras que responderam as avaliações do conhecimento sobre urgência/emergência e acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência/emergência do Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.

Característica	n	(%)
Faixa etária (em anos)		
Até 30 anos	4	13,3
31 a 35	1	3,3
36 a 40	5	16,7
41 a 45	7	23,4
46 e mais	13	43,3
Estado civil		
Casada	13	43,3
Solteira	11	36,8
União estável	4	13,3
Divorciada/separada	1	3,3
Viúva	1	3,3
Cor		
Preta	1	3,3
Branca	11	36,7
Parda	17	56,7
Amarela	1	3,3
Formação		
Graduação	2	6,7
Especialização	27	90,0
Mestrado	1	3,3
Tempo de formação (em anos)		
Até 5	4	13,4
6 a 10	1	3,3
11 a 15	3	10,0
≥ 16	22	73,3

Fonte: pesquisa de campo

A **Tabela 2** apresenta as características funcionais das profissionais. Observou-se um grupo relativamente experiente, com atuação na Enfermagem igual ou superior a dezesseis anos (66,7%), enquanto somente 33,3% trabalham como enfermeiras há menos de quinze anos. O vínculo institucional foi outra variável importante na avaliação da experiência das profissionais, no entanto foi encontrado que 50% dessas enfermeiras foram admitidas há menos de cinco anos; somente 46,7% tinham mais de 16 anos de serviço na instituição local do estudo.

Quanto à experiência de trabalho em urgência e emergência relacionada ao tempo de serviço nesse setor, observou-se que a maior frequência (53,3%) apresentou apenas até cinco anos de trabalho; 33,3% atuam nesse setor em tempo igual ou superior a dezesseis anos; e 13,4% estão em um período entre seis e quinze anos.

Ao se investigar sobre a existência de outro vínculo empregatício, foi identificado que 76,6% das enfermeiras trabalham em outra (s) instituição (ões), e destas 82,6% trabalham somente em uma. Deste modo, encontrou-se uma Carga Horária (CH) semanal de trabalho igual ou superior a quarenta horas em 63,6% do grupo e 36,4% apresenta CH semanal entre doze e 36 horas, tendo predominância de trabalho em turnos diurno e noturno tanto para as enfermeiras que trabalham de segunda-feira a sexta-feira (81%) quanto para as que trabalham nos finais de semana (78,6%).

A participação em cursos para aperfeiçoamento técnico foi investigada e apresentada na **Tabela 3**, na qual observou-se que a maior proporção das enfermeiras (80%) havia participado de cursos nos últimos doze meses. Dentre estas, 63,3% afirmaram que os mesmos foram ofertados pela instituição na qual foi desenvolvido o estudo. No entanto, 70% desses cursos não tinham relação com o atendimento em emergências e 90% não estavam direcionados à prática de acolhimento com classificação de risco. Entretanto, ao se questionar a esses enfermeiros se a participação nesses cursos havia contribuído para sua prática na unidade de emergência, todos (24) afirmaram que sim.

Tabela 2 Características funcionais das enfermeiras que responderam as avaliações do conhecimento sobre urgência/emergência e acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência/emergência do Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.

Característica	n	(%)
Tempo atuando como enfermeiro (anos)		
Até 5	4	13,3
6 a 10	2	6,7
11 a 15	4	13,3
≥ 16	20	66,7
Tempo de trabalho na instituição		
Até 5 anos	15	50,0
11 a 15	1	3,3
16 anos e mais	14	46,7
Tempo de trabalho em urgência/emergência		
Até 5 anos	16	53,3
6 a 10	2	6,7
11 a 15	2	6,7
16 anos e mais	10	33,3
Trabalha em outra instituição		
Sim	23	76,7
Não	7	23,3
Número de instituições em que trabalha		
1	19	82,6
2	4	17,4
Carga horária total (semanal)		
12 horas	1	4,6
20 a 24 horas	5	22,7
30 a 36 horas	2	9,1
40 horas	7	31,8
40 horas e mais	7	31,8
Turnos de 2ª a 6ª		
Diurno	4	19,0
Diurno e noturno	17	81,0
Turnos finais de semana		
Diurno	1	7,1
Noturno	2	14,3
Diurno e noturno	11	78,6

Fonte: pesquisa de campo

Tabela 3 Características relacionadas a aperfeiçoamento técnico/qualificação dos enfermeiros que participaram do treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.

Característica	n	(%)
Participação em cursos nos últimos 12 meses		
Sim	24	80,0
Não	6	20,0
Os cursos foram oferecidos pela instituição (n=24)		
Sim	19	63,3
Não	5	16,7
As atividades de educação foram relacionadas à emergência (n=24)		
Sim	9	30,0
Não	15	70,0
As atividades de educação foram relacionadas a acolhimento (n=24)		
Sim	3	10,0
Não	21	90,0
As atividades contribuíram para a prática na unidade (n=24)		
Sim	24	100,0
Não	0	0,0

Fonte: pesquisa de campo

Nas **Tabelas 4 e 5** estão apresentados os percentuais e o número de acertos e erros nas questões relacionadas ao conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento e classificação de risco, além de questões específicas sobre situações de urgência e emergência, pré e pós-teste. Neste sentido será efetuada uma avaliação quanto à existência ou não de alterações no conhecimento desse grupo em estudo.

A **Tabela 4** apresenta os totais de acertos e erros das questões específicas para a prática de acolhimento com classificação de risco, sendo constituída de 25 questões correspondendo a um total de 25 pontos, dentre as

quais oito são norteadoras para a prática do acolhimento e classificação de risco (C1, C2, C4, C5, C6, C9, C11 e C12), enquanto as demais constituem questões sobre situações que permeiam os serviços de urgência e emergência que requerem dos profissionais em atendimento conhecimentos específicos desses agravos.

Na análise das questões relacionadas à prática do acolhimento com classificação de risco houve um aumento significativo do pré-teste para o pós-teste quanto aos acertos. Essa mudança ficou mais perceptível nas questões: C1 (de 63,3% para 90%); C2 (de 50% para 83,3%); C4 (de 43,3% para 73,3%); C5 (de 46,7% para 73,3%); C6 (de 3,3% para 40%) e C12 (de 16,7% para 56,7%). Nas questões C9 e C11 não houve mudança ou a mesma foi pouco perceptível..

Nas questões associadas às situações de urgência e emergência, pode-se constatar que não houve mudanças expressivas, sendo que somente em alguns casos algumas mudanças foram positivas na avaliação do conhecimento: C3 (de 66,7% para 80%); C15 (de 33,3% para 50%); C16 (de 83,3% para 96,7%); C17 (de 46,7% para 76,7%) e C25 (de 53,3% para 66,7%). Vale ressaltar que em algumas questões ocorreu redução do número de acertos: C10 (de 90% para 86,7%); C20 (de 23,3% para 13,3%); C22 (de 93,3% para 90%) e C23 (de 80% para 60%).

Na **Tabela 5** encontram-se as questões, que abordam a classificação de risco mediante a apresentação de situações de urgência e emergência onde o profissional enfermeiro realiza a classificação de acordo com o quadro do cliente: Vermelho (emergência), Laranja (muito urgente), Amarelo (urgente), Verde (pouco urgente) ou Azul (não urgente), seguindo o protocolo atualmente utilizado pela instituição.

Como resultado foi observado que no pré-teste somente uma questão (6,6%) teve percentual de acerto igual ou superior a 50% (D10 – 83,3%), que se referia a uma situação clínica de emergência, que envolvia uma criança com 8 anos de idade. Quanto ao percentual de acertos após o treinamento, esse quantitativo cresceu para cinco questões (33,3%): D1 (66,7%); D3 (60%); D10 (90%); D11 (56,7%) e D14 (50%).

Tabela 4 Distribuição dos totais de acertos e erros das questões pelo total de respondentes, relacionadas à avaliação da prática de acolhimento com classificação de risco durante as etapas pré e pós-treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.

Questão	Pré-teste (n=30)		Pós-teste (n=30)	
	Acertos n (%)	Erros n (%)	Acertos n (%)	Erros n (%)
C1- Acolhimento é um modo de desenvolver o processo de trabalho em saúde, de forma a atender os usuários, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas.	19 (63,3)	11(36,7)	27 (90,0)	3 (10,0)
C2 A Classificação de Risco é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Faz parte de seus objetivos.	15 (50,0)	15 (50,0)	25 (83,3)	5 (16,7)
C3- Quanto a avaliação da dor abdominal aguda, marque o item incorreto :	20 (66,7)	10 (33,3)	24 (80,0)	6 (20,0)
C4- O protocolo para classificação de risco, que se baseia na identificação da queixa principal, segue fluxogramas que são orientados por sinais e sintomas, utilizando cinco níveis de classificação é:	13 (43,3)	17 (56,7)	22 (73,3)	8 (26,7)
C5 Alguns protocolos de classificação de risco utilizam escala de cores para estratificar os níveis de prioridade de atendimento. No protocolo o usuário classificado com cor LARANJA é:	14 (46,7)	16 (53,3)	22 (73,3)	8 (26,7)
C6- A Classificação de Risco realizada pelo Enfermeiro baseia-se em:	1 (3,3)	29 (96,7)	12 (40,0)	18 (60,0)
C7- O exame físico é parte integrante do atendimento do enfermeiro quando realiza a classificação de risco. A seqüência correta da realização do exame físico do abdome é:	9 (30)	21 (70,0)	12 (40,0)	18 (60,0)
C8- Sobre o exame de físico do tórax, é correto afirmar:	8 (26,7)	22 (73,3)	10 (33,3)	20 (66,7)
C9- Ao avaliar um paciente com TCE pela Escala de Coma de Glasgow, Você obteve as seguintes respostas: abertura ocular ao estímulo da dor, emitia sons ininteligíveis e apresentava flexão anormal na resposta motora. Qual o somatório da escala?	16 (53,3)	14 (46,7)	16 (53,3)	14 (46,7)
C10- Paciente politraumatizado, com suspeita de trauma em coluna cervical. Qual das alternativas indica a seqüência correta da abordagem inicial na sala de emergência.	27 (90,0)	3 (10,0)	26 (86,7)	4 (13,3)
C11- São parâmetros utilizados pelo índice Revised Trauma Score (RTS) para avaliação e classificação da severidade das lesões:	3 (10,0)	27 (90,0)	6 (20,0)	24 (80,0)
C12- Durante a avaliação da dor torácica utiliza-se um Mnemônico (PQRST) cujo significado da letra R é:	5 (16,7)	25 (83,3)	17 (56,7)	13 (43,3)

C13. Assinale a alternativa que apresenta quatro das manifestações clínicas da lesão cerebral no Trauma Craniano:	9 (30,0)	21 (70,0)	12 (40,0)	18 (60,0)
C14 A escala Cincinnati permite uma avaliação imediata do paciente com AVE e compreende:	11 (36,7)	19 (63,3)	13 (43,3)	17 (56,7)
C15 São sinais indicativos de pneumotórax hipertensivo:	10 (33,3)	20 (66,7)	15 (50,0)	15 (50,0)
C16 O Trauma abdominal, quando não reconhecido, é uma das principais causas de morte nos pacientes traumatizados. Leia marque a alternativa correta.	25 (83,3)	5 (16,7)	29 (96,7)	1 (3,3)
C17. Qual a área de superfície corporal queimada em um paciente adulto que chega ao pronto socorro com a tórax anterior, abdome anterior, períneo e braços queimados?	14 (46,7)	16 (53,3)	23 (76,7)	7 (23,3)
C18 Assinale a alternativa que apresenta os sinais e sintomas que caracterizam os efeitos muscarínicos que podem ocorrer por ocasião da intoxicação por carbamato (chumbinho):	13 (43,3)	17 (56,7)	14 (46,7)	16 (53,3)
C19 Usuário admitido na Emergência de um hospital com os seguintes sinais e sintomas: ansiedade extrema, dor ou desconforto torácico, palpitações, palidez, distensão venosa jugular, dispnéia, náuseas e vômitos. Qual a provável suspeita clínica?	13 (43,3)	17 (56,7)	13 (43,3)	17 (56,7)
C20 Com relação aos tipos de choque assinale a alternativa correta:	7 (23,3)	23 (76,7)	4 (13,3)	26 (86,7)
C21 uma complicação aguda do Diabetes Melitus:	28 (93,3)	2 (6,7)	30 (100,0)	0 (0,0)
C22 Cliente admitido na emergência apresentando quadro de: dispnéia acentuada, ortopnéia, tosse e hemoptóicos (expectoração em espuma rósea). Qual a provável suspeita clínica:	28 (93,3)	2 (6,7)	27 (90,0)	3 (10,0)
C23 As principais causas do choque hipovolêmico são:	24 (80,0)	6 (20,0)	18 (60,0)	12 (40,0)
C24 O atendimento adequado da criança vítima de traumas requer um conhecimento completo das características próprias do crescimento e desenvolvimento da criança. Leia as sentenças abaixo e marque a alternativa correta:	17 (56,7)	13 (43,3)	18 (60,0)	12 (40,0)
C25 principal causa de lesão da coluna em adultos e crianças respectivamente são:	16 (53,3)	14 (46,7)	20 (66,7)	10 (33,3)

Os resultados da **Tabela 5** remetem a pouca ou nenhuma variação nos percentuais de acertos pelos enfermeiros para cada situação apresentada comparando-se os resultados do pré-teste com o pós-teste. Ressalta-se que, mesmo com o aumento do percentual de acerto, das 15 questões, apenas 5 apresentaram uma mudança 50% no aumento de acertos, sendo estas: D1 (de 30% para 66,7%); D3 (de 33,3% para 60%); D10 (de 83,3% para 90%); D11 (de 43,3% para 56,7%) e D14 (de 30% para 50%).

Tabela 5 Distribuição dos totais de acertos e erros das questões pelo total de respondentes, relacionadas à avaliação da classificação de risco durante as etapas pré e pós-treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.

Questão	Pré-teste (n=30)		Pós-teste (n=30)	
	Acertos n (%)	Erros n (%)	Acertos n (%)	Erros n (%)
D1 Um paciente com ferida penetrante no apresentando dor forte Hemorragia incontrolável de maior intensidade Comprometimento vascular distal é classificado como:	9 (30,0)	21 (70,0)	20 (66,7)	10 (33,3)
D2 Paciente com problemas nas extremidades apresentando Dor leve recente, Deformidade, Edema e Queixa recente é classificado como:	10 (33,3)	20 (66,7)	12 (40,0)	18 (60,0)
D3 Paciente exposto a produtos químicos com: Estridor, Insuficiência respiratória, Choque, Lesão ocular por produtos químicos deverá ser classificado como:	10 (33,3)	20 (66,7)	18 (60,0)	12 (40,0)
D4 Paciente aparentemente alcoolizado com: Alteração do nível de consciência não atribuível totalmente ao álcool, Déficit neurológico agudo, História confuso e Frio. Classificação:	14 (46,7)	16 (53,3)	14 (46,7)	16 (53,3)
D5 Admitido com quadro de dor forte, dispnéia súbita, hemorragia incontrolável de grande intensidade, alteração do nível de consciência, déficit neurológico agudo, mecanismo grave do trauma – classificado:	10 (33,3)	20 (66,7)	8 (26,7)	22 (73,3)
D6 Paciente adulto com dor abdominal apresentando: Insuficiência respiratória Choque é classificado como:	9 (30,0)	21 (70,0)	13 (43,3)	17 (56,7)
D7 Dor forte, Vômitos sanguinolentos, Melena, História significativa de sangramento digestivo e Alteração do nível de consciência: classificação:	11 (36,7)	19 (63,3)	14 (46,7)	16 (53,3)
D8 Paciente com quadro de cefaléia, mialgia, prurido, febre e história de urina avermelhada deverá ser classificado como:	6 (20,0)	24 (80,0)	10 (33,3)	20 (66,7)
D9 Paciente com Dor forte, Dor cardíaca, Dispnéia aguda, Pulso alterado deverá ser classificado como:	7 (23,3)	23 (76,7)	14 (46,7)	16 (53,3)
D10 com 8 anos de idade ,Inconsolável pelos pais, Massa abdominal visível, Fezes enegrecidas ou avermelhadas, História aguda de vômito de sangue, Vômito persistente, História confusa e Sinais de dor moderada será classificada como:	25 (83,3)	5 (16,7)	27 (90,0)	3 (10,0)
D11 Criança com 5 anos de idade , sexo feminino atingida por uma queda de arvore , admitida letárgica ,pulso fraco, PA inaudível ,FR de 38 ipm, pálida .	13 (43,3)	17 (56,7)	17 (56,7)	13 (43,3)
D12 Homem de 80 anos sofre queda da própria altura por tropeçar, consciente e orientado, apresenta hematoma na região frontal, sem cefaléia, sem déficits focais, T.37C°;	5 (16,7)	25 (83,3)	4 (13,3)	26 (86,7)

FC 80; FR 20irm;PA 140 X 80.

D13 Mulher de 40 anos, queixando de dor abdominal recorrente há anos, Escala de dor: 2 / 10. Apresenta abdome levemente distendido e timpanico à percussão. Relata ter constipação há vários anos. FC: 80 bpm; FR: 12 irpm; PA: 120x70 mmHg; T: 36,8°C. Classificação:

10 (33,3) 20 (66,7) 14 (46,7) 16 (53,3)

D14 Homem de 70 anos, queixando-se de dor abdominal há três dias. Escala de dor: 7/10. Fez uso de medicação para dor, sem sucesso. Apresenta distensão abdominal e relata que há dois dias não consegue urinar direito. História pregressa de câncer de bexiga, tendo sido feito tratamento cirúrgico há dois meses. FC: 86 bpm; FR: 18 irpm; PA: 120x80 mmHg; T:38,5°C; Classificação:

9 (30,0) 21 (70,0) 15 (50,0) 15 (50,0)

D15 Mulher de 30 anos, queixando de dor torácica localizada. Não fez uso de medicação para dor. Nega cardiopatia, e não haver casos de doenças cardíacas na família. Está ansiosa devido a problemas familiares. Escala de dor: 4/10. FC:80 bpm; FR:14 irpm; PA:120x70 mmHg; T: 36,8°C.

8 (26,7) 22 (73,3) 13 (43,3) 17 (56,7)

No **Gráfico 1** verificou-se a distribuição do total de acertos e erros antes e após o treinamento. Deste modo, observou-se uma diferença média de acertos na 2ª etapa (pós-teste) comparando-se com a 1ª etapa (pré-teste) de 4,9 pontos e redução da variabilidade do total de erros de 23 para 18,1, na qual se pode visualizar uma mediana superior a 20 pontos de acertos (quadro 1).

Neste caso, é possível inferir que o treinamento contribuiu para mudar o nível de conhecimento dos enfermeiros. Contudo, ainda percebe-se a necessidade de que a instituição implemente um programa de educação continuada de forma a favorecer a qualificação de seus profissionais, e conseqüentemente, proporcionar aos seus clientes um atendimento eficiente e de qualidade.

