

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALEXANDRA DANIELA MARION MARTINS

LIMITES E POSSIBILIDADES NO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE UM PRONTO SOCORRO
PEDIÁTRICO NO DF

BRASÍLIA

2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALEXANDRA DANIELA MARION MARTINS

LIMITES E POSSIBILIDADES NO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE UM PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO
NO DF

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidados em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão da Atenção à Saúde e Organização dos Serviços em Saúde

Orientadora: Diana Lúcia Moura Pinho

BRASÍLIA

2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1001327.

M383L Martins, Alexandra Daniela Marion
Limites e possibilidades no acolhimento com classificação
de risco de um pronto socorro pediátrico no DF / Alexandra
Daniela Marion Martins. -- 2012.
82 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem,
Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2012.

Inclui bibliografia.

Orientação: Diana Lúcia Moura Pinho.

1. Administração da emergência. 2. Emergências médicas -
Enfermagem. 3. Serviços de enfermagem. I. Pinho, Diana Lúcia
Moura. II. Título.

CDU 616-083.98

ALEXANDRA DANIELA MARION MARTINS

LIMITES E POSSIBILIDADES NO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE UM PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO
NO DF

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 16 de julho de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Diana Lucia Moura Pinho – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professor Doutor Mário César Ferreira – Membro Externo ao Programa
Universidade de Brasília

Professora Doutora Jane Lynn Garrison Dytz – Membro Interno ao Programa
Universidade de Brasília

Professora Doutora Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira – Membro Suplente
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho aos meus pais José Carlos Marion e Marcia Maria Costa Marion pelo amor incondicional e por serem exemplos de perseverança e superação. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, Criador e Pai, que sempre me amou, concedendo a vida, a coragem e a oportunidade de mudar.

Ao meu marido, Emerson Fachin Martins, pelo encorajamento, contribuições e alegria compartilhada nesta etapa.

Às minhas filhas, Sarah Marion Martins e Sofia Marion Martins, pela tolerância, interesse e amor.

À Profa. Dra. Diana Lucia Moura Pinho, pela oportunidade e palavras inspiradoras, por compartilhar seus conhecimentos e contribuir para meu desenvolvimento científico e intelectual.

À enfermeira Gilcelia Oliveira da Silva e sua equipe, pela paciência e disposição em ajudar.

Às alunas de iniciação científica Marina Shinzato Camelo e Barbara de Oliveira Carvalho por tão grande ajuda na coleta dos dados.

Aos professores e colegas da UnB por toda instrução e conversas que clarearam o caminho a seguir.

À equipe do NUCOAD do Hospital Regional de Ceilândia, pela disposição em me atender.

A todos os amigos e irmãos que pacientemente me acompanharam nesta jornada.

Ao Decanato de Ensino de Graduação (DEG) pela concessão da bolsa REUNI de pós-graduação que por um período fiz uso e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado que recebi durante o término deste projeto.

“... se forem evitadas as grandes provações, grandes feitos permanecem por fazer e aborta-se a possibilidade da alma ser grande.”

(Brennan Manning)

RESUMO

MARTINS, ADM. Limites e possibilidades no acolhimento com classificação de risco de um pronto socorro pediátrico no DF. 2012. 82 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

O serviço de emergência é uma das alternativas de acesso ao Sistema Único de Saúde. Diferente de outras entradas de acesso ao sistema público de saúde, no Pronto Socorro, a superlotação é um panorama frequente que causa inúmeros transtornos ao serviço e ao usuário. Como forma de organização do atendimento por abordagem mais humanizada, a Política Nacional de Humanização recomenda o uso da tecnologia de Acolhimento com Classificação de Risco. Dentre outros benefícios, tal tecnologia possibilita espaço para escuta qualificada que resulta em classificação do usuário segundo sua necessidade de atendimento e resolutividade. Apesar de se observar a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no pronto socorro de hospitais no Distrito Federal, até o momento não se encontrou informações suficientes para se pensar o planejamento e organização deste serviço. Deste modo, o presente estudo teve como objetivo analisar o processo do Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Socorro pediátrico do Hospital Regional de Ceilândia, no período de setembro de 2009 a agosto de 2010 e a percepção dos enfermeiros sobre o processo. Trata-se de delineamento com métodos misto sequencial. Inicialmente, utilizou-se a estrutura exploratória e qualitativa, para se descrever o fluxo de acesso pelo usuário. Na sequência, a estratégia quantitativa com enfoque retrospectivo, para o levantamento longitudinal de dados secundários obtidos de registros do próprio serviço. Por fim, entrevistas para apreender a percepção dos enfermeiros envolvidos no processo de acolhimento. Dois pontos críticos foram evidenciados no fluxograma de acesso ao serviço pelo usuário, o primeiro antes do Acolhimento com Classificação de Risco e o segundo antes da avaliação médica, responsáveis pelo aumento do tempo de espera. O perfil de usuários no período estudado foi caracterizado por predominância de crianças do sexo masculino (53%), lactentes (46,9%), classificados principalmente nas categorias verde (53,7%) e amarela (36,1%), residentes em Ceilândia (76%) e pertencentes à abrangência dos Centros de Saúde número 8 (13,2%), 9 (12,5%) e 11 (10,9%). Encontrou-se uma diversidade de 343 queixas, sendo que 45% não constavam no protocolo usado para classificar. As queixas mais frequentes, independente do nível de classificação de risco foram febre, tosse e vômito, permanecendo com alta incidência em todos os meses estudados. Quanto ao discurso dos enfermeiros, se percebeu alta aceitação e identificação de importância do trabalho de priorização do atendimento. Foram relatadas dificuldades para o atendimento das classificações não urgentes e dificuldade de contra-referenciar os usuários. Conclui-se que o Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Socorro pediátrico do Hospital Regional de Ceilândia funciona com uma alta demanda de usuários não urgentes constatou-se que várias queixas dos usuários não constam no protocolo vigente. A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco contribuiu para a organização da demanda no Pronto Socorro Pediátrico do HRC, entretanto ainda não estabelece comunicação com outros níveis do Sistema Único de Saúde, colocando em evidência a fragilidade do sistema de referencia e contra-referencia dificultando o acesso dos usuários ao sistema de saúde. Por fim, considera-se que as informações acumuladas com dois anos de funcionamento do acolhimento, podem orientar um protocolo mais adequado para a realidade de saúde local e promover aprimoramento no uso desta tecnologia.

Palavras-chave: Triagem, Acolhimento, Organização & Administração, Enfermagem em Emergência, Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

MARTINS, ADM. Limits and possibilities in the User Embracement with Risk Rating of a pediatric emergency in DF. 2012. 82 p. Dissertation (Master degree) – Nursing Department, Health Science Faculty, Brasília University, Brasília, 2012.

The emergency department is an alternative access to the Brazilian Health System. Unlike other entrances to the public health system overcrowding is a common scenario that causes numerous disorders to the service and the user. As a way of organizing care for a more humane approach, the National Humanization Policy recommends the User Embracement with Risk Rating technology. Among other benefits, this technology allows space for qualified hearing that results in a user classification according to his need for attention and solution. While observing the User Embracement with Risk Rating implementation in the emergency department of the Federal District hospitals, no information was found to support this service planning and organization. Thus, this study aimed to analyse the User Embracement with Risk Rating process in the Pediatric Emergency of Ceilândia Regional Hospital, between September 2009 and August 2010 and its nurses' perception. It is a sequential mixed method. It was used qualitative exploratory structure by observing the service to describe the user access flow. A longitudinal quantitative analysis of a year data was used on an exploratory retrospective study with both descriptive and analytical approach. Also a qualitative analysis was used to assess the nurses' perceptions regarding the use the studied technology. Secondary data were obtained from the service records and primary data were collected from the user access observation to the Emergency Department and interviews with nurses. Two narrowed access were observed in the flow chart, one before the User Embracement with Risk Rating and another before the medical evaluation. It was responsible for users long waiting periods. The users profile during the study period was characterized by male children (53%), infants (46.9%), mainly in the green (53.7%) and yellow category (36.1%), residents in Ceilândia (76%) and near of the Health Centers number 8 (13.2%), 9 (12.5%) and 11 (10.9%). It was found a range of 343 user complaints, of which 45% were not included in the triage protocol. The most common were fever, cough and vomiting, with a high incidence in all the studied months. The nurses reported high acceptance of the triage system and identified the prioritization work important. The difficulties were to attend the non urgent users and to counter-reference users. It is concluded that the User Embracement with Risk Rating in the Pediatric Emergency of Ceilândia Regional Hospital works with a high users demand having several non-urgent complaints that are not included in the triage protocol. It was also noted that this service does not establish communication with other Brazilian Health System units. Finally, it is considered that the information gathered with two years the user embracement operation, can guide a best suited protocol to the reality of local health, and promote improvements in this technology use.