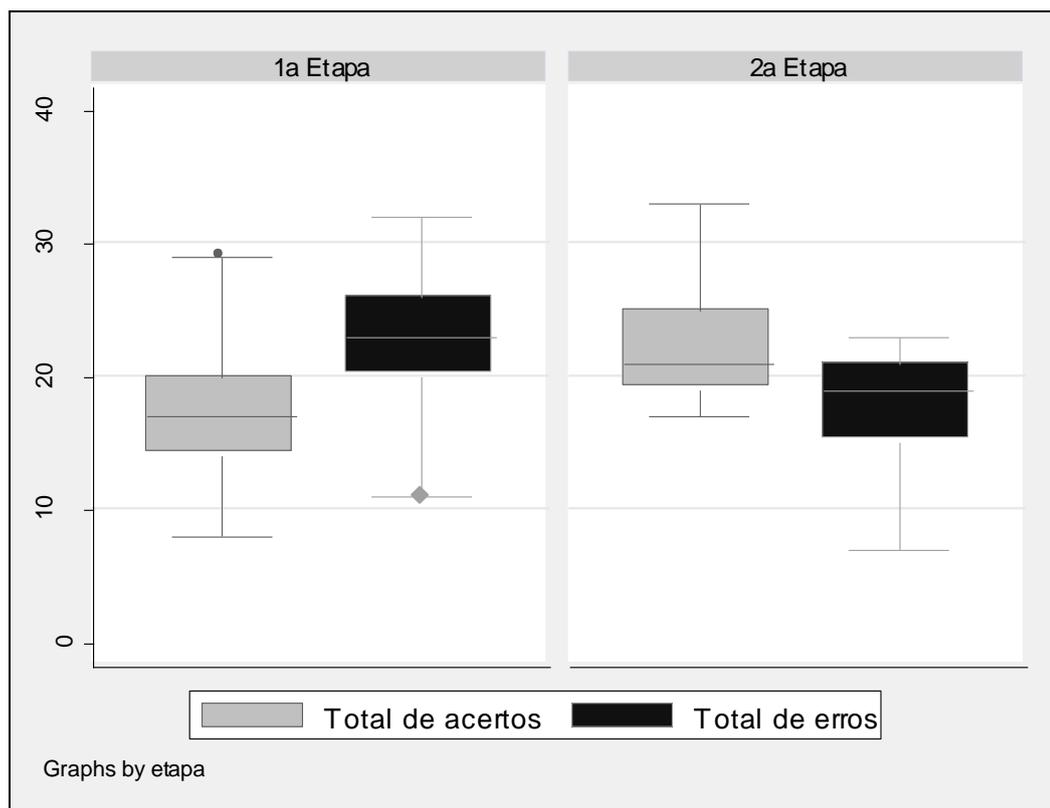


Gráfico 1. Distribuição dos totais de acertos e erros antes e após treinamento.

Quadro 1 Medidas descritivas dos totais de acertos e erros de todas as questões relacionadas à avaliação da classificação de risco durante o pré e pós-treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.

Medidas descritivas e de posição	Pré-teste		Pós-teste	
	Acertos	Erros	Acertos	Erros
Média	17	23	21,9	18,1
Desvio padrão	4,6	4,6	3,5	3,5
1º quartil (Q1)	14	18	19	15
Mediana (2º quartil)	17	23	21	19
3º quartil (Q3)	20	26	25	21
Máximo	29	32	33	23
Mínimo	8	11	17	17
Amplitude interquartílica (Q3 - Q1)	6	8	6	6

No **Gráfico 2** foram analisados os totais de acertos e erros relacionados às questões específicas sobre acolhimento com classificação de risco, assim como situações clínicas de urgências e emergências presentes diariamente nos serviços de emergência.

Observou-se que nessas 25 questões houve um aumento expressivo no que corresponde ao total de acertos quando comparados o pré-teste com o pós-teste ; a variação média do total de acertos para este bloco foi de 3 pontos (de 12 para 15 pontos) e a redução da variabilidade do total de erros foi de 6 pontos (de 13 para 7 pontos) (quadro 2). Isto permite inferir que houve maior compreensão e absorção do conhecimento dos enfermeiros quando as questões se apresentam relativas a situações do cotidiano em unidades de urgência e emergência.

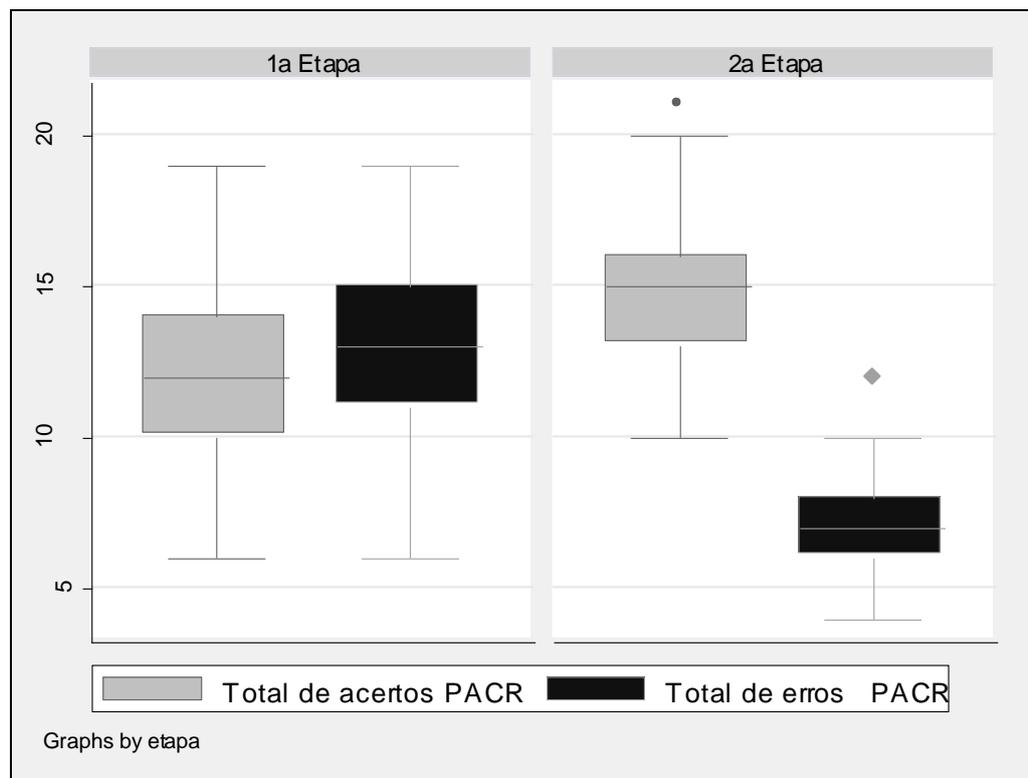


Gráfico 2. Distribuição dos totais de acertos e erros antes e após treinamento das questões específicas para o desenvolvimento das Práticas de Acolhimento e Classificação de Risco (PACR).

Quadro 2 Medidas descritivas dos totais de acertos e erros das 25 questões relacionadas à avaliação da classificação de risco durante as etapas pré e pós-treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.

Medidas descritivas e de posição	Questões específicas das práticas de acolhimento e classificação de risco			
	Pré-teste		Pós-teste	
	Acertos	Erros	Acertos	Erros
Média	12	13	15	7
Desvio padrão	3,4	3,4	2,6	1,8
1º quartil (Q1)	10	11	13	6
Mediana (2º quartil)	12	13	15	7
3º quartil (Q3)	14	15	16	8
Máximo	19	19	21	12
Mínimo	6	6	10	4
Amplitude interquartílica (Q3 - Q1)	4	4	3	2

No **Gráfico 3** foram avaliados os totais de acertos e erros antes e após a intervenção (treinamento) das 15 questões relacionadas aos casos clínicos nos quais os enfermeiros deveriam especificar a classificação de risco indicada para cada situação. Observou-se uma variação de cinco pontos do total de acertos apresentados pelo grupo, visto que na primeira etapa o índice médio de acertos foi de 5 e na segunda etapa evoluiu para 10 e pequena diferença na variabilidade do total de erros de 10 para 8 pontos (Quadro 3). Este resultado aponta para a necessidade de esses profissionais buscarem continuamente novos conhecimentos que proporcionem às suas atividades diárias de atendimento às urgências e emergências.

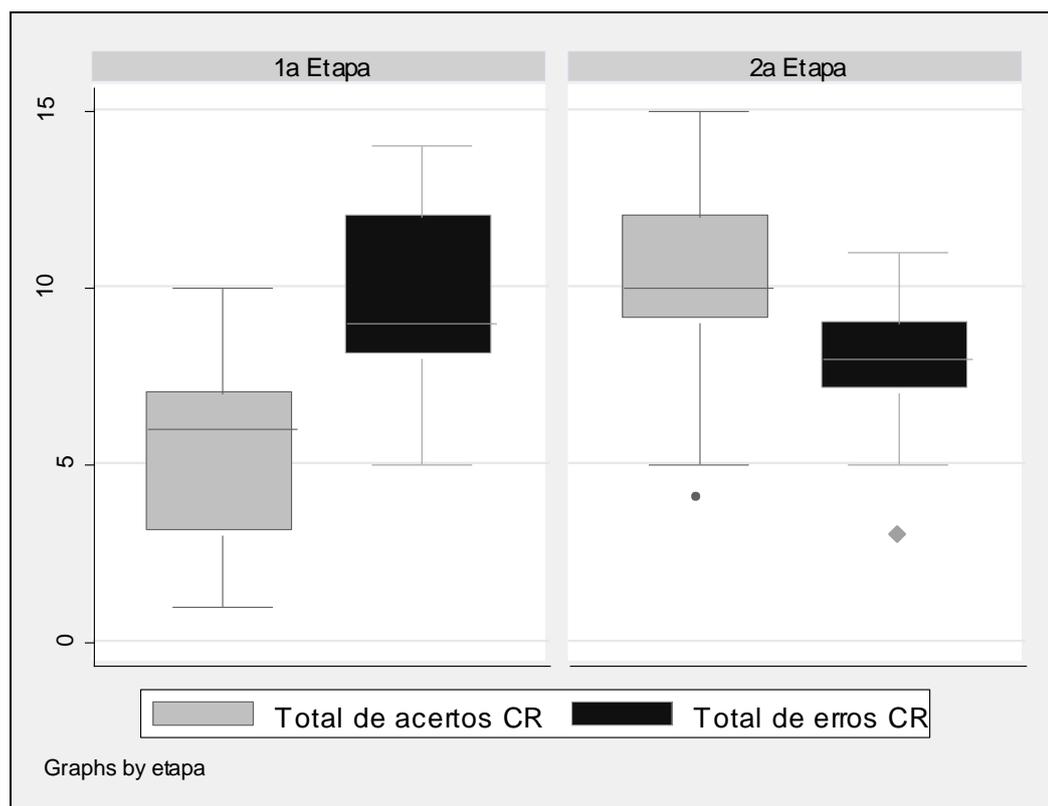


Gráfico 3. Distribuição dos totais de acertos e erros antes e após intervenção das questões específicas das Práticas de Classificação de Risco (CR).

Quadro 3 Medidas descritivas dos totais de acertos e erros das questões relacionadas à avaliação da classificação de risco durante as etapas pré e pós-treinamento em urgência e emergência. Hospital Instituto Dr. José Frota, Fortaleza - CE, 2011.

Medidas descritivas e de posição	Questões específicas da classificação de risco			
	Pré-teste		Pós-teste	
	Acertos	Erros	Acertos	Erros
Média	5	10	10	8
Desvio padrão	2,3	2,3	2,6	1,8
1º quartil (Q1)	3	8	9	7
Mediana (2º quartil)	6	9	10	8
3º quartil (Q3)	7	12	12	9
Máximo	10	14	15	11
Mínimo	3	5	4	3
Amplitude interquartílica (Q3 - Q1)	4	4	3	2

Na **Tabela 6** verificou-se a associação estatística significativa entre o número de acertos no pré-teste e pós-teste, com as variáveis tempo de formação e experiência na enfermagem no setor de urgência e emergência, assim como a participação em cursos, com o nível de conhecimento em acolhimento com classificação de risco e situações específicas em unidades de urgência e emergência. No pré-teste o valor médio de acertos foi 17 (representou 42,5% do total de pontos), enquanto que no pós-teste esse valor variou para 21 (representou 52,5% do total de pontos), ressaltando que o valor máximo esperado de pontuação no pré e pós-teste foi de 40 pontos.

Neste contexto, essas variáveis não interferiram na avaliação do conhecimento dos enfermeiros (p valor $> 0,05$), ou seja, o profissional pode ser formado há vários anos e ter uma longa experiência de atuação na área de enfermagem e também no setor de urgência e emergência, mas apresentar um conhecimento restrito. Esses resultados sinalizam que a prática dissociada da atualização profissional não é suficiente para a formação de competências.

Na primeira etapa somente oito (66,7%) enfermeiros que tinham mais de 5 anos de formação profissional obtiveram pontuação superior a 17; na segunda etapa nesse grupo somente nove (69,2%) obtiveram pontuação superior a 21 pontos.

Quanto ao tempo de trabalho em Enfermagem, vale destacar que alguns enfermeiros trabalharam como auxiliares ou técnicos de enfermagem antes de se graduarem em Enfermagem. Essa experiência foi considerada ao se questionar sobre o tempo de atuação em Enfermagem. Os resultados apresentaram pequenas variações com relação a essa variável e o desempenho na avaliação do conhecimento para as duas etapas.

Assim sendo, tendo como base a pontuação média superior obtida na 1ª etapa (superior a 17 pontos), e 2ª etapa (superior a 21 pontos), não identificamos variações expressivas para essas variáveis ao compararmos as duas etapas (pré e pós-treinamento). Destacam-se os seguintes resultados para as variáveis: tempo de trabalho na enfermagem de 8 (66,7%) para 9 (69,2%); tempo de trabalho em urgência e emergência superior a oito anos de 5 (41,7%) para 7 (53,8%); tempo de trabalho na instituição em estudo superior a dez anos de 5 (41,7%) para 7 (53,8%) e, participação em atividades de educação continuada de 10 (83,3%) para 1 (84,6%).

Tabela 6. Distribuição do valor médio de pontos obtidos na 1ª e 2ª etapas do treinamento relacionados às variáveis de formação e experiência profissional. Fortaleza – CE, 2011.

Variáveis	Valor médio do total de acertos			
	1ª Etapa		2ª Etapa	
	Até 17 pontos	Superior a 17 pontos	Até 21 pontos	Superior a 21 pontos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tempo de Formação	p valor = 0,678		p valor = 0,698	
Até 15 anos	4 (22,2%)	4 (33,3%)	4 (23,5%)	4 (30,8%)
> 15 anos	14 (77,8%)	8 (66,7%)	13(76,5%)	9 (69,2%)
Tempo de trabalho na enfermagem	p valor = 0,264		p valor = 0,721	
Até 17 anos	6 (33,3%)	7 (58,3%)	8 (47,1%)	5 (38,5%)
> 17 anos	12 (66,7%)	5 (41,7%)	9 (52,9%)	8 (61,5%)
Tempo de trabalho em urgência e emergência	p valor = 1,000		p valor = 0,460	
Até 8 anos	10 (55,6%)	7 (58,3%)	11(64,7%)	6 (46,2%)
> 8 anos	8 (44,4%)	5 (41,7%)	6 (35,3%)	7 (53,8%)
Tempo de trabalho na instituição em estudo	p valor = 0,710		p valor = 1,000	
Até 10 anos	8 (44,4%)	7 (58,3%)	9 (52,9%)	6 (46,2%)
> 10 anos	19 (55,6%)	5 (41,7%)	8 (47,1%)	7 (53,8%)
Participação em atividades de educação continuada	p valor = 1,000		p valor = 0,672	
Sim	14 (77,8%)	10 (83,3%)	13(76,5%)	11 (84,6%)
Não	4 (22,2%)	2 (16,7%)	4 (23,5%)	2 (15,4%)
Contribuição das atividades para sua prática em urgência e emergência	p valor = 1,000		p valor = 0,672	
Sim	14 (77,8%)	10 (83,3%)	13(76,5%)	11 (84,6%)
Não	4 (22,2%)	2 (16,7%)	4 (23,5%)	2 (15,4%)

Díscussões

6. DISCUSSÃO

A estratégia de capacitação em saúde no ambiente hospitalar para enfermeiros que atuam em urgência e emergência é uma ação que deve ser desenvolvida com frequência, com a finalidade de discutir as mudanças que são incorporadas aos atendimentos nesses serviços. Isto poderá proporcionar aos clientes que buscam esse serviço um atendimento mais eficiente e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

O Ministério da Saúde estabelece a promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010).

Ainda sob este aspecto, a Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS, propõe o acolhimento como processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde, à medida que se constitui um elemento de mudança no processo de produção do trabalho em saúde, com o potencial de ampliar as práticas do cuidado envolvidas nas ações dos profissionais de saúde (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009).

O enfermeiro, como profissional de saúde inserido neste contexto, tem papel fundamental no processo de mudança, com desempenho de suas funções, com resolutividade e responsabilidade, na busca da qualidade do atendimento nos serviços públicos de saúde (VERAS, 2011). Portanto, deve ser capaz de atuar com competência e segurança, devendo possuir conhecimentos e habilidades necessários ao desenvolvimento das suas ações, tais como a realização do acolhimento com classificação de risco.

Ressalta-se que a atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco é considerada uma atividade que requer uma percepção ampliada de sinais e/ou sintomas, devendo o profissional responsável por classificar

os pacientes ouvir a queixa principal, identificar os riscos e a vulnerabilidade e dar uma resposta ao problema (BRASIL, 2004c).

Neste contexto, foram construídos os protocolos de avaliação e classificação de risco. O objetivo é proporcionar aos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência, dentre eles os enfermeiros, uma diretriz que favoreça a qualidade de sua ação. Desta forma, a realização de pesquisas que investiguem como está se desenvolvendo a participação dos enfermeiros no processo de acolhimento com classificação de risco, baseado nos protocolos instituídos, é pertinente para proporcionar, cada vez mais novos subsídios que favoreçam sua prática profissional.

As características sociodemográficas dos enfermeiros que participaram desse estudo revelam que esse grupo, em sua totalidade, pertence ao sexo feminino, caracterizando essa força de trabalho. Sabe-se que cultural e historicamente a enfermagem vem sendo exercida por mulheres, por ser uma profissão relacionada às características do cuidado materno. Essa predominância também foi encontrada em outros estudos, como os de Martins, Kobayashi, Ayoub e Leite (2006) e Carvalho e Kalinke (2008), que referem a enfermagem como uma profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres desde os seus primórdios.

Esses aspectos são corroborados por Moreira (2001), quando descreve que desde os primórdios das civilizações à mulher era atribuído o papel de cuidar da família, e os doentes foram primeiramente cuidados por elas.

A maioria dos participantes tinha idade igual ou superior a 46 anos, com média de 42 anos, ou seja, eram pessoas com certo grau de maturidade. As experiências vividas tanto em nível pessoal quanto profissional contribuem para a sua prática profissional.

Quanto ao tempo de formação dos enfermeiros, constatou-se que a maioria concluiu a graduação há dezesseis ou mais anos, entre a década de 1980 e 1990. A década de graduação do enfermeiro pode ser um indicador de experiência desse profissional no mercado de trabalho, revelando suas competências e

habilidades. Pode, também, refletir o tipo de formação que obteve, pois a cada época é mudado o perfil exigido pelas instituições (CARVALHO; KALINKE, 2008).

Nos anos oitenta, os currículos de enfermagem foram estruturados tendo como princípio a reforma sanitária, priorizando a formação do enfermeiro generalista. Essa década caracterizou-se por uma conquista do nível acadêmico com o desenvolvimento do ensino de pós-graduação, porém com queda gradativa da qualidade do ensino da graduação. Isso trouxe sérios prejuízos para a formação profissional, além de pouca melhoria na qualidade da assistência de enfermagem, apesar das conquistas conseguidas com a regularização do exercício profissional através da Lei 7498/86, que garante à enfermagem o direito de exercer a consulta de enfermagem (VIETTA; UEHARA; NETTO, 1998).

O enfermeiro formado na década de noventa passou por uma reforma curricular fomentada pela Associação Brasileira de Enfermagem e órgãos formadores que instituíram as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, definindo o perfil do profissional enfermeiro e suas competências gerais e específicas. O profissional enfermeiro é preparado para a atenção à saúde, a tomada de decisão, a liderança, a comunicação, a administração, o gerenciamento e a educação permanentes (GABRIELLI, 2004).