Keywords: Triage, User Embracement, Organization & Administration, Emergency Nursing, Emergency Medical Services.

RESUMEN

MARTINS, ADM. Límites y posibilidades en el acogimiento con la clasificación de riesgo de la emergencia pediátrica en DF. 2012. 82 p. Disertación (Master) - Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2012.

El servicio de emergencia es una alternativa de acceso al Sistema Brasileño de Salud y el hacinamiento es escena común en estos establecimientos que causa numerosos trastornos del servicio y al usuario. Como una forma de organizar el cuidado con un enfoque más humano, la Política Nacional de Humanización recomienda el uso de la tecnología de Acogimiento con la clasificación de Riesgo. Entre otras ventajas, esta tecnología permite el espacio para una escucha calificada resultante en la clasificación del usuario de acuerdo a su necesidad de atención y solución. Al observar la aplicación de Acogimiento con la clasificación de Riesgo en el servicio de urgencias de los hospitales en el Distrito Federal, hasta ahora no encontré suficiente información para pensar en la planificación y la organización de este servicio. Así, este estudio tuvo como objetivo analizar el proceso del Acogimiento con la clasificación de Riesgo en la Emergencia Pediátrica del Hospital Regional de Ceilândia a partir de septiembre 2009 a agosto 2010 y la percepción de los enfermeros acerca del proceso. Es un método de secuencia mixto. Inicialmente, se utilizó la estructura de carácter exploratorio y cualitativo, para describir el flujo de acceso de los usuarios. En la secuencia, la estrategia con enfoque cuantitativo retrospectiva a el estudio longitudinal de los datos secundarios obtenidos de los registros del propio servicio. Por último, las entrevistas para captar la percepción de las enfermeras que participan en el acogimiento. Los datos secundarios se obtuvieron de los registros del servicio y los datos primarios se obtuvieron de la observación de acceso del usuario a emergencias y las entrevistas con las enfermeras del servicio. Dos estrangulamiento del acceso de usuarios se observaron en el diagrama de flujo para el servicio, antes de Acogimiento con la clasificación de Riesgo y otra antes de la evaluación médica, responsable de un largo período de espera. El perfil de los usuarios durante el período de estudio se caracterizó por el predominio de los varones (53%) lactantes (46,9%), principalmente en la categoría verde (53,7%) y amarillo (36,1%), los residentes en Ceilândia (76%) y pertenecientes al ámbito de los Centros de Salud 8 (13,2%), 9 (12,5%) y 11 (10,9%). Fue encontrado una serie de 343 denuncias, de las cuales el 45% no fueron incluidos en el protocolo utilizado para la clasificación. Los más comunes fueron fiebre, tos y vómitos, quedándose con una alta incidencia en todos los meses estudiados. El discurso de las enfermeras, se dio cuenta de una alta aceptación e identificación de la importancia de trabajo de las prioridades de la atención. Se han señalado dificultades de cumplir con los niños no urgentes, y contra-referencia los usuarios. Se concluye que el Acogimiento con la clasificación de Riesgo de Emergencia Pediátrica del Hospital Regional de Ceilândia trabaja con una alta demanda de los usuarios que tienen varias quejas no urgentes que no están incluidos en el protocolo utilizado. También tenga en cuenta que este servicio no establece comunicación con otros sectores del Sistema Brasileño de Salud. Finalmente, se considera que la información reunida con dos años de funcionamiento de el acogimiento, puede guiar un protocolo que mejor se adapte a la realidad de salud local y promover la mejora en el uso de esta tecnología.

Descriptores: Triage, Acogimiento, Organización & administración, Enfermería de Urgencia, Servicios Médicos de Urgencia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Esquema ilustrativo dos testes que avaliam confiabilidade de protocolos	20
Figura 2.	Média de atendimentos/mês no PS pediátrico registrado no período.	28
Figura 3.	Distribuição de frequência mensal da demanda no período de setembro de 2009 a agosto de 2010	28
Figura 4.	Acesso do usuário ao PS pediátrico do HRC, DF.	29
Figura 5.	Porcentagem da média anual da classificação de risco observada no PS pediátrico do HRC-DF.	31
Figura 6.	Proporções mensais de crianças acolhidas por classificação de risco (cor) no PS pediátrico do HRC.	32
Figura 7.	Idade das crianças atendidas no ACR do PS pediátrico do HRC.	33
Figura 8.	Idade das crianças por grupos etários atendidas no ACR do PS pediátrico do HRC.	34
Figura 9.	Sexo das crianças atendidas no ACR do PS pediátrico do HRC de setembro de 2009 a agosto de 2010.	34
Figura 10.	Mapa de Ceilândia com localidade de residência segundo abrangência dos CSC das crianças atendidas no ACR do PS pediátrico do HRC no período estudado.	35
Figura 11.	Total de queixas por categorias encontradas no ACR do PS pediátrico do HRC.	37
Figura 12	Percentual total de classificação de risco segundo as queixas encontradas no ACR do PS pediátrico do HRC.	38
Figura 13	Progressão mensal no ano em porcentagem do total de queixas das crianças atendidas no ACR do PS pediátrico do HRC.	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Detalhamento de alguns modelos de triagem utilizados no mundo.	08
Tabela 2.	Local de residência no DF não considerando a RA de Ceilândia para crianças atendidas no ACR do HRC no período estudado.	36
Tabela 3.	Distribuição das queixas febre, tosse, inapetência e vômito.	38
Tabela 4.	Distribuição das queixas diarreia, coriza, odinofagia e catapora.	39
Tabela 5.	Distribuição das queixas por agrupamento de categorias que constam ou não no protocolo do ACR usado no PS pediátrico do HRC no período estudado.	42
Tabela 6.	Características dos servidores que trabalham no ACR do PS pediátrico do HRC.	43
Tabela 7.	Distribuição de frequência das UT e RT identificadas na transcrição das entrevistas com os enfermeiros do ACR do PS pediátrico do HRC.	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
ATR	Área de Trajeto Rápido
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CATS	<i>Canadian Emergency Department Triage and Acute Scale</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CS	Centro de Saúde
DF	Distrito Federal
DIAPS	Diretoria de Atenção Primária a Saúde e Estratégia de Saúde da Família
EBSCO	<i>Elton B Stephens COmpany</i>
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
GAE	Guia de Atendimento de Emergência
GBACR	Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
MAT	<i>Model Andorrà de Triage</i>
MG	Minas Gerais
MTS	<i>Manchester Triage Sistem</i>
NIPS	<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>
NTS	<i>Netherland Triage System</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PaedCATS	<i>Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines</i>
PNH	Política Nacional de Humanização
PB	Paraíba
PEAC	Projeto de Extensão de Ação Contínua
PS	Pronto Socorro
RA	Região Administrativa
RS	Rio Grande do Sul
RT	Referência Temática
SP	São Paulo
START	<i>Simple Triage and Rapid Treatment</i>