Ainda sobre a formação do enfermeiro, segundo Carvalho e Kalinke (2008), neste novo milênio as instituições vêm exigindo um novo perfil profissional. O enfermeiro deve estar em constante busca de conhecimentos e habilidades, para acompanhar as inovações tecnológicas e ter preparação para a resolução de problemas e o enfrentamento de mudanças.

Em relação à formação acadêmica, os resultados demonstraram que os participantes do estudo tinham concluído cursos de pós-graduação, sendo que a quase totalidade da amostra, cerca de 90%, na modalidade de especialização (*lato sensu*), em detrimento do número dos que tinham terminado mestrado ou doutorado (*stricto sensu*). As dificuldades de acesso a esses cursos, tanto na rede pública de ensino quanto na rede privada, e a carga horária de trabalho são possíveis fatores que contribuem para esse resultado.

A realização de curso de pós-graduação demonstra o compromisso dos enfermeiros com a qualidade de seu desempenho profissional, o que é favorável para o alcance de bons resultados na sua atuação e, conseqüentemente, para a melhoria dos indicadores de qualidade de saúde dos usuários (SANTOS; CASTRO, 2010).

Um estudo realizado por Santos e Ceribelli (2006) constatou que para 33,3% da sua amostra o título de especialista trouxe vantagens para a vida profissional; o reconhecimento dos colegas de trabalho foi positivo (18,5%); 14,8% disseram, ainda, que o título amplia conhecimento através do aprimoramento profissional, melhora a assistência ao paciente e possibilita maior visão da prática, além de manter a vida profissional dinâmica.

Quanto ao tempo de atuação como enfermeiro, observou-se que o grupo era relativamente experiente, pois tinha tempo de exercício profissional superior a dezesseis anos. Isso pode ser um indicador positivo em relação ao grau experiência, competência e maturidade profissional diante dos desafios diários. Segundo Machado (2010), as competências são adquiridas ao longo de toda a vida profissional e se manifestam na atividade por evoluções das representações das situações e de sua gestão.

A relação entre tempo de exercício na profissão e maturidade profissional como fator para qualificação do trabalho foi relatada em estudo de Santos e Castro (2010). Eles inferiram que os cargos de chefia são oferecidos a pessoas com maior experiência profissional, e os que têm menos de seis anos de experiência têm menos oportunidade para o exercício de gerência.

No que se refere ao tempo de trabalho na instituição, foi encontrada uma situação divergente: metade da amostra havia sido admitida em tempo inferior ou igual a cinco anos; a outra metade tinha mais de dezesseis anos de trabalho na instituição. Esses resultados se assemelham aos relacionados ao tempo de serviço desses profissionais na unidade de emergência. Ressalta-se que após a última ampliação e reorganização do setor de emergência do hospital foram realizados concursos e admitidos novos profissionais para compor o quadro de pessoal do serviço.

A situação encontrada pode ser considerada um fator positivo quando se observa que, a depender da integração do grupo, os indivíduos com mais tempo e experiência no setor tendem a compartilhar seus conhecimentos e experiências com os mais novos, passando-lhes as rotinas do serviço. Neste sentido, Santos e Lima (2011) afirmam que a aprendizagem é um processo pessoal e interno que ocorre não apenas pelo que se ensina, mas também pela troca de experiências.

Verificou-se o predomínio de enfermeiros com dois vínculos de trabalho, sendo quase todos relacionados com a área da enfermagem, tanto na área hospitalar e pré-hospital quanto na docência e no Programa da Saúde da Família (PSF). Esse resultado é similar ao encontrado por Rocha e Zeitoune (2007), num estudo sobre o perfil do enfermeiro no PSF, na cidade de Floriano, no Estado do Piauí. Segundo o estudo, o enfermeiro amplia a sua jornada de trabalho desdobrando-se nos empregos, sendo isso preocupante, pois como trabalha em excesso, reduz o tempo destinado à sua atualização, ao repouso e ao lazer, necessários para a vida saudável.

Os autores supracitados referem, ainda, que tal situação pode ser fruto dos baixos salários percebidos em cada emprego assumido pelo enfermeiro, e que só com o somatório desses salários o enfermeiro pode suprir suas necessidades econômicas e sociais. Esse pensamento é reforçado por Carvalho e Kalinke (2008), quando dizem que o duplo vínculo empregatício pode ser gerado pela necessidade de reforçar o orçamento, salientando que a dupla carga de trabalho pode acarretar danos à saúde e à qualidade de vida do enfermeiro.

Quanto à carga horária total de trabalho semanal, somando-se aos outros vínculos, a maioria dos profissionais trabalha quarenta ou mais horas, com predominância de trabalho em turnos diurno e noturno, independentemente do dia da semana. Como já foi dito anteriormente, a excessiva carga horária pode influenciar diretamente na qualidade de vida do enfermeiro e no desempenho de suas funções. Um dos exemplos que podemos citar são os distúrbios do sono, tão comuns nos profissionais de saúde que trabalham em turnos noturnos ou que alternam os turnos, levando a situações de irritabilidade, insônia, cansaço e desatenção.

Os achados são corroborados por Nascimento, Toffoletto, Gonçalves, Freitas e Padilha (2008), quando alertam para o fato de que o excesso na carga de trabalho da enfermagem pode desencadear riscos e falhas no atendimento aos clientes, principalmente quando estes se encontram em unidades que devem merecer o máximo de atenção dos profissionais de enfermagem. Dentre esses setores destaca-se a unidade de emergência, na qual, por vezes, encontram-se pessoas graves, com quadros clínicos diversos, instáveis, e que requerem atenção contínua.

Nos dados referentes à participação de cursos para aperfeiçoamento técnico, observou-se que em sua maioria os sujeitos haviam participado de algum curso nos últimos doze meses, sendo mais da metade ofertada pela instituição, por meio do setor de recursos humanos. No entanto, grande parte desses cursos não se relacionava à atenção às situações de urgências e emergências nem ao acolhimento com classificação de risco, uma estratégia de atendimento implantada recentemente no serviço. Contudo, quando indagados se os cursos que realizaram influenciavam sua prática nas unidades de emergência, vinte e quatro deles afirmaram que sim, mesmo não sendo relacionados diretamente à sua área de atuação.

Esses achados demonstram que os profissionais estão em busca de melhor qualificação, visando inicialmente ao preenchimento de lacunas no seu conhecimento, buscando adquirir habilidades e competências para se adequar às novas demandas do mercado. Isso os torna mais competitivos e lhes garante melhores salários. Portanto, se é necessário propiciar meios que facilitem essa ação.

A capacitação dos profissionais passa por uma decisão pessoal ou organizacional. Uma organização que oferece oportunidades para qualificar e aperfeiçoar seu quadro de pessoal, valorizando o conhecimento e os incentivando a participar de atividades que lhes propiciem crescimento e desenvolvimento, está oferecendo condições para que os trabalhadores criem vínculos com a organização (CARVALHO; KALINKE, 2008).

Nas organizações a educação continuada é utilizada como meio para capacitação. Galvão, Sawada, Castro e Carniani (2000) acreditam que ela deva

capacitar o indivíduo para enfrentar mudanças, levando em consideração as necessidades dos profissionais que atuam na enfermagem e os propósitos da instituição.

No que se refere ao treinamento, quando se verificou o índice de acertos e erros nas questões específicas para a prática do acolhimento com classificação de risco, notou-se que houve significativo aumento do índice de acertos na segunda fase, ou seja, no pós-teste. Esse aumento foi mais acentuado nas questões que se referiam, por exemplo, à definição de acolhimento e classificação de risco e às orientações gerais sobre o protocolo de classificação de risco de Manchester, método de avaliação de risco pelo enfermeiro, conforme as orientações contidas nos protocolos existentes. Em relação ao índice de acerto nas questões relativas às situações de urgência e emergência, não houve mudança significativa entre o pré-teste e o pós-teste, sendo observado um decréscimo no índice de acertos em relação a algumas questões.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo desenvolvido por Fernandes, Caliri e Haas (2008). Os dados revelaram que a intervenção educativa, produziu efeito positivo nos índices de acertos globais do questionário sobre o conhecimento referente às medidas preventivas, ao estadiamento e à avaliação da úlcera por pressão. No entanto, em algumas questões o nível de conhecimento ficou abaixo do nível de acertos.

Quando analisados os resultados das questões relativas às situações clínicas, nas quais os enfermeiros deveriam avaliar o caso e especificar a classificação de risco, os resultados demonstram que houve um discreto aumento do índice geral de acertos. Individualmente, porém, no índice de acertos por questão, apenas cinco atingiram o quantitativo de acertos igual ou superior a 50%, o que denota pouca apreensão dos conteúdos repassados.

Considerando os resultados da Tabela 3, que mostra que apenas dois enfermeiros haviam participado de treinamento sobre o acolhimento com classificação de risco, considera-se que o treinamento produziu incorporação de novos conceitos, levando a mudança do status do conhecimento. Porém esses mesmos dados denotam a necessidade de novos treinamentos, com outras

abordagens, compreendendo a simulação de situações práticas, aproximando-as da realidade e facilitando o desenvolvimento de competências necessárias para a prática do ACCR.

De acordo com Bossemeyer e Moura (2006), as oportunidades para a prática de competências, inicialmente realizadas em situações simuladas, são essenciais para a aquisição de competências e para o desenvolvimento da competência operacional. Quanto mais realista for a situação de aprendizagem, mais esta será eficaz.

As competências tornam-se indispensáveis à realização das tarefas, visto que condicionam a relação entre os conhecimentos e a ação, a mobilização de saberes e experiências, contribuindo para a condução do trabalho. Ademais, a mobilização das competências facilita a interpretação das instruções, o preparo e o controle da forma de atuação dos profissionais (MACHADO, 2010).

Ainda sobre o efeito do treinamento no conhecimento dos enfermeiros, foi evidenciado que o mesmo proporcionou mudança no nível de aprendizado destes. No entanto, ainda existe uma grande lacuna a ser preenchida, relacionada à necessidade contínua de que a instituição promova com maior frequência cursos de atualização específicos para cada área de atuação dos profissionais, de modo que seja possível uma maior associação da prática com o conhecimento técnico-científico.

Freitas, Oliva e Nogueira (2011) a este respeito referem que a aquisição de conhecimento deve ser reestruturada, tornando as pessoas proativas, centralizadas, determinadas e estratégicas. Assim, o resultado esperado é o aprender fazendo. O modelo passa a ser baseado em competências, vinculando o aprendizado às necessidades estratégicas das organizações. Dessa forma, esse processo deve estar disponível sempre que solicitado, em qualquer hora ou local, objetivando melhorar o desempenho nas diversas ações do enfermeiro.

Ficou evidenciado que quando existe a correlação de situações do dia a dia com o saber a ser transmitido há uma maior facilidade de apreensão dos ensinamentos, pelo não distanciamento da teoria com a prática. No entanto, no que se refere às unidades de urgência e emergência, não é possível se limitar às

situações corriqueiras, pois este setor pode ser considerado como uma “caixinha de surpresas”, visto que não é possível prever a situação clínica ou o agravo apresentado pelo próximo cliente a adentrar naquele serviço. Cabe ao profissional enfermeiro um conhecimento amplo e seguro para executar da melhor forma o seu trabalho nesse setor.

As enfermeiras atuam em todas as frentes de trabalho, podendo-se afirmar que o seu papel na equipe é indiscutível e imprescindível. Portanto, o saber é ferramenta importante para o estabelecimento da autonomia profissional, visto que um novo saber abre possibilidades de relação de poder, o qual não será possível ser exercido sem a sua sustentação (MARQUES; LIMA, 2008).

Outro aspecto evidenciado no estudo foi que não há relação direta entre tempo de formação e experiência na enfermagem e na área específica de emergência, assim como participação em cursos específicos, com o conhecimento dos enfermeiros. Ficou evidenciado que a prática distanciada da busca de atualização profissional não proporciona ao enfermeiro conhecimento suficiente para a sua prática cotidiana.

Portanto, embora o tempo de formação profissional e o tempo de serviço sejam fatores que podem contribuir para que os enfermeiros tenham mais experiência em uma área, as mudanças ocorridas nas últimas décadas no conhecimento e tecnologia exige atualização constante, tanto para a manutenção como para o desenvolvimento de competências para a prática (MIYAZAKI, 2009).

É imprescindível que o enfermeiro se perceba como um elemento essencial e necessário aos seus clientes, de maneira a participar de forma efetiva nas mudanças que são inerentes ao ambiente de emergência. Assim ele contribui para a execução das atuais políticas públicas de saúde que buscam a promoção da saúde nas diversas instâncias. Esse pensamento é corroborado por Balsanelli e Montanha (2011), que afirmam que atualmente se faz necessário um enfermeiro dinâmico, empreendedor, com bom desenvolvimento em equipe e que, principalmente, visualize o futuro, propondo melhorar e inovar o que já existe. O enfermeiro deve se conscientizar de que estará convivendo com mudanças. Talvez este seja o maior desafio: ter consciência de que aquilo que foi feito ontem hoje poderá estar ultrapassado.

Conclusões

7. CONCLUSÕES

O estudo sobre o efeito de um treinamento no conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco, em unidade de urgência e emergência, possibilitou identificar lacunas no conhecimento teórico-prático relativo a essa temática. Forneceu, ainda, elementos para explorar as nuances do acolhimento com classificação de risco preconizado pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Assim, diante dos resultados podem-se tecer algumas conclusões:

Os achados mostram que a totalidade dos respondentes é do sexo feminino, com idade média de 42 anos; graduados há 16 anos ou mais, a maioria possui formação em nível de especialização e tempo de exercício profissional superior a 16 anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, observou-se que metade trabalha há cinco anos e a outra há mais de 16 anos.

O grupo em estudo, na sua maioria, apresentava mais de um vínculo empregatício, obtendo carga horária semanal de trabalho superior a 40 horas. Os profissionais participaram de cursos de aperfeiçoamento nos últimos doze meses, no entanto não estavam relacionados à urgência e emergência, muito menos ao acolhimento e classificação de risco.

No que se refere ao efeito do treinamento, foram evidenciadas mudanças positivas no conhecimento dos enfermeiros, percebidas pelo aumento global no índice de acertos das questões, comparando-se erros e acertos no pré e pós-teste. Porém, observou-se a necessidade de uma maior intensificação de treinamentos com enfoque às diversas situações de urgência e emergência que podem adentrar esse serviço, assim como treinamento em serviço com práticas no acolhimento e classificação de risco, visto que neste aspecto não houve uma apreensão satisfatória dos conteúdos relacionados à classificação de risco.

Outro achado interessante neste estudo foi que não existe uma relação direta entre o nível de conhecimento dos enfermeiros com as variáveis relacionadas

ao tempo de graduação, experiência profissional na enfermagem e em setor de emergência, ou seja, a prática por si só, não associada à busca de novos conhecimentos, é insuficiente para favorecer aos enfermeiros subsídios à sua prática profissional.

Acredita-se que os objetivos foram alcançados, visto que a partir dos resultados foi traçado o perfil sociodemográfico e funcional dos enfermeiros. Avaliou-se o conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco, suas inter-relações e, ainda, foi implementado um treinamento sobre acolhimento com classificação de risco.

No que se diz respeito aos aspectos que facilitaram, dificultaram ou limitaram o desenvolvimento desta pesquisa, pode-se fazer algumas considerações.

Em relação aos que facilitaram o estudo :

- A escolha pela área da enfermagem em emergência, uma vez que me dedico ao meu estudo e também é nela que concentro minha experiência profissional, tanto como enfermeira assistencial como na gerência do serviço há 22 anos;
- A aceitação e valorização da proposta de trabalho pelos dirigentes da instituição e pelas enfermeiras da unidade de emergência;
- A escolha pela temática por tratar-se de uma estratégia que está sendo implantada pelo Ministério da Saúde visando qualificar a assistência à saúde nos serviços de urgência e emergência, além do fato de ser uma proposta de atendimento que está em processo de implantação no hospital local do estudo.

Quanto as dificuldades e limitações surgidas no decorrer da elaboração do estudo foram:

- A limitação no tamanho da amostra, uma vez que nem todos os enfermeiros lotados na emergência participaram do estudo.
- Carga horária de 40 horas, com aulas duas vezes por semana, a noite, podem ser apontados como possíveis dificultadores da adesão ao treinamento.

- A não realização de aula prática o que poderia facilitar a apreensão dos conteúdos do treinamento.

A partir da compreensão dada pelo estudo, propõe-se extrair algumas implicações para repensar a prática da Enfermagem com o olhar direcionado à promoção da saúde, considerando que as questões referentes às situações de urgência e emergência constituem um sério e atual problema de saúde pública e, também, acima de tudo, moral e social:

1. Adequações curriculares nas instituições formadoras, públicas ou privadas, com incorporação de conteúdos que propiciem o desenvolvimento de competências para atendimento em urgências e emergências, compreendendo a complexidade desse segmento de atenção à saúde. É de conhecimento geral a deficiência na formação para o enfrentamento das situações de urgência e emergência.
2. Criação de um programa de educação permanente, voltado à capacitação dos profissionais enfermeiros que atuam no serviço de urgência e emergência, por meio da educação continuada, que englobe cursos que proporcionem oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências, considerando não somente as necessidades individuais de atualização e as demandas organizacionais, mas a partir de problemas que surgem no cotidiano desses serviços, devendo também levar a uma reflexão sobre o trabalho e todo o ambiente que o cerca.
3. Desenvolvimento contínuo de estudos que avaliem os resultados de processos de capacitação, para a retroalimentação de objetivos, métodos e técnicas a partir dos resultados obtidos e conforme o aparecimento de novas estratégias e tecnologias.
4. Acompanhamento das ações dos profissionais através das avaliações de desempenho, que servirão de norte ao planejamento de ações para o desenvolvimento de recursos humanos.

As análises realizadas reforçam não somente a relevância de serem elaboradas novas estratégias voltadas para a prática educativa no ambiente

hospitalar, mas também a necessidade do preparo dos profissionais de enfermagem por meio da capacitação contínua em serviço para que possam desenvolver suas atividades de forma adequada e com segurança.

Um estudo elaborado com esta abordagem poderá contribuir para a melhoria das práticas assistenciais nos serviços de urgência e emergência, pois a educação permanente é o caminho para a melhoria da qualidade do cuidado aos nossos clientes. Deste modo, dá-se ênfase à importância da apreensão de novos conhecimentos pelos profissionais que participam do primeiro atendimento aos clientes nesses serviços, para os quais a primeira avaliação é tão importante quanto a conduta clínica. Uma classificação de risco inadequada poderá desencadear retardo no atendimento, assim como gerar danos à saúde dos que buscam esses serviços.

O treinamento oportunizou a troca de conhecimento e experiências, possibilitou um ambiente favorecedor para o processo de ensino-aprendizagem, contribuindo na capacitação dos enfermeiros para realizarem o Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Urgência e Emergência.

Referências

REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Disponível: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20com%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>. Acesso em 06/02/2011.

ALMEIDA, P.J.S.; PIRES, D.E.P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 9, n. 3, p. 617-629, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 21 jul. 2008.

AMESTOY, S.C.; CESTARI, M.E.; THOFEHRN, M.B.; MILBRATH, V.M.; TRINDADE, L.L.; BACKES, V.M.S. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, vol.63, n.6, pp. 940-945.

ANDRADE, L.M.; MARTINS, E.C.; CAETANO, J.A.; SOARES, E.; BESERRA, E.P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(1):151-7.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, **Guidelines for the implementation of the Australian Triage Scale in Emergency Departments**. Revised 05 August 2005. Disponível em <http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation__ATS.pdf> Acesso em 02.12.2011.

AZEVEDO, J.M.R.; BARBOSA, M.A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2007. Jan/Mar; 15(1): 33-9.

BAGGIO, M.A.; CALLEGARO, G.D.; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2009, vol.62, n.3, pp. 381-386.

BALSANELLI, A.P.; MONTANHA, D. **Visão estratégica**. In: **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2011.

BARBOSA, I.A.; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, 2007. set-out; 60(5): 546-51.

BOSSEMEYER, D.; MOURA, E.R.F. **Formação de formadores**: manual de referência (revisão e adaptação para o Programa de Apoio à Prevenção do HIV/SIDA). Baltimore: JHPIEGO/Johns Hopkins University, 2006.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 15 de mar. 2011.

_____, Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004a.

_____, Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência**. Brasília: Ed.MS, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Acolhimento com classificação de risco, paradigma ético**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004c.

_____, Ministério da saúde. Conselho nacional de saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96**: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. 1996. 24p.

_____, L, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção as Urgências**. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 256p.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**: material de apoio. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 84p.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b.

_____, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SAÚDE TODA HORA – 1. **S.O.S Emergências vai qualificar atendimento**. Data de Cadastro: 08/11/2011 as 13:51:59 alterado em 09/11/2011 as 16:55:46 Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3060/162/s.o.s-emergencias-vai-melhorar-gestao-e-qualificar-atendimento.html>. Acesso em: 15/12/2011.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002**: regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências .Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CALECARI-JACQUES,S.M. **Bioestatística-Princípios e Aplicações.São Paulo: Artemed,2008.255p**

CARNEIRO, T.M. Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, 2008. Mai-Jun: 61(3): 390-4

CARVALHO, D.R.; KALINKE, L.P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de Enfermagem**, 2008. Ano 2, vol. 1. pp.82-95.

CARVALHO, L.S. - **Uma antiga profissão do futuro: percepções de enfermeiros sobre sua formação e inserção profissional** - 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

CARVALHO, Z.M.F.; MONTEIRO, M.G.S.; FREITAS, D.T.; CAMPOS, R.R.; LIMA, S.N.S.; COELHO, J.M.A.; MAGALHÃES, S.R. Acogida com clasificación de riesgo em urgência y emergência – conocimiento de los enfermeros. **Enfermería integral**. 2011, vol.95, pp. 13-21.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev.Latino-am Enfermagem**, 2005. Jan-Fev: 13(1): 105-11

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, Pem .41-65, 2004.

CHAGAS, A.T.R. **O Questionário na Pesquisa Científica**. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art11/anival.htm. . Acesso em 21 de janeiro de 2011.

CHIARA, O.; CIMBANASSI, S.; PASTORE NETO, M. **Protocolo Para Atendimento Intra-Hospitalar**. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2009.

CONCEIÇÃO, T.S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n 7.498/86 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. Legislação consolidada dos profissionais de enfermagem, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1.451 de 10 de março de 1995**. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgências-emergências, nos Pronto Socorros Públicos e Privados. [S.1], 1995. Disponível em: HTTP://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 27 ago.2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico nº10, de 22 de fevereiro de 2007**. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na

triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CORDEIRO JUNIOR, W. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. **RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Jan – Jun, 2009.

CRONIN, J.G. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency departament in the Republic of Ireland. **Accid Emerg. Nurs**. 11(2): 121-125. 2003

CRESWELL, J.W. Projeto de pesquisa: qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, I.C.K.O.; XIMENES NETO, F.R.G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho Desafio? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 479-82.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2008; 16(3): 439-44.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Esc Anna Nery**. 2011 jul-set; 15 (3):524-530.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. 2005, vol.58, n.2, pp. 231-234.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.1, pp. 7-14.

DESLANDES, S.F.; MINAYO, M.C.S.; OLIVEIRA, A.F. **Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar**. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Análise diagnóstica da política de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2007. p.139-57.

FERNANDES, L.M.; CALIRI, M.H.L.; HAAS, V.J. **Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão**. Acta Pal. Enferm. vol 21, n .2, p.305-311, 2008

FREITAS, J.B; OLIVA, M.P.M.; NOGUEIRA, V.O. **Aquisição do conhecimento**. In: **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2011.

FURTADO, B.M.A.S.M.; ARAÚJO JR., J.L.C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol**. Vol. 7, Nº3, p. 279-289, 2004.

GABRIELLI, J.M.W. Formação do enfermeiro: buracos negros e pontos de luz. Tese (doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2004.

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, 2009.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; CASTRO, A.P.; CARNIANI, F. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, vol.8, n.5, p 34-43, 2000.

GARCIA, E.A; FUGULIN, F.M.T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2010, vol.44, n.4, pp. 1032-1038.

GARLET, E.R; LIMA, M.A.D.S; SANTOS, J.L.G; MARQUES, G.Q. **Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 266-272.

GENTIL, R.C; MALVESTIO, M.A. **Gerenciamento da assistência ao trauma**. In: SOUSA, R.M.C.; CALIL, A.M.; PARANHOS, W.Y.; MASLVESTIO, M.A. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

GILBOY, N.; TANABE, P.; TRAVERS, D.A.; ROSENAU, A.M.; EITEL, D.R. **Emergency Severity Index**, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.

GODOY, F.S.F. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Londrina, 2010. 155 f.

GOMES, A.M. **Emergência: planejamento e organização da unidade**. Assistência de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1994.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **O que é acolhimento com classificação de risco**. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39>. Acesso em: 20.10.2011.

GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS. **O serviço de urgência: recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes**. Disponível em: <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf> Acesso em: 22.10.2011.

HOGA, L.A.K.; A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2004; 38(1): 13-20.

MACHADO, A.P.C. A construção de competências e o trabalho de acolhimento em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2010.

MACHADO, S.C.E.P. **Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência.** 11º Concurso inovação na Gestão Pública Federal. Ministério do Planejamento, ENAP - Escola Nacional de Administração Pública, 2007.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2008, março; 42(1):41-7.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R.M.; AYOUB, A.C.; LEITE, M.M.J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 472-8.

MISOCZKY, M.C.; BORDIN, R. Gestão local em saúde. Práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacas, 2004.

MIYAZAKI, M.Y. **Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário.** Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2009.

MORALES, N. Algunas consideraciones para la organización de servicios de salud para emergências y desastres. **An Fac Med (Lima).** 62(1): 44-55, 2001.

MOREIRA, C.T.P. Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade? 2010. **Dissertação** (Mestrado) – Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto, 2010.

MOREIRA, I. M. P. B. **O doente terminal em contexto familiar:** uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Formasau: Coimbra, 2001.

NASCIMENTO, C.C.P.; TOFFOLETTO, M.C.; GONÇALVES, L.A.; FREITAS, W.G.; PADILHA, K.G. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2008, vol.16, n.4, pp. 746-751.

NASCIMENTO, E.S.; SANTOS, G.F.; CALDEIRA, V.P.; TEIXEIRA, V.M.N. Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2003 jul/ago; 56(4): 447-452.

NUNES, J.M.; MARTINS, Á.K.L.; NÓBREGA, M.F.B.; SOUZA, A.M.A.; FERNANDES, A.F.C.; VIEIRA, N.F.C. Promoção da saúde no hospital sob a ótica do enfermeiro: estudo descritivo-exploratório. **Online brazilian journal of nursing.** Vol.8(3), dez. 2009.

O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 14(5): 1881-1890, 2009.

OLIVEIRA, E.R.A.; FIORIN, B.H.; SANTOS, M.V.F.; GOMES, M.J. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 2010; 12(2): 46-51

OLIVEIRA, M.A.N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. 2007, vol.60, n.5, pp. 585-589.

OLIVEIRA, MLF.; SCOCHI, M.J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.1, n. 1, p. 123-128, 1. Sem. 2002.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 492-9.

PIRES, P.S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência**: "Canadian Triage and Acuity Scale" (CTAS) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.R. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Protocolo de Acolhimento com classificação de risco**. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza, 2008.

RAMOS, D.D; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2003;19 (1):27-34.

ROCHA, A.F.S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de Pronto Atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte** [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

ROCHA, J.B.B.; ZEITOUNE, R.C.G. Perfil dos enfermeiros do programa Saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 jan/mar; 15(1):46-52.

ROTSTEIN, Z. Management by constraints: considering patient volume when adding medical staff to the emergency department. **Int Med Australian J**. 2002; 4:171-174.

RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 109-12.

SALLUM, A.M.C.; PARANHOS, W.Y. **O enfermeiro e as situações de emergência** – 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodologia de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Artmed, 2006.

SANTOS, D.M.V.; CERIBELLI, M.I.P.F. Enfermeiros especialistas em terapia nutricional no Brasil: onde e como atuam. **Rev. Bras. Enferm.** 2006, nov-dez: 59(6): 757-61.

SANTOS, E.V.; LIMA, R.J.O. Ensino/Aprendizagem. In: BALSANELLI, A.P.; FELDMAN, L.B.; RUTHES, R.M.; CUNHA, I.S.K.O. **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2011.

SANTOS, I.; CASTRO, C.B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 44(1): 154-60, 2010.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; SILVA, Y.F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, p.303-14, out./dez. 2009.

SCHWENGBER, A.I. Processo de enfermagem: instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ RS. 2008.

SHIROMA, L.M.B. **Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da política nacional de humanização do SUS – um desafio para enfermeiros/as**. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, 2011; 2(1):14-17.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C.; HORTA, N.C. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** 2010, abr-jun; 14 (2): 368-376.

SOUZA, C.C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. Dissertação : Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem – Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, C.C.; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2011. Jan-Feb; 19(1):26-33.

SOUZA, R.S.; BASTOS, M.A.R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **reme – Rev. Min. Enferm.**;12(4): 581-586, out./dez., 2008.

TACSI, Y.R.C. **Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo: um estudo de avaliação**. Tese (Doutorado em Enfermagem) –

Programa Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

TACSI, Y.R.C; VENDRUSCOLO, D.M.S. A Assistência de Enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, maio/jun. 2004.

TOLEDO, A.D. **Acuracia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte**.Dissertação Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem – Belo Horizonte, 2009.

ULHÔA, M.L.; GARCIA, F.C.; LIMA, C.T.; SANTOS, D.S.; CASTRO, P.A.A. A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. **Revista gestão organizacional**. Vol. 3 - N. 1 - Jan./Jun. – 2010

VALENTIM, M.R.S.; SANTOS, M.L.S.C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Rev Enferm Uerj**. 2009 abr/jun; 17(2): 285-89

VERAS, J.E.G.L. **Construção e validação de um guia abreviado do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará – CE, 2011.

VIETTA, E.P.; UEHARA, M.; SILVA NETTO, K.A.S. Depoimentos de enfermeiras hospitalares da década de 80: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. **Rev. Latino-am. Enferm.** V.6 – n.3 – p. 107-116 – julho, 1998.

WEHBE, G.; GALVÃO, C.M. **O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações**. Rev. Latino-am Enfermagem, 2001. Março; 9(2): 86-90.

WIKIPEDIA FOUNDATION. **A enciclopédia livre**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Protocolo>>. Acesso em: 28 set 2008.

Apêndices

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO

		<p align="center"> Universidade Federal do Ceará Faculdade de Farmacia, Odontologia e Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Responsável: Enfª Maria Goretti Soares Monteiro Email : gorettismonteiro @yahoo.com.br Fone (085) 99099936 </p>	
Avaliação do Conhecimento sobre Acolhimento com Classificação de Risco			
1. Nº Questionário:	2. Nome Entrevistador:	3. Data da Entrevista:	4. COREN do entrevistado:
A . Informações Sócio-demográficas e Funcionais			
A1. Qual a sua idade? _____ Data de Nascimento: __/__/____	A2. Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino	A3. Em qual dessas classificações você define sua cor? 1. () preta 2. () branca 3. () parda 4. () amarela 5. () indígena 6. () outra _____	A4. Qual sua situação conjugal? 1. () casado(a) 2. () solteiro(a) 3. () união estável 4. () divorciado(a)/ separado(a) 5. () viúvo(a)
A5. Nível de Formação: 1 () Graduação 2 () Especialização: _____ 3 () Mestrado: _____ 4 () Doutorado: _____	A6. Tempo de formação acadêmica: 1. () Menos de 1 ano 2. () 1 a 5 anos 3. () 6 a 10 anos 4. () 10 a 15 anos 5. () > de 15 anos		A7. Tempo que trabalha como Enfermeiro: _____ A8. Tempo de trabalho no IJF: _____
A9. Carga horária (CH) semanal no IJF: _____	A10. Trabalha em outra(s) instituição (ões)? Sim () Não () Se sim quantas? _____ Qual a CH total? _____		
A11. Turno de trabalho no IJF: De 2ª a 6ª : () Diurno () Noturno () Diurno e Noturno Fins de semana: () Diurno () Noturno () Diurno e Noturno			
A12. Tempo de serviço em urgência e emergência: _____			

A13. Além de atuar como enfermeiro, você tem outra ocupação? 1.Sim 2.Não
Se sim, qual? _____

d) B .Questões sobre aperfeiçoamento técnico/qualificação

	SIM (1)	NÃO (2)
B1. Você participou de alguma atividade de educação continuada nos últimos doze meses?		
B2. As atividades de educação continuada que você participou foram oferecidas pela instituição?		
B3. As atividades de educação continuada que você participou foram relacionadas à urgência e emergência?		
B4. As atividades de educação continuada que você participou foram relacionadas à acolhimento com classificação de risco?		
B5. Essas atividades de educação permanente contribuíram para a sua prática em unidade de emergência?		

C. Questões relacionadas a prática de acolhimento com classificação de risco

C1. Acolhimento é um modo de desenvolver o processo de trabalho em saúde, de forma a atender os usuários, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas, é portanto uma atitude de:

- Exclusão
- Dispersão
- Seleção
- Inclusão

C2. A Classificação de Risco é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Faz parte de seus objetivos.

- Reduzir a ansiedade dos profissionais e usuários.
- Determinar a área de atendimento primário, devendo ser o paciente diretamente encaminhado às especialidades.
- Informar tempo de espera e retornar informações aos familiares
- Todos os itens estão corretos .

C3. Quanto a avaliação da dor abdominal aguda, marque o item **incorreto**:

- Obtenha a descrição da dor no que se refere a localização,aparecimento,duração,qualidade,m anobras paliativas ou provocativas.
- Em mulheres em idade fértil desconsiderar a história menstrual e tipo de anticoncepção
- Observe, palidez cianose, icterícia e posição do paciente
- Relacione a dor com ingestão de medicamentos

C4. O protocolo para classificação de risco, que se baseia na identificação da queixa principal, segue fluxogramas que são orientados por sinais e sintomas, utilizando cinco níveis de classificação é:

- Modelo Americano (Emergency Severity Index)
- Modelo de Manchester (Manchester Triage Sistem)
- Modelo Australiano (Australasian Triage Scale)
- Modelo Canadense (Canadian Triage Acuity Scale)

C5. Alguns protocolos de classificação de risco utilizam escala de cores para estratificar os níveis de prioridade de atendimento. No protocolo o usuário classificado com cor LARANJA é:

- Emergente e o tempo alvo de atendimento é 0 minutos.
- Urgente e o tempo alvo de atendimento é 60 minutos.
- Muito Urgente e o tempo alvo de atendimento é 10 minutos.
- Pouco Urgente e o tempo alvo de atendimento é 120 minutos.

C6. A Classificação de Risco realizada pelo Enfermeiro baseia-se em:

- Queixa principal e duração(QPD) , sinais vitais e exame físico sumario.
- Queixa principal e duração (QPD), sinais vitais, exame físico sumario e exames de apoio.
- Queixa principal e duração(QPD) ,antecedentes mórbidos e medicamentoso, sinais vitais, exame físico sumario e exames de apoio.
- Queixa principal e duração(QPD),antecedentes mórbidos e medicamentoso, sinais vitais, exame físico sumario e glicemia.

C7. O exame físico é parte integrante do atendimento do enfermeiro quando realiza a classificação de risco. A seqüência correta da realização do exame físico do abdome é:

- a) Inspeção, palpação, percussão e ausculta
- b) Palpação, inspeção, percussão e ausculta
- c) Percussão, ausculta, inspeção e palpação
- d) Inspeção, ausculta, percussão e palpação

C8. Sobre o exame de físico do tórax, é correto afirmar:

- a) Na inspeção estática observa-se a freqüência, a amplitude e o ritmo respiratório.
- b) A expansibilidade dos ápices e das bases pulmonares é avaliada utilizando-se a técnica da percussão.
- c) A palpação avalia a presença de crepitações, dor da parede torácica, tônus muscular, edemas, frêmito.
- d) Os sons respiratórios normais são denominados de murmúrios vesiculares, som brônquico, ruídos adventícios e som bronco vesicular.

C9. Ao avaliar um paciente com TCE pela Escala de Coma de Glasgow, Você obteve as seguintes respostas: abertura ocular ao estímulo da dor, emitia sons ininteligíveis e apresentava flexão anormal na resposta motora. Qual o somatório da escala?

- a) 07
- b) 08
- c) 09
- d) 10

C10. Paciente politraumatizado, com suspeita de trauma em coluna cervical. Qual das alternativas indica a seqüência correta da abordagem inicial na sala de emergência.

- a) Exame radiológico para confirmar diagnóstico de trauma cervical anterior a avaliação primária.
- b) O₂ por máscara, colar cervical, RX.
- c) Cuidado com a via aérea, estabilização da cervical com colar cervical e apoios laterais da cabeça, RX após a estabilização das funções vitais.
- d) Colocação do colar cervical, RX após estabilização.

C11. São parâmetros utilizados pelo índice Revised Trauma Score (RTS) para avaliação e classificação da severidade das lesões:

- a) Freqüência cardíaca, Escala de Coma de Glasgow e Pressão arterial sistólica
- b) Escala de Coma de Glasgow, freqüência respiratória e freqüência cardíaca
- c) Pressão arterial sistólica, Escala de Coma de Glasgow e freqüência respiratória
- d) Freqüência respiratória, Escala de Coma de Glasgow e pulso periférico

C12. Durante a avaliação da dor torácica utiliza-se um Mnemônico (PQRST) cujo significado da letra R é:

- a) Resposta medicamentosa
- b) Radiação
- c) Recrudescencia
- d) Repetição

C13. Assinale a alternativa que apresenta quatro das manifestações clínicas da lesão cerebral no Trauma Craniano:

- a) Confusão, hipotensão, disfunção sensorial e cefaléia
- b) Espasticidade, reflexo corneal ausente, pupilas fotoreagentes e distúrbios do movimento
- c) Vertigem, convulsões, espasticidade e alteração do nível de consciência
- d) Distúrbios do movimento, hipotensão, disfunção sensorial e convulsões

C14. A escala Cincinnati permite uma avaliação imediata do paciente com AVE e compreende:

- a) Avaliar a disfagia, debilidade dos membros superiores e queda facial.
- b) Avaliar a disartria, debilidade dos membros superiores e queda facial.
- c) Avaliar a disartria, disfagia e queda facial.
- d) Avaliar a disartria, debilidade dos membros inferiores e queda facial.

C15. São sinais indicativos de pneumotórax hipertensivo:

- a) Bradipnéia, macicez torácica, hipertensão e diminuição ou ausência do murmúrio vesicular no lado afetado
- b) Bradipnéia, bradicardia, timpanismo e distensão das veias do pescoço
- c) Desvio de traquéia, bradipnéia, enfisema subcutâneo e macicez torácica
- d) Timpanismo, taquipnéia, taquicardia e desvio de traquéia

C16. O Trauma abdominal, quando não reconhecido, é uma das principais causas de morte nos pacientes traumatizados. Leia marque a alternativa correta.