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federativa
UT	Unidade Textual

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	06
2.1. Objetivo geral.....	06
2.2. Objetivos específicos.....	06
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	07
3.1. Histórico.....	07
3.2. Acolhimento.....	11
3.3. Classificação de risco.....	15
3.4. Protocolo.....	18
4. MÉTODO.....	22
4.1. Delineamento da pesquisa.....	22
4.2. Local do estudo.....	22
4.3. Aspectos éticos.....	23
4.4. Participantes.....	23
4.5. Coleta e análise – Etapa qualitativa.....	24
4.6. Coleta e análise – Etapa quantitativa.....	25
5. RESULTADOS.....	27
5.1. Histórico do Acolhimento com Classificação de Risco no HRC.....	27
5.2. Funcionamento do Acolhimento com Classificação de Risco.....	29
5.3. Caracterização da demanda do ACR.....	31
5.4. Queixas segundo ACR.....	36
5.5. Perfil das queixas identificadas e protocolo vigente.....	42
5.6. Percepções da equipe de enfermagem.....	43
6. DISCUSSÃO.....	49
7. CONCLUSÃO.....	55
8. REFERÊNCIAS.....	57
9. ANEXOS.....	63
Anexo A – Documento de aprovação no CEP.....	63
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	64
Anexo C – Termo de Concordância do HRC.....	65
Anexo D – Instrumento para análise das percepções.....	66
Anexo E – Cópia digitalizada de uma página do livro de registro.....	67
Anexo F – Comportamento mensal da distribuição etária.....	69

Anexo G – Distribuição de frequência mensal por local de residência.....	70
Anexo H – Distribuição de frequência mensal por RA no DF.....	71
Anexo I – Organização das queixas observadas nos registros.....	72
Anexo J – Protocolo vigente no ACR do PS pediátrico do HRC.....	74
Anexo K – Organização das unidades textuais transcritas.....	78

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está alicerçado em princípios como: a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde (BRASIL, 2006a; RIBEIRO, J. M., 2009). Esses princípios atendem as necessidades de um país com profundas desigualdades socioeconômicas, onde está regulamentado que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

No entanto, o SUS ainda apresenta dificuldades para a concretização plena destes princípios. Mesmo com a ampliação da rede básica pela estratégia saúde da família e unidades de saúde da família, que melhorou a acessibilidade geográfica, evidencia-se uma desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda, gerando descontinuidade na atenção e no acesso a encaminhamentos na rede (BACKES et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2008; SCHIMITH; LIMA, 2004; SOUZA, E. C. F. et al., 2008).

Nas redes básicas de atenção à saúde é possível se observar atendimentos em número aquém das necessidades (FRANCO, T.B.; BUENO; MERHY, 1999). Sendo este número inferior à demanda, observa-se que os usuários dos serviços públicos de saúde necessitam enfrentar filas que não garantem atendimento, fazendo com que não consigam o acesso e procurem outros serviços de saúde (BRASIL, 2006a; FRANCO, T.B. et al., 1999).

Essa incapacidade em absorver a demanda espontânea à rede básica de saúde leva o usuário a buscar serviço de emergência para obter atendimento imediato. Associado a isso, a pouca resolutividade na rede básica, faz com que o usuário expresse predileção pelos serviços de emergência onde poderá realizar exames e receber medicações (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; GARLET, ESTELA REGINA et al., 2009a; MARQUES; LIMA, 2007).

Esta migração para o setor de emergência dos hospitais sobrecarrega o serviço, compete com usuários que realmente necessitam de atendimento emergencial e aumenta a demanda com cuidados que poderiam ser realizados em outro nível de atenção (CARRET et al., 2009; KALEMOGLU et al., 2004; MARQUES; LIMA, 2007).

Anualmente, verifica-se o crescimento da procura por serviços de emergência/urgência sendo que aproximadamente 40% destes atendimentos não necessitam efetivamente de cuidados de urgência (ANDRADE, E. A.; DONELLI, 2004). Tal fato implica