- a) A morte ocorre principalmente em decorrência de traumas penetrantes
- b) Durante o atendimento inicial deve-se se preocupar sempre em determinar a extensão exata do trauma abdominal
- c) A ausência de sinais e sintomas locais afasta a possibilidade de trauma abdominal
- d) Um alto índice de suspeita baseado no mecanismo de trauma deve alertar para a possibilidade de lesões com hemorragia intra-abdominal.

C17. Qual a área de superfície corporal queimada em um paciente adulto que chega ao pronto socorro com a tórax anterior, abdome anterior, períneo e braços queimados?

- a) 28%
- b) 37%
- c) 48%
- d) 45%

C18. Assinale a alternativa que apresenta os sinais e sintomas que caracterizam os efeitos muscarínicos que podem ocorrer por ocasião da intoxicação por carbamato (chumbinho):

- a) Tosse, dispnéia, paralisia muscular e bradicardia.
- b) Sialorréia, sudorese, arreflexia e vômitos.
- c) Diarréia, dispnéia, bradicardia e arreflexia.
- d) Dispnéia, sialorréia, bradicardia e diarréia.

C19. Usuário admitido na Emergência de um hospital com os seguintes sinais e sintomas: ansiedade extrema, dor ou desconforto torácico, palpitações, palidez, distensão venosa jugular, dispnéia, náuseas e vômitos. Qual a provável suspeita clínica?

- a) Edema Agudo de Pulmão
- b) Insuficiência Cardíaca Congestiva
- c) Infarto Agudo do Miocárdio
- d) Embolia Pulmonar

C20. Com relação aos tipos de choque assinale a alternativa correta:

- a) O choque cardiogênico ocorre quando o continente vascular aumenta sem aumento proporcional do volume de líquido
- b) O choque hipovolêmico ocorre em virtude da perda de sangue, plasma e líquidos do trato gastrointestinal, verificando-se um desequilíbrio entre volemia e continente
- c) O choque distributivo corresponde a uma falha na atividade de bombeamento do coração
- d) O choque neurogênico ocorre quando há lesão na medula abaixo do local de saída dos nervos do sistema nervoso simpático

C21. È uma complicação aguda do Diabetes Mellitus:

- a) Cetoacidose diabética
- b) Nefropatia
- c) Retinopatia diabética
- d) Neuropatia periférica

C22. Cliente admitido na emergência apresentando quadro de: dispnéia acentuada, ortopnéia, tosse e hemoptóicos (expectoração em espuma rósea). Qual a provável suspeita clínica:

- a) Infarto Agudo do Miocárdio
- b) Cetoacidose diabética
- c) Edema Agudo de Pulmão

d) Insuficiência Respiratória Aguda

C23. As principais causas do choque hipovolêmico são:

- a) Sobrecarga circulatória, seqüestro de líquidos e eletrólitos e hemorragias
- b) Hemorragias, desidratações e saturação de oxigênio insuficiente
- c) Hemorragias, desidratações e seqüestro de líquidos e eletrólitos
- d) Desidratações, sobrecarga circulatória e saturação de oxigênio insuficiente

C24. O atendimento adequado da criança vítima de traumas requer um conhecimento completo das características próprias do crescimento e desenvolvimento da criança. Leia as sentenças abaixo e marque a alternativa correta:

- a) O atendimento à criança deve seguir as mesmas condutas aplicadas no atendimento dos adultos
- b) As quedas são a causa mais comum de trauma e ocorrem mais freqüentemente em crianças com idade inferior a 14 anos
- c) O esqueleto da criança tem maior capacidade que o de um adulto de absorver as forças cinéticas aplicadas durante um evento traumático, e dificilmente irão apresentar lesões internas
- d) O esqueleto da criança é mais resistente aos traumas que o do adulto por ser mais calcificado

C25. A principal causa de lesão da coluna em adultos e crianças respectivamente são:

- a) Atropelamento por veículo automotor e perfurações por arma de fogo
- b) Colisões de veículos e quedas de lugares altos
- c) Colisões de motocicleta e quedas de triciclo ou de bicicleta
- d) Queimaduras e quedas de veículos em movimento

D. Questões específicas sobre a classificação de risco

D1. Um paciente com ferida penetrante no apresentando dor forte Hemorragia incontrolável de maior intensidade Comprometimento vascular distal é classificado como:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D2. Paciente com problemas nas extremidades apresentando Dor leve recente, Deformidade, Edema e Queixa recente é classificado como:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D3. Paciente exposto a produtos químicos com: Estridor, Insuficiência respiratória, Choque, Lesão ocular por produtos químicos deverá ser classificado como:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D4. Paciente aparentemente alcoolizado com: Alteração do nível de consciência não atribuível totalmente ao álcool, Déficit neurológico agudo, História confusa e Frio. Classificação:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D5. Admitido com quadro de dor forte, dispnéia súbita, hemorragia incontrolável de grande intensidade, alteração do nível de consciência, déficit neurológico agudo, mecanismo grave do trauma – classificado:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D6. Paciente adulto com dor abdominal apresentando: Insuficiência respiratória Choque é classificado como:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D7. Dor forte, Vômitos sanguinolentos, Melena, História significativa de sangramento digestivo e Alteração do nível de consciência: classificação:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D8. Paciente com quadro de cefaléia, mialgia, prurido, febre e história de urina avermelhada deverá ser classificado como:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D9. Paciente com Dor forte, Dor cardíaca, Dispnéia aguda, Pulso alterado deverá ser classificado como:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D10. Criança com 8 anos de idade ,Inconsolável pelos pais, Massa abdominal visível, Fezes enegrecidas ou avermelhadas, História aguda de vômito de sangue, Vômito persistente, História confusa e Sinais de dor moderada será classificada como:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D11. Criança com 5 anos de idade , sexo feminino atingida por uma queda de arvore , admitida letárgica ,pulso fraco, PA inaudível ,FR de 38 ipm, pálida .Classificação:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D12. Homem de 80 anos sofre queda da própria altura por tropeçar, consciente e orientado, apresenta hematoma na região frontal, sem cefaléia, sem déficits focais, T.37C°; FC 80; FR 20irm;PA 140 X 80.Classificação:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D13. Mulher de 40 anos, queixando de dor abdominal recorrente há anos, Escala de dor: 2 / 10. Apresenta abdome levemente distendido e tímpanico à percussão. Relata ter constipação há vários anos. FC: 80 bpm; FR: 12 irpm; PA: 120x70 mmHg; T: 36,8°C. Classificação:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D14. Homem de 70 anos, queixando-se de dor abdominal há três dias. Escala de dor: 7/10. Fez uso de medicação para dor, sem sucesso. Apresenta distensão abdominal e relata que há dois dias não consegue urinar direito. História progressiva de

câncer de bexiga, tendo sido feito tratamento cirúrgico há dois meses. FC: 86 bpm; FR: 18 irpm; PA: 120x80 mmHg; T:38,5°C; Classificação:

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

D15. Mulher de 30 anos, queixando de dor torácica localizada. Não fez uso de medicação para dor. Nega cardiopatia, e não haver casos de doenças cardíacas na família. Está ansiosa devido a problemas familiares. Escala de dor: 4/10. FC:80 bpm; FR:14 irpm; PA:120x70 mmHg; T: 36,8°C.

- a) Vermelho
- b) Laranja
- c) Amarelo
- d) Verde
- e) Azul

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA TREINAMENTO

TREINAMENTO PARA ENFERMEIRO: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. **Público alvo:** Enfermeiros lotados no setor de acolhimento com classificação de risco.
2. **Objetivo de Aprendizagem:** Capacitar os enfermeiros para realizar acolhimento com classificação de risco.
3. **Método de Ensino:** Aula expositiva e dialogada; discussão dos casos clínicos e aulas práticas
4. **Duração:** 40 horas

5. **Conteúdo:**

- Humanização do Atendimento em Unidade de Urgência e emergência
- Acolhimento com Classificação de Risco
- Protocolos de Classificação de Risco
- Exame Físico
- Enfermagem no atendimento de emergência:
 - Emergências traumáticas: Politraumatismo; Trauma craniano; Trauma tóraco-abdominal; Trauma em extremidades; Queimaduras; Trauma pediátrico.
 - Emergências Clínicas: Convulsões; Dor; Síndrome coronariana Aguda, Edema Agudo de Pulmão; Ataque vascular encefálico; Intoxicações exógenas; acidentes com animais peçonhentos Dengue; Meningites, desequilíbrio hidroeletrólítico, Choque, Transtornos psiquiátricos, Dor.
 - Reanimação Cardiorrespiratória e cerebral.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Maria Goretti Soares Monteiro**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC, orientada pela Prof^a Dr^a Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, estou desenvolvendo o projeto de Dissertação intitulado “**Efeito do Treinamento para Enfermeiros em Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Urgência Emergência**”. Esta tem como objetivo geral *Avaliar os efeitos do treinamento para enfermeiros em acolhimento com classificação de risco em unidade de urgência e emergência*. A coleta dos dados será realizada por meio da aplicação de um questionário sobre o conhecimento e treinamento dos enfermeiros da unidade de Urgência e Emergência.

Nesse sentido, solicito sua colaboração na participação deste estudo. Os dados obtidos serão divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Informo ainda, que:

*As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos específicos da pesquisa que são: Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco antes e após a participação no treinamento; Implementar um treinamento aos enfermeiros de um serviço de urgência e emergência de um hospital de referência no município de Fortaleza –Ce; Verificar as associações das variáveis com as classificações de risco feitas pelos enfermeiros após o treinamento.

* A aplicação do questionário e a realização do treinamento têm como benefício o fato de que poderemos avaliar o seu conhecimento dos enfermeiros e treiná-los para a efetivação do Acolhimento com Classificação de risco conforme preconiza o Ministério da Saúde.

* A aplicação do questionário e a realização do treinamento serão feitos pela mestranda e a duração média é 50 min, e o treinamento totalizará em 40 horas.

* O(a) senhor(a) terá acesso a qualquer tempo às informações sobre os benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas;

* O(a) senhor(a) terá o direito e liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social;

* As informações e dados coletados serão divulgados, porém sua identidade será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-la;

* O(a) participante não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa.

Para qualquer outro esclarecimento, estarei disponível no endereço **Rua Margarida de Queiroz nº 834; telefones: 3279-4937 e 99099936**. Também informamos que o endereço e telefone do **Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, telefone 3366-8346**.

Agradecemos sua colaboração, e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

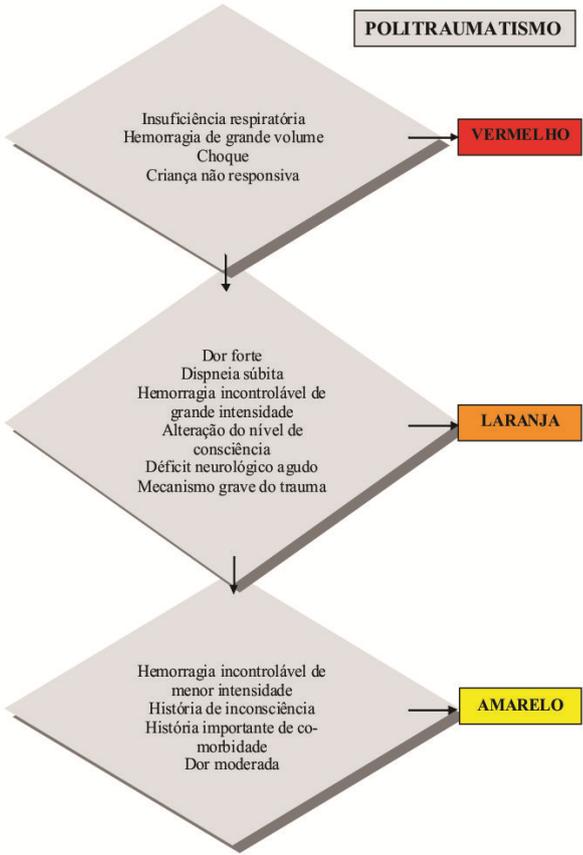
O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo as minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Nome do voluntário	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

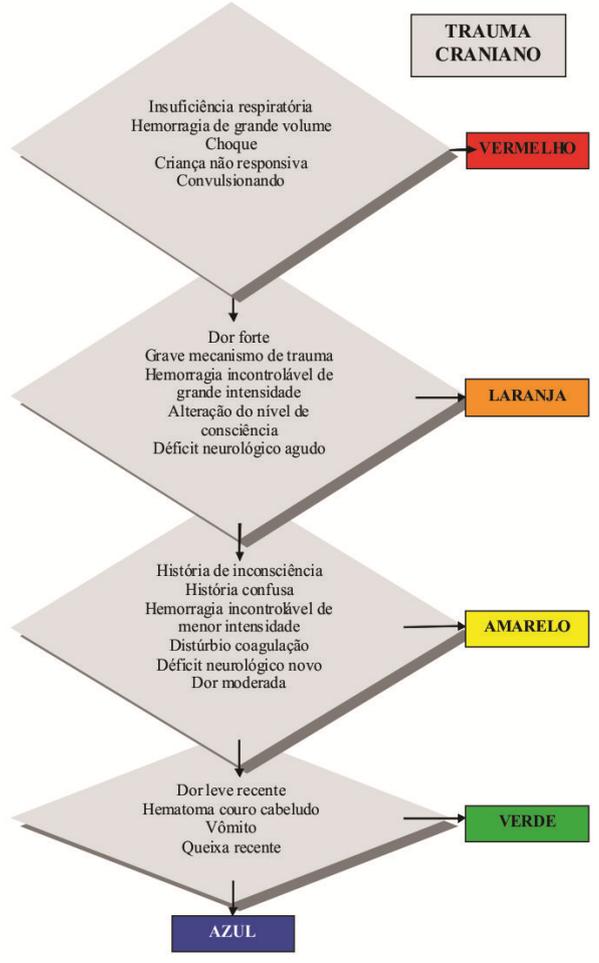
Anexos

ANEXO A
Protocolo de Classificação de Risco do Hospital Instituto Dr José Frota

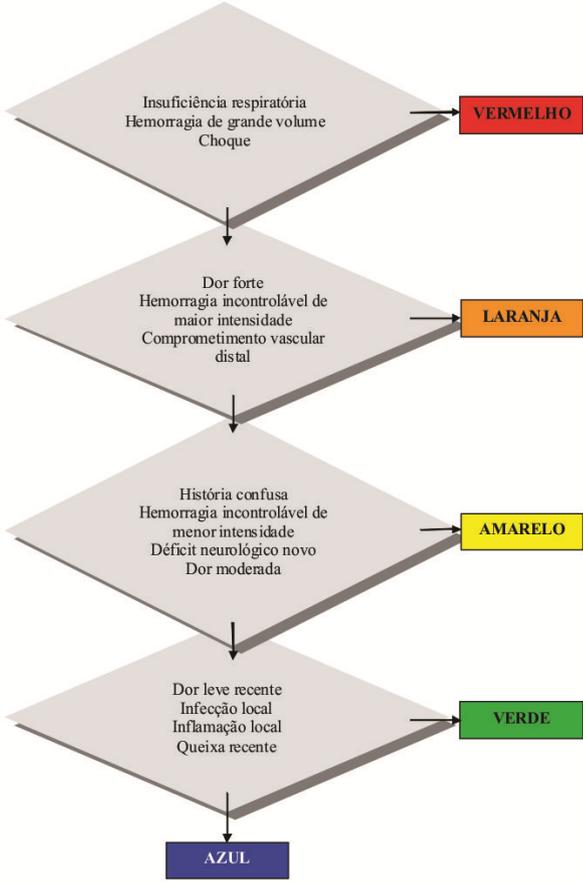
POLITRAUMATISMO



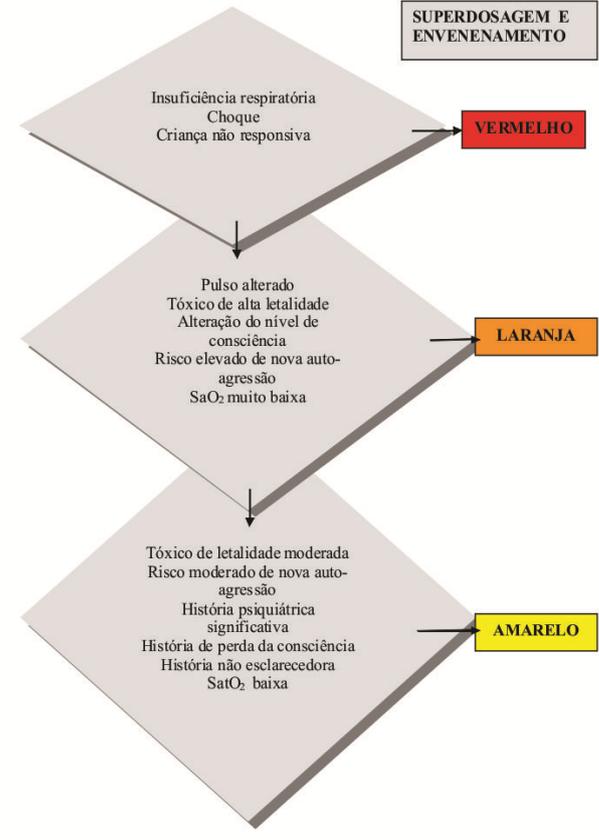
TRAUMA CRANIANO

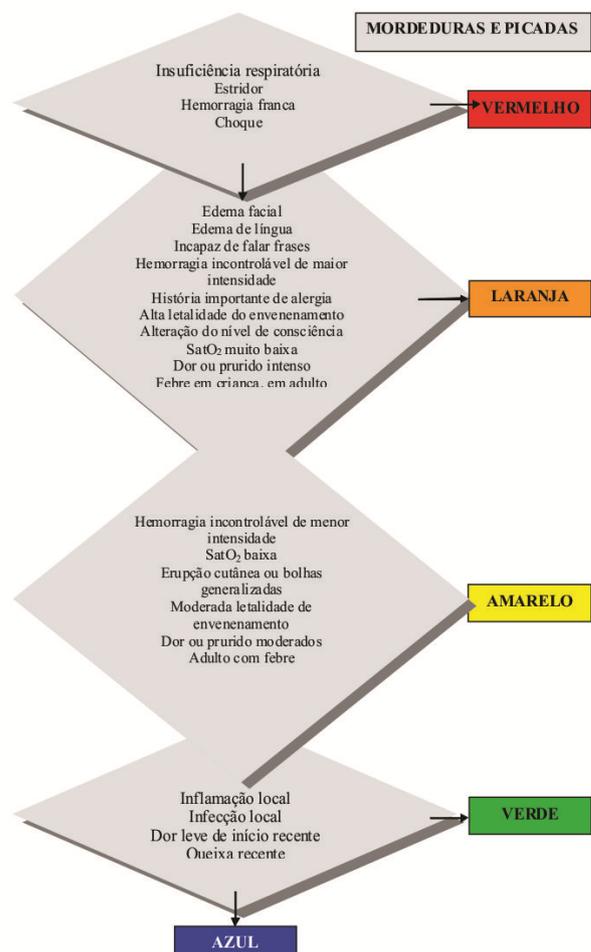
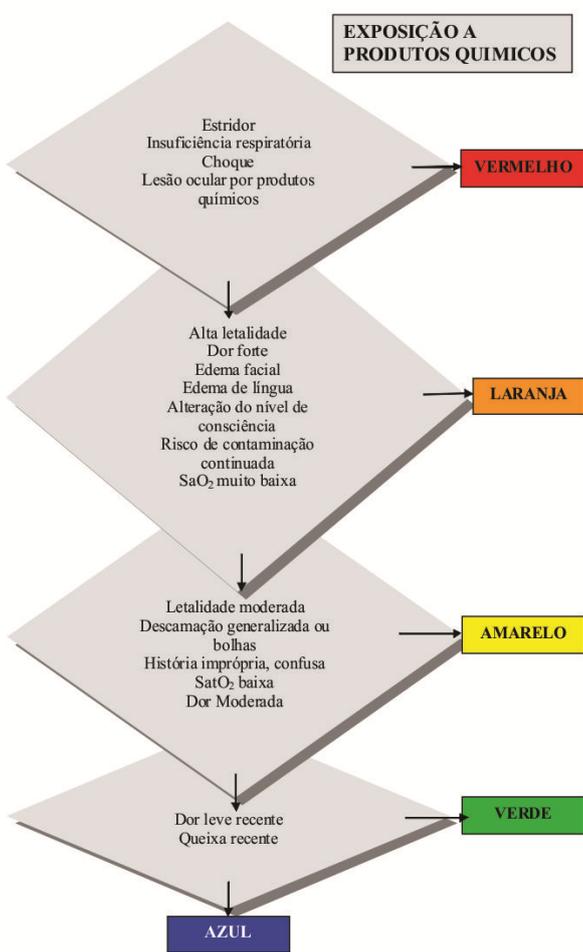
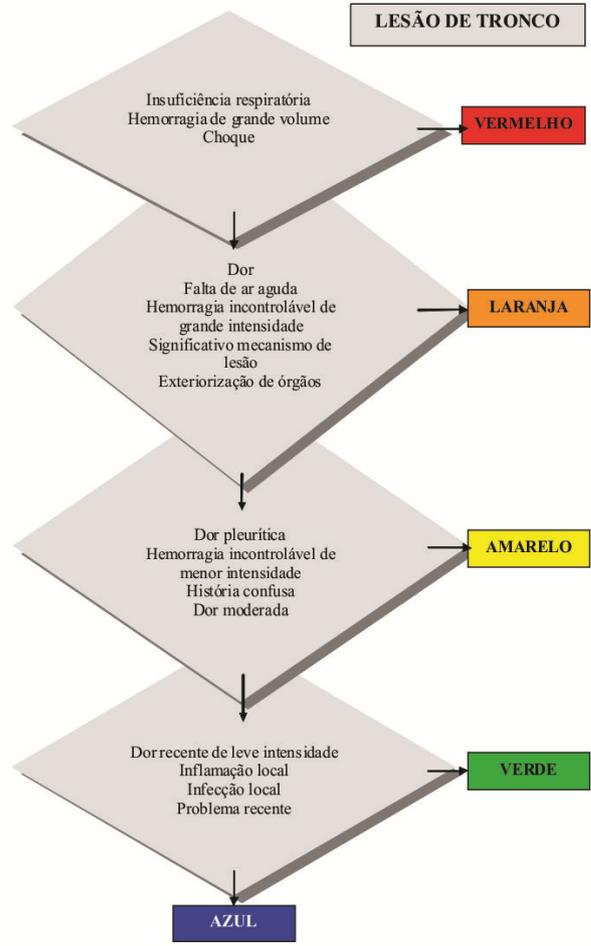
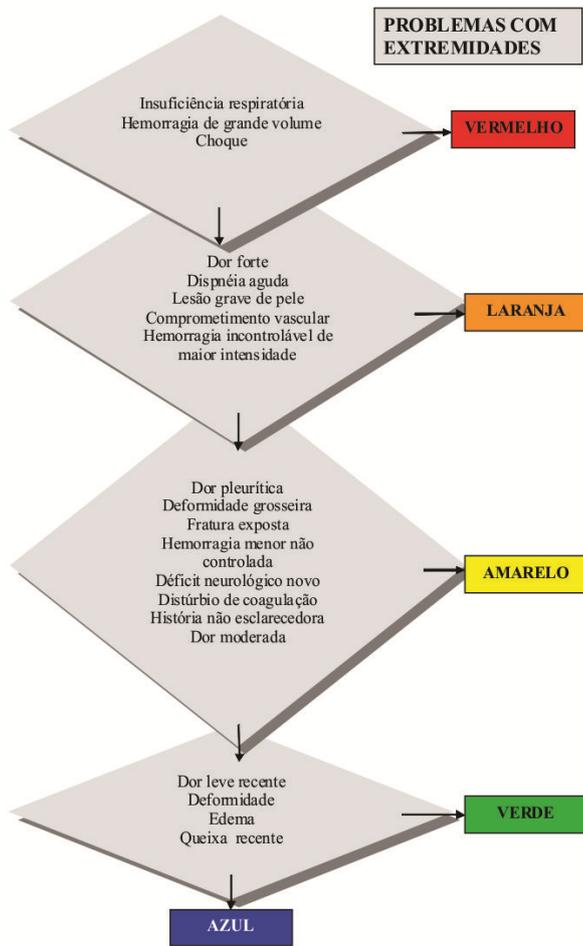


FERIDA PENETRANTE

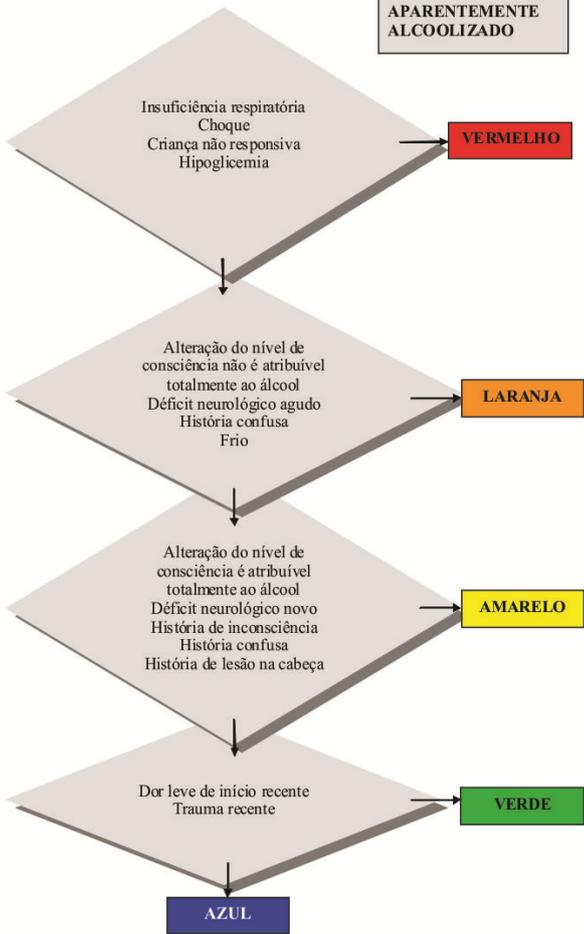


SUPERDOSAGEM E ENVENENAMENTO

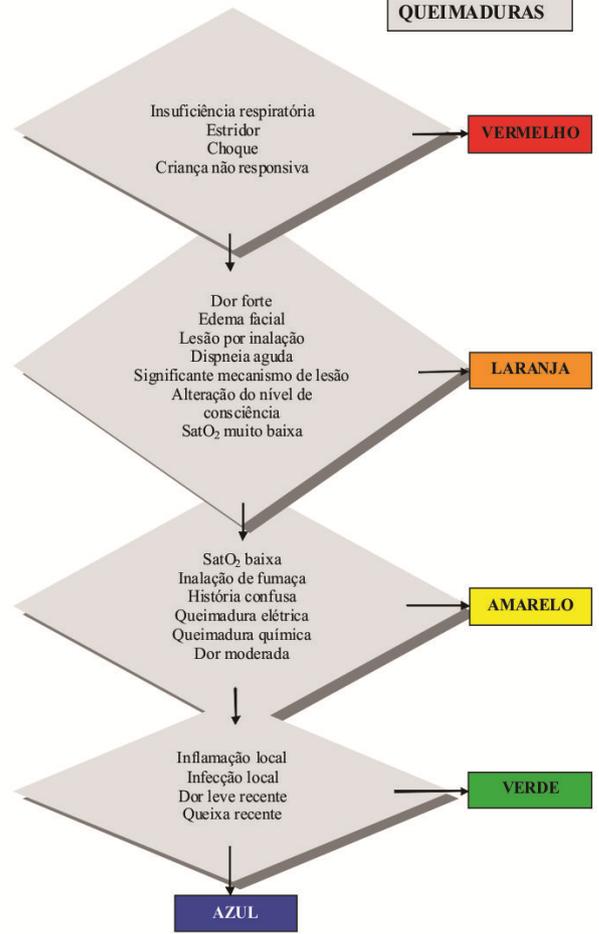




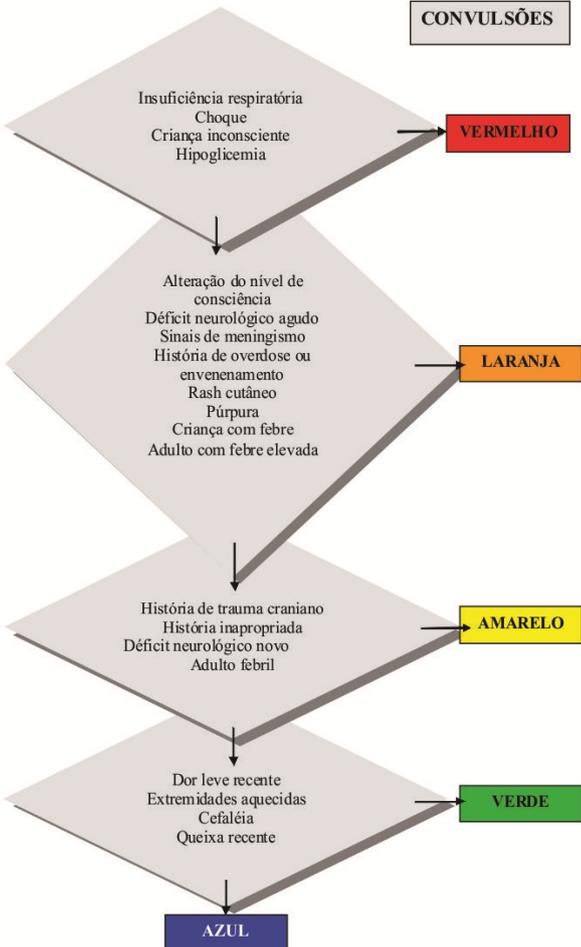
**APARENTEMENTE
ALCOOLIZADO**



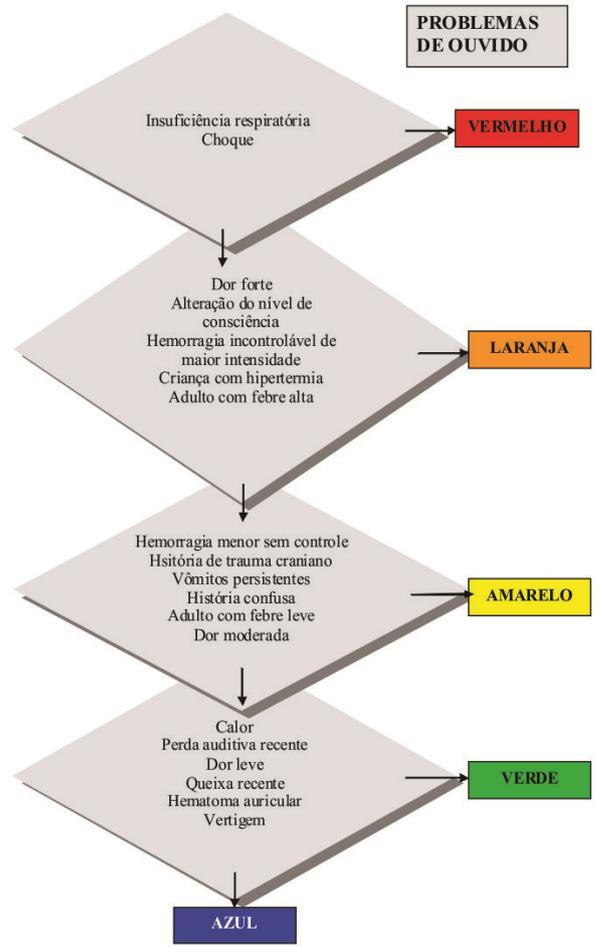
QUEIMADURAS

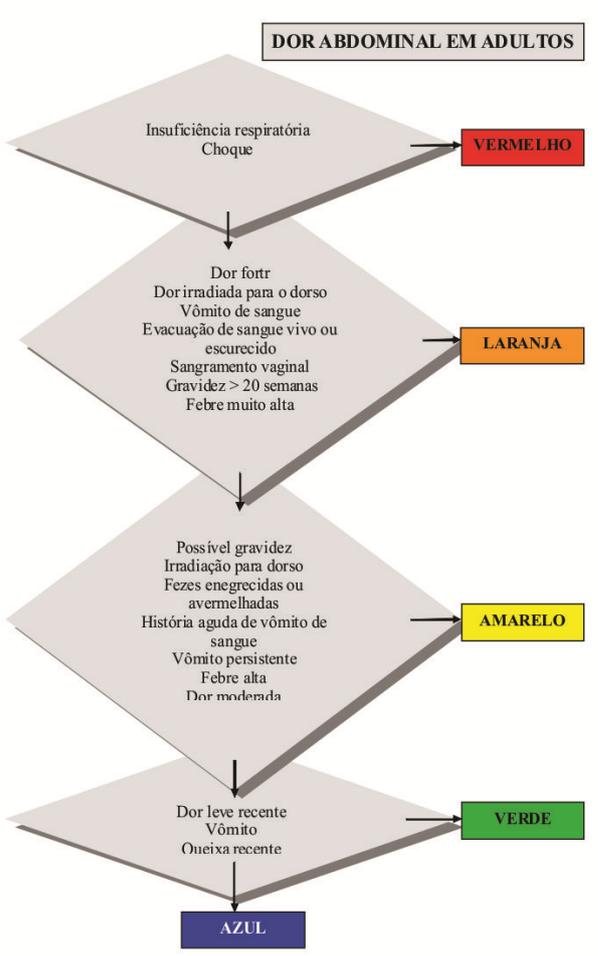
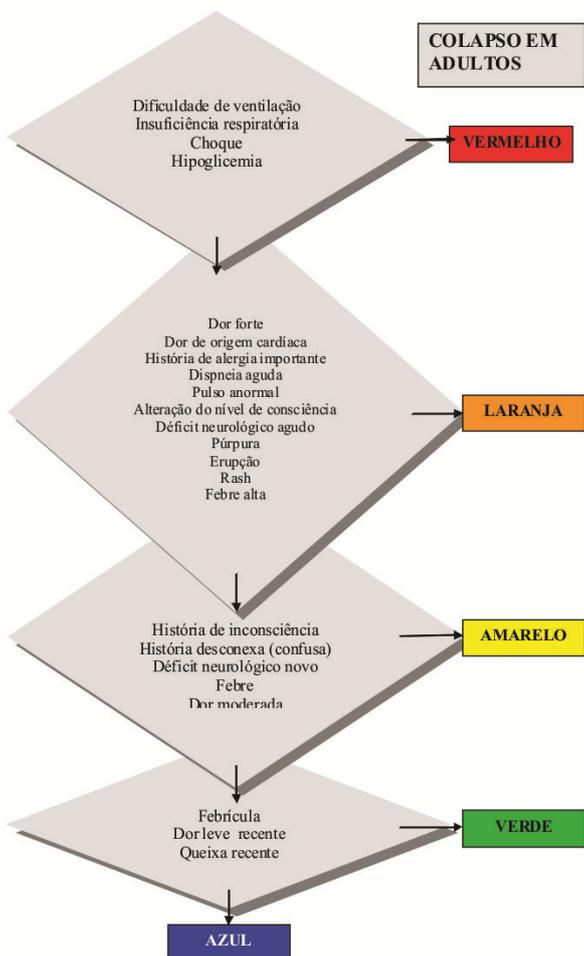
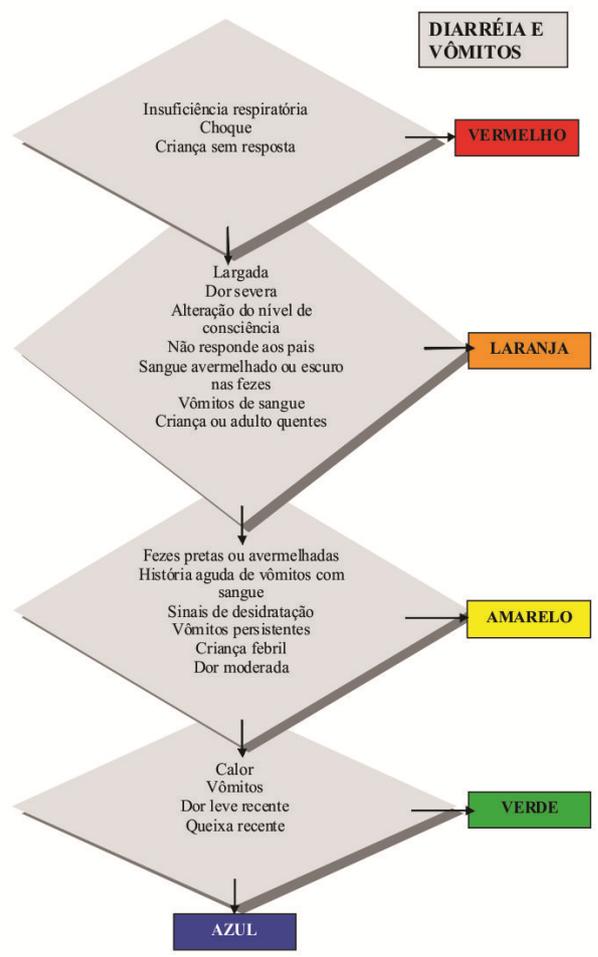
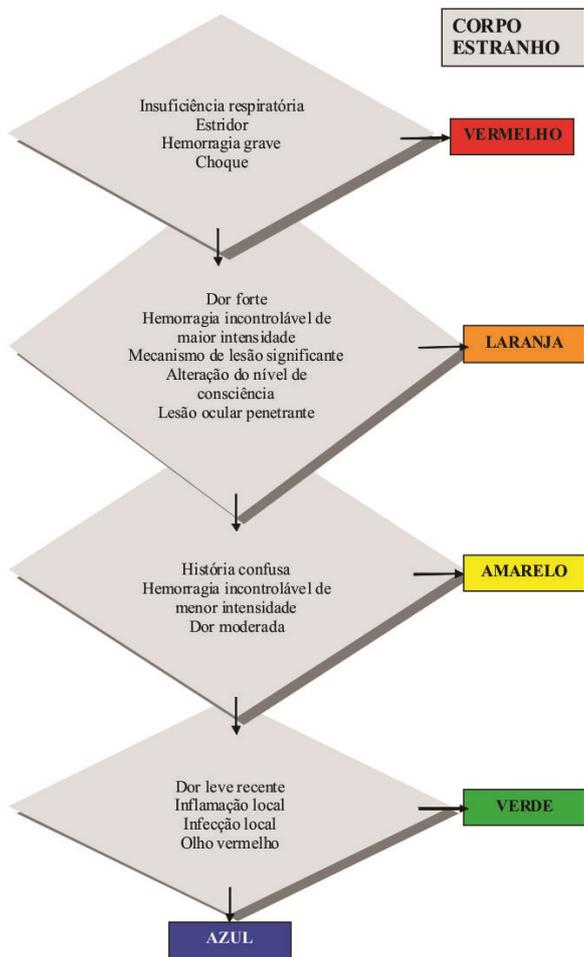


CONVULSÕES

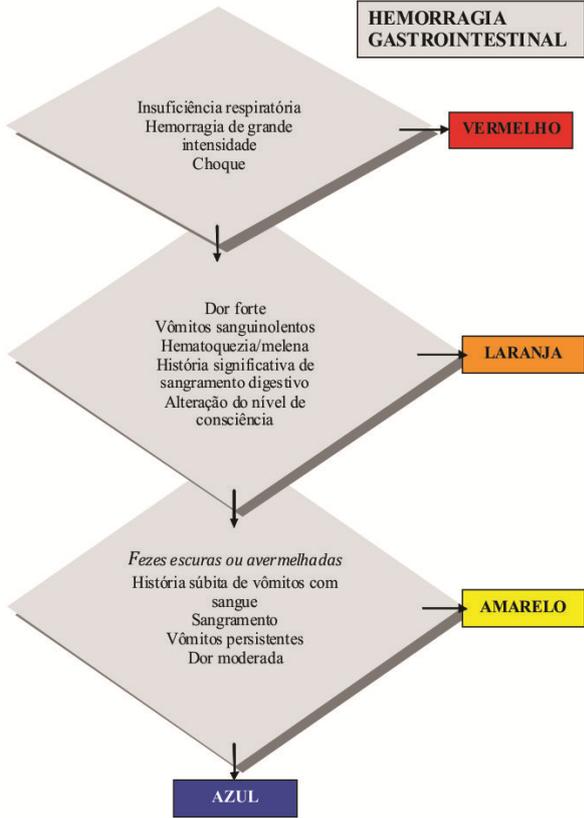


**PROBLEMAS
DE OUVIDO**

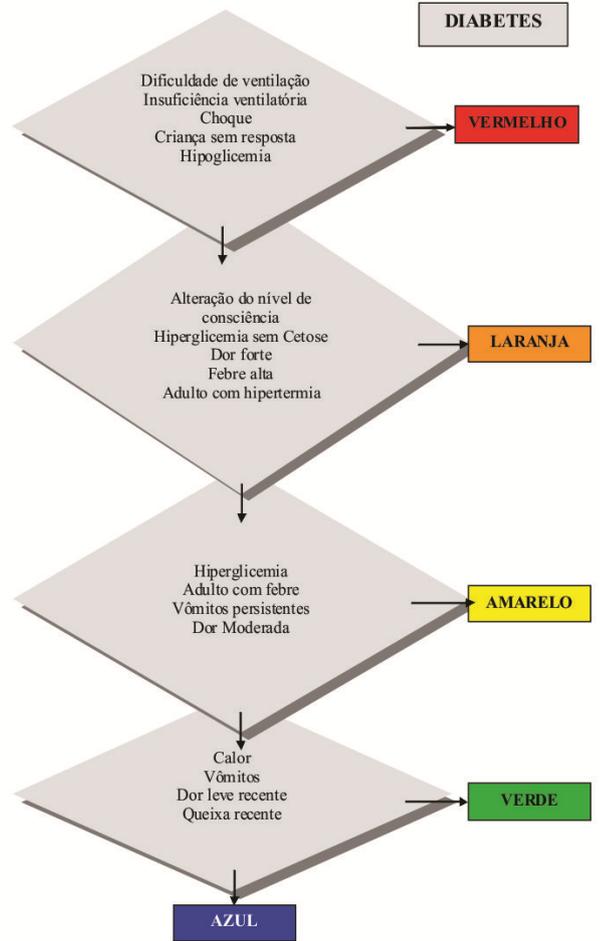




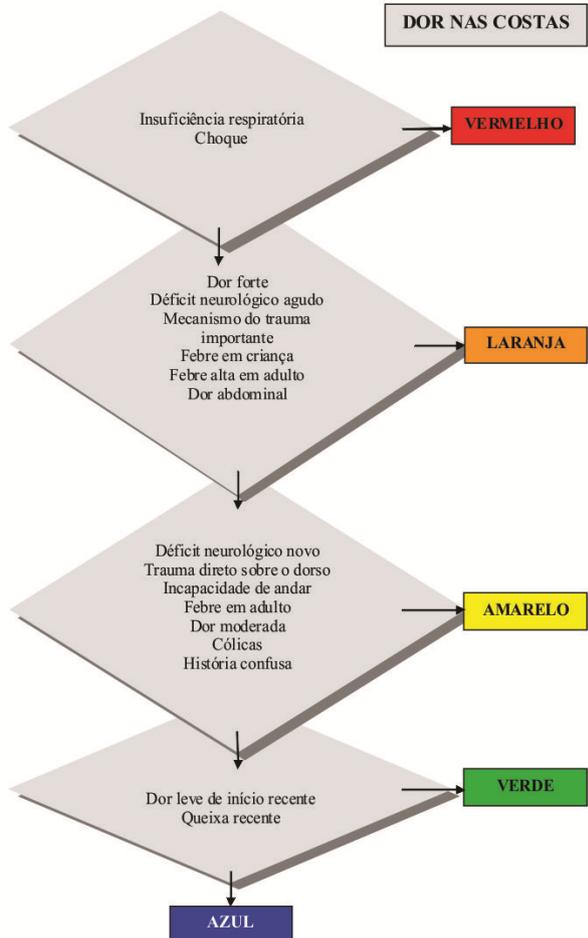
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL



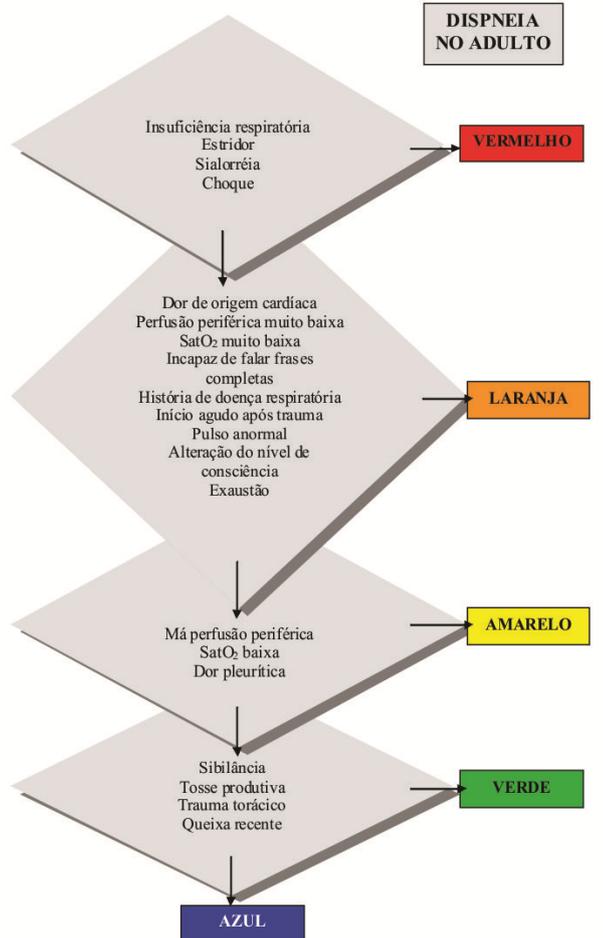
DIABETES

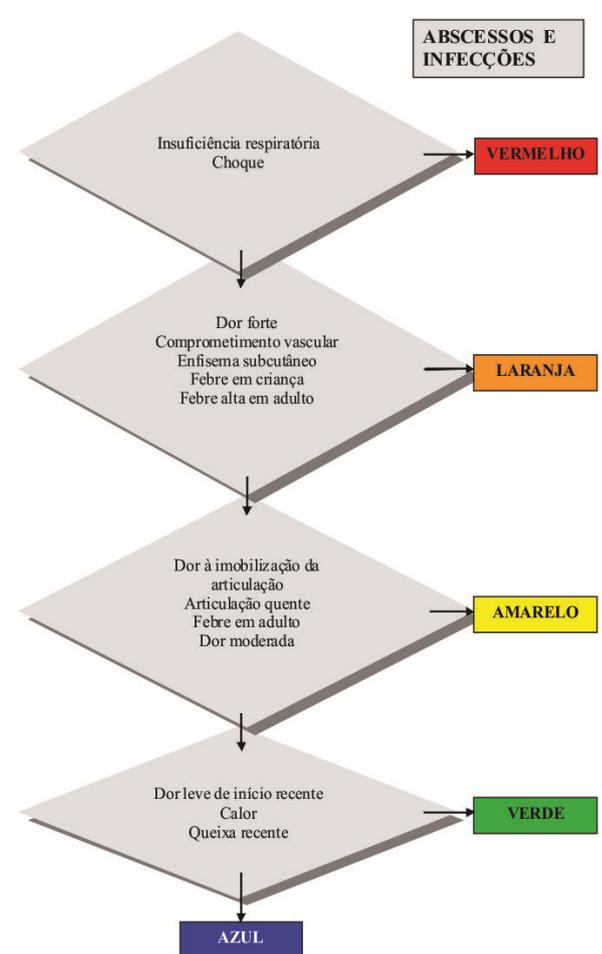
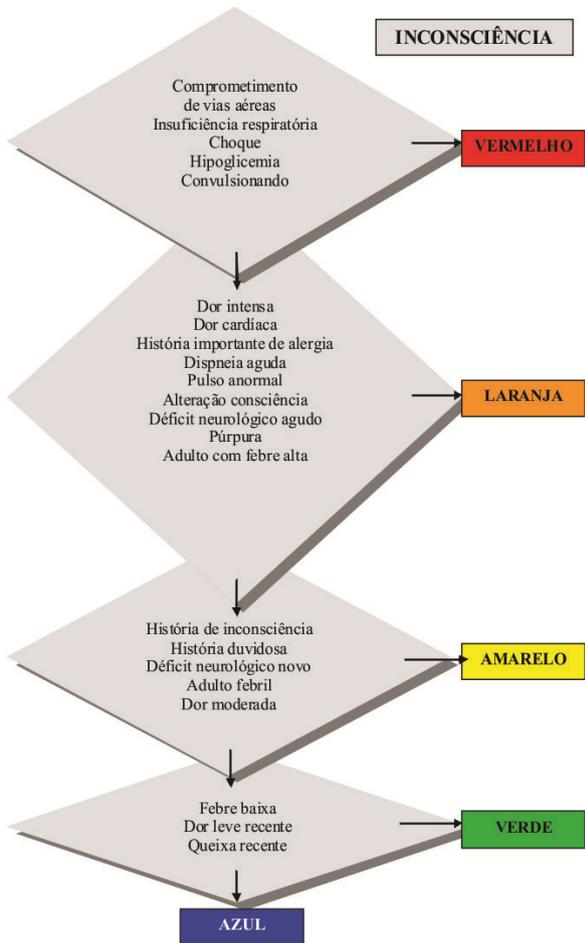
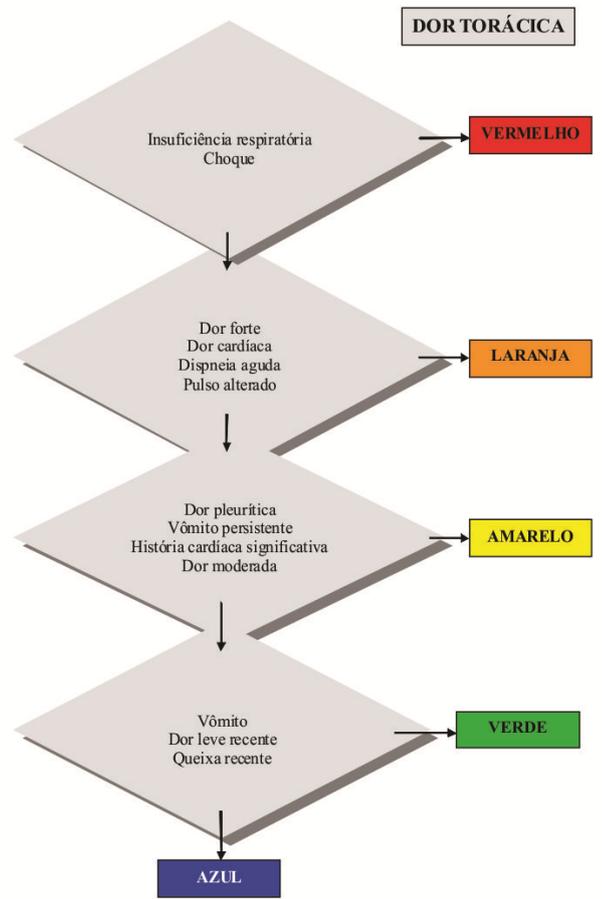
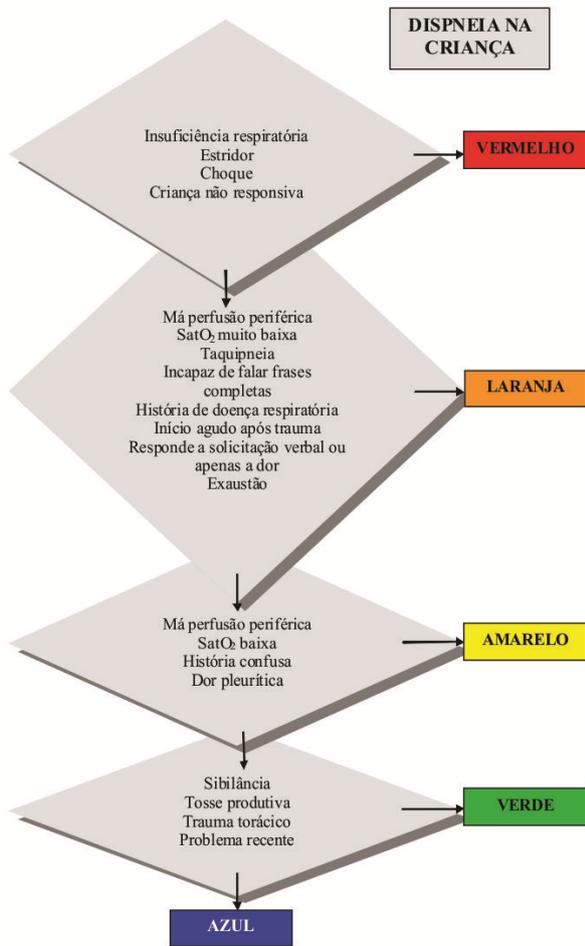


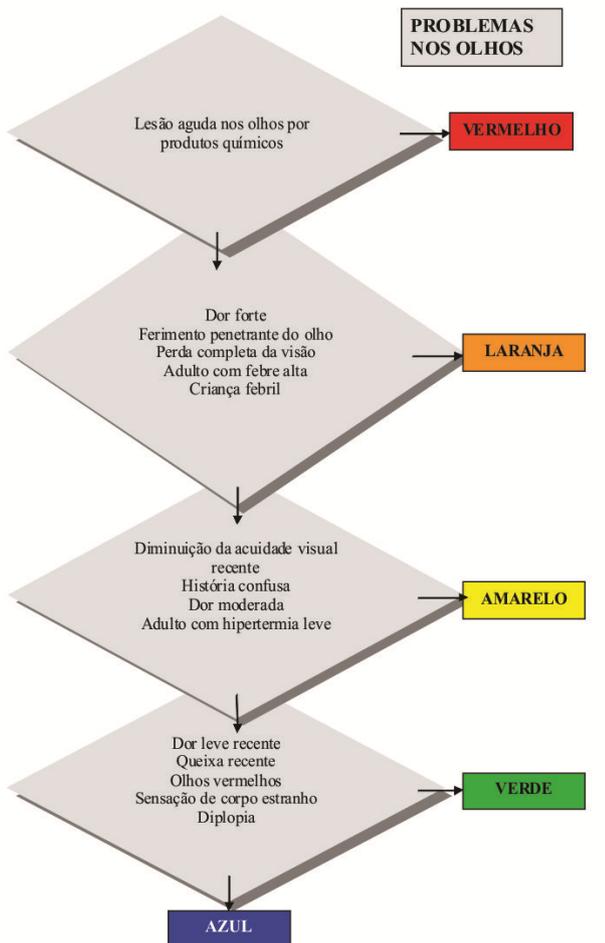
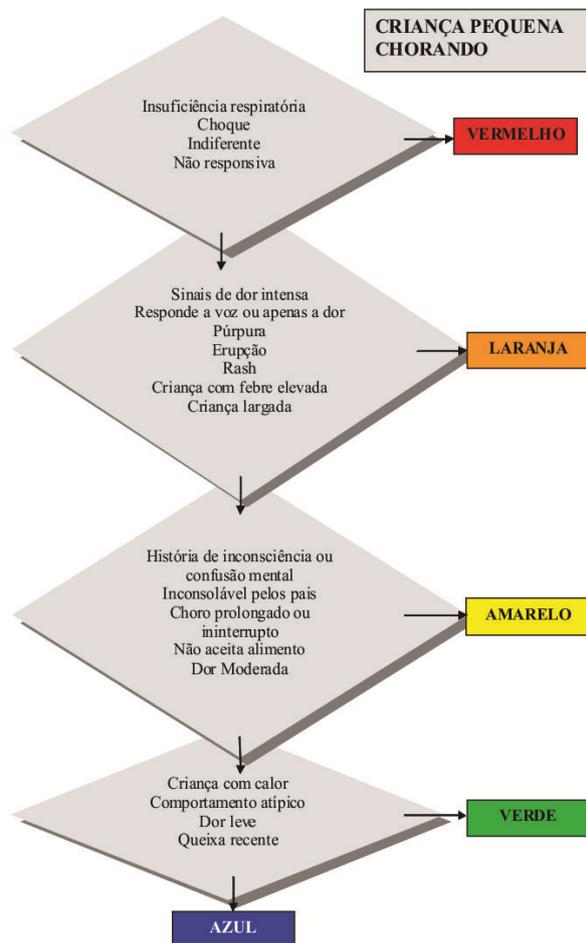
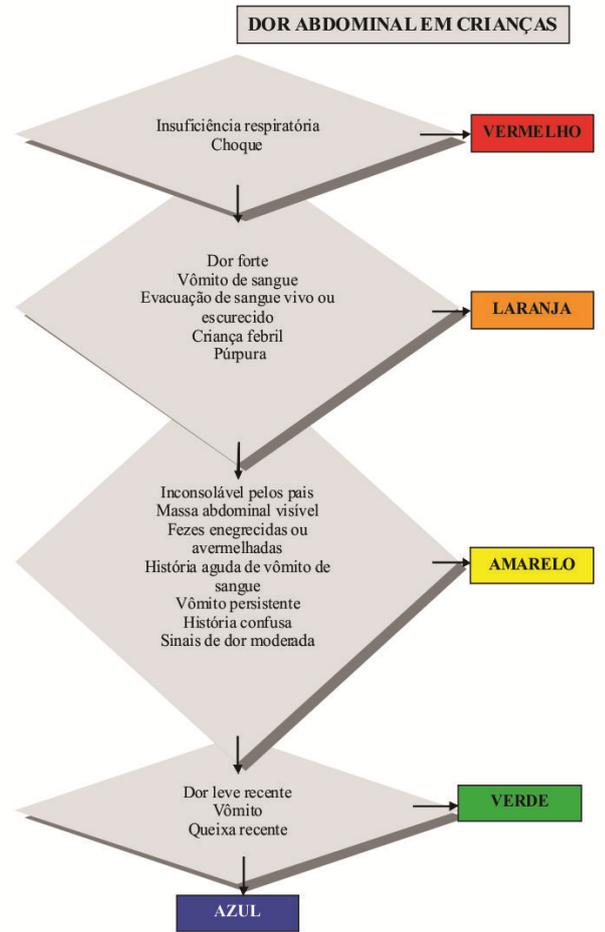
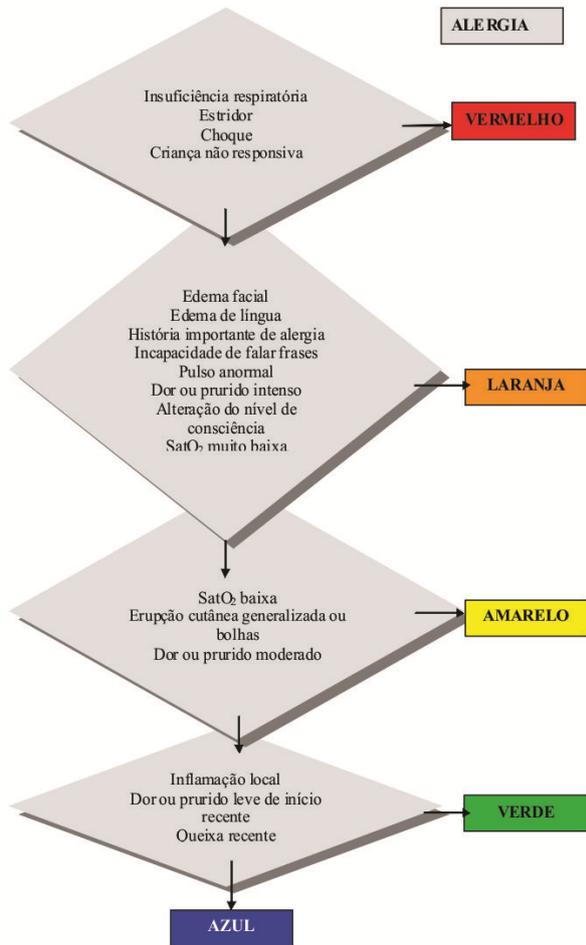
DOR NAS COSTAS

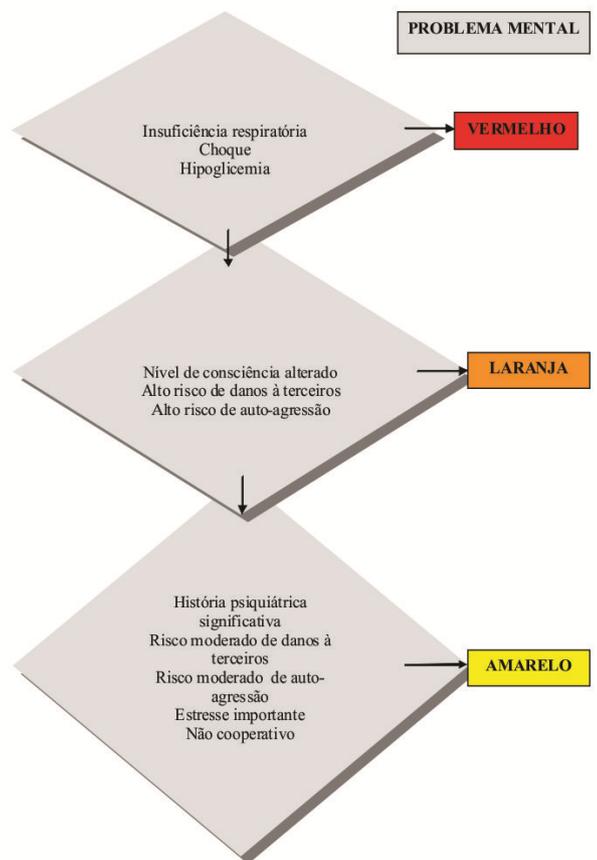
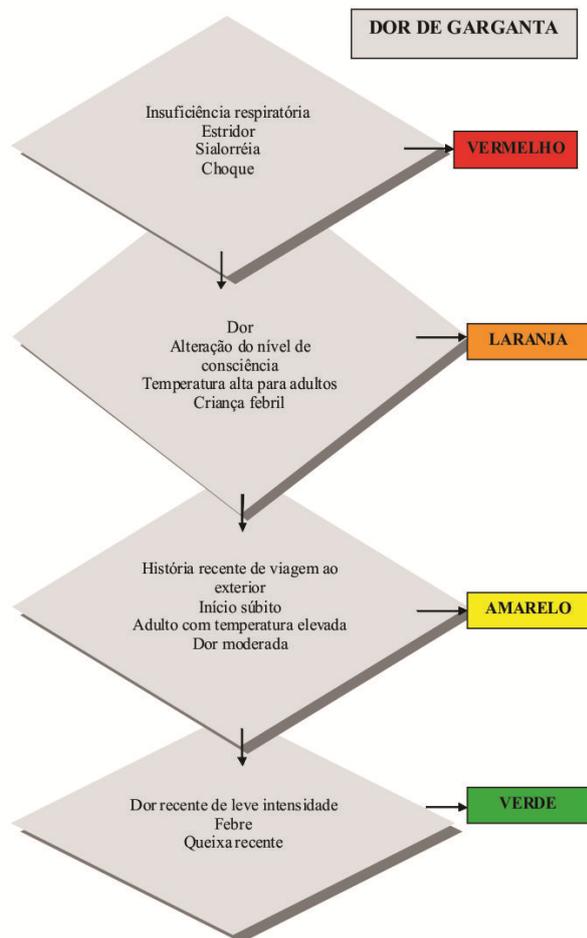
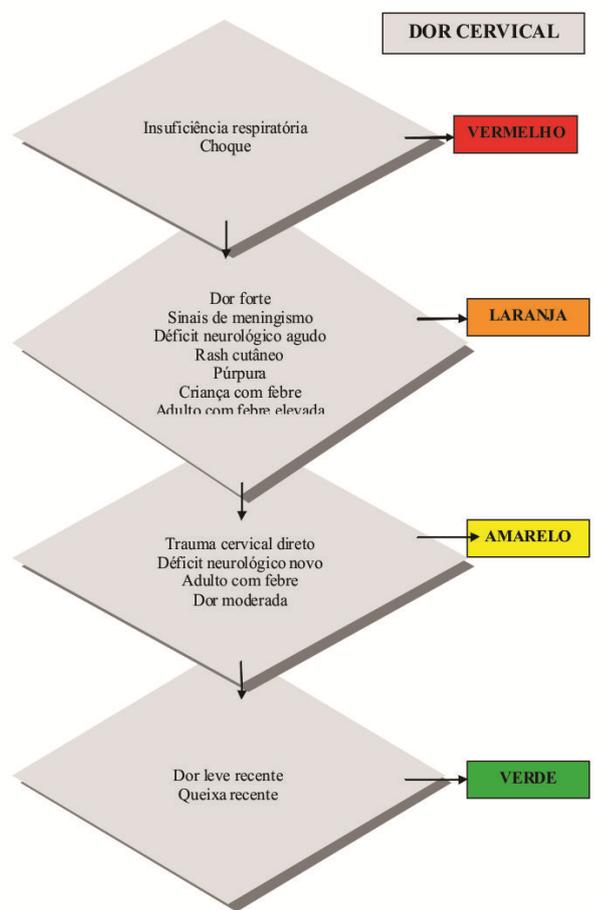
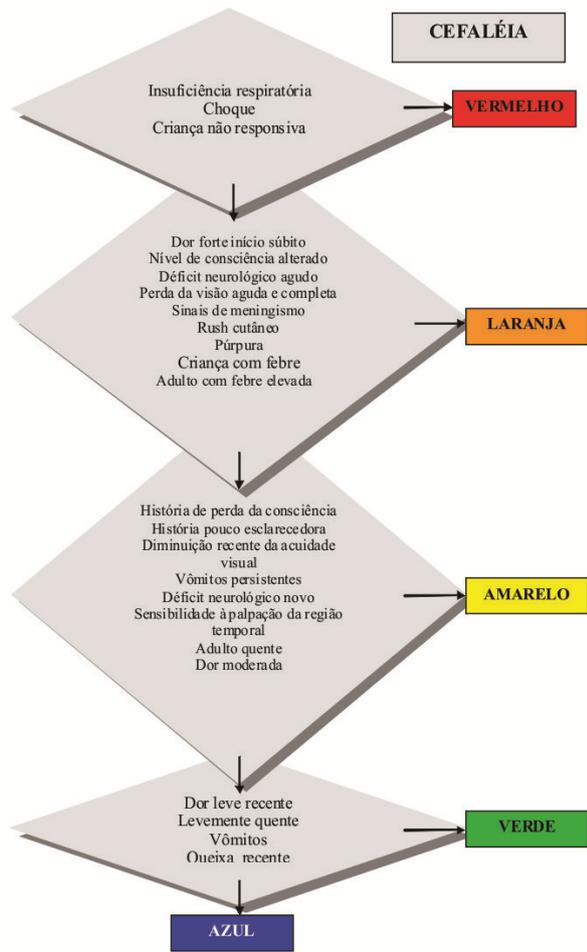


DISPNEIA NO ADULTO

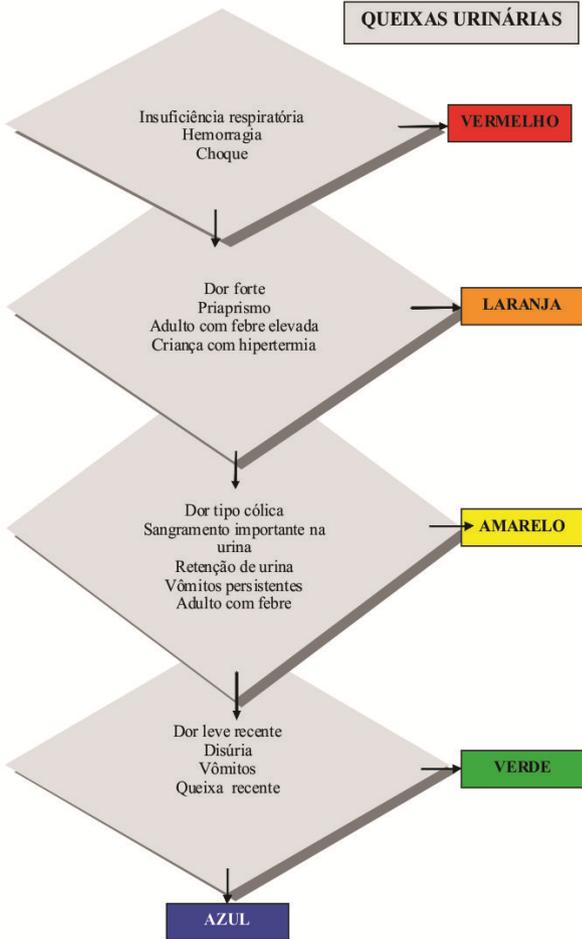




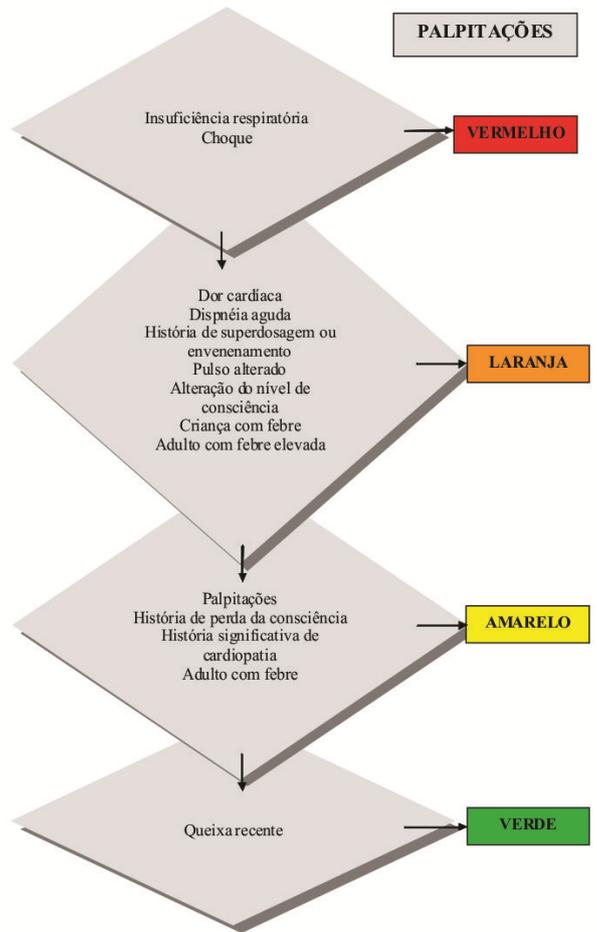




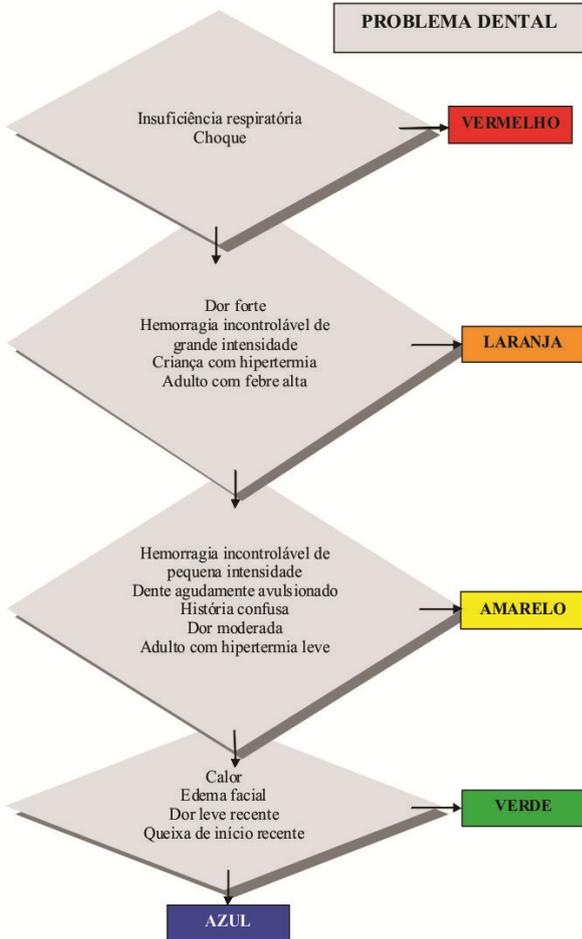
QUEIXAS URINÁRIAS



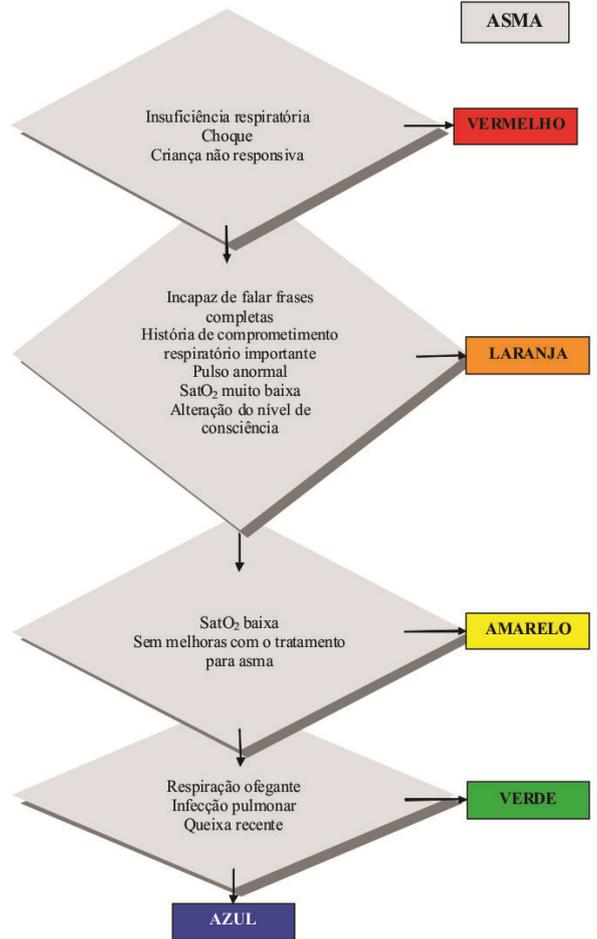
PALPITAÇÕES



PROBLEMA DENTAL



ASMA



ANEXO B – Folder do Treinamento

O Curso

Urgência e emergência são condições que poderão acontecer em qualquer local da instituição hospitalar, desde o pronto-socorro até o Centro de Tratamento de Quedados. Atuando sempre no primeiro atendimento ao paciente, o Enfermeiro deve estar, portanto, devidamente preparado para exercer tal função.

Visando desenvolver as competências necessárias ao profissional enfermeiro para o cuidado de enfermagem em urgência e emergência ao cliente e à família com qualidade, ética, eficiência e segurança, a Chefe de Enfermagem da Divisão de Atendimento Emergencial do IJF, em conjunto com o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica da FFOE da UFC e o Centro de Estudos e Pesquisas do IJF, elaboraram o presente curso, especialmente voltado para os enfermeiros da Unidade de Atendimento Emergencial contemplando, porém, os Enfermeiros dos demais setores do hospital.

Carga Horária
40 horas/anla

Promoção:
Departamento de Enfermagem
DENF

Divisão de Atendimento Emergencial/Enfermagem
Centro de Estudos e Pesquisas
CEPESQ


UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ


UNIDADE DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
UNINUDI

Apoio:
Unidade de Nutrição e Dietética
UNINUDI

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SCIH

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NUHEPI

Assessoria de Comunicação
ASTECO





Fortaleza

**Treinamento para
enfermeiros em
atendimento de
urgência e
emergência e
acolhimento com
classificação de risco**

Instituto Dr. José Frota
26/10 a 14/12/2011



Programação

- Quarta, 26/10/11 - 18h00min às 22h00min**
 - Abertura do curso
 - Pré - teste
 - Humanização do atendimento em urgência e emergência
 - Acolhimento com Classificação de Risco
- Sexta, 04/11/11 - 18h00min às 22h00min**
 - Atendimento inicial ao politraumatizado
 - Reanimação cardio-respiratória e cerebral
- Quarta, 09/11/11 - 18h00min às 22h00min**
 - O cuidado de enfermagem ao paciente com trauma encefálico
 - O cuidado de enfermagem ao paciente com trauma raquimedular
- Sexta, 11/11/11 - 18h00min às 22h00min**
 - Protocolos de classificação de risco em urgência e emergência
 - Escalas de classificação de trauma
- Quarta, 16/11/11 - 18h00min às 22h00min**
 - Reações da criança a eventos dolorosos
 - Mudança de decúbito e balanço hídrico
- Sexta, 18/11/11 - 18h00min às 22h00min**
 - Assistência de enfermagem nas queimaduras
 - Síndrome Coronariana Aguda: O que há de novo?
 - Assistência de enfermagem no edema agudo de pulmão
- Quarta, 23/11/11 - 18h00min às 22h00min**
 - Semiologia e Semiótica
- Sexta, 25/11/11 - 18h00min às 22h00min**
 - Assistência de enfermagem no trauma de tórax

Corpo docente

- Angela Maria Uchoa Rodrigues
Enfermeira /UF/Docente UNIFOR
- Deborah Rodrigues Guerra
Enfermeira EM/Docente UNIFOR
- Glaydon Assunção Ponte
Médico /UF HSJ
- Ielene Victor Barbosa
Enfermeira /UF/Docente UNIFOR
- Jacqueline Dantas Sampaio
Enfermeira /UF
- Joelma Elaine Gomes Lacerda de Freitas Vêras
Docente UFC
- Joelzila Mara Bentes Pinto
Enfermeira /UF
- Luciene Miranda de Andrade
Enfermeira /UF/Enfermeira HSJ
- Maria Goretti Soares Monteiro
Enfermeira /UF/Docente UNIFOR
- Maria Terezinha de Albuquerque
Enfermeira /UF/Docente UECE
- Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu
Enfermeira /UF/Docente UNIFOR
- Tatiana de Medeiros Coletti Cavalcante
Enfermeira Unifor /Docente UNIFOR
- Zula Maria de Figueiredo Carvalho
Docente UFC

ANEXO C- Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa COMEPE UFC



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 165/11

Fortaleza, 20 de Agosto de 2011

Protocolo COMEPE nº 108/11

Pesquisador responsável: Maria Goretti Soares Monteiro.

Título do Projeto: "Efeito do Treinamento para Enfermeiros em Acolhimento com Classificação de risco em unidades de Urgência Emergência."

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 18 de Agosto de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,



Dr. Fernando José de Sá
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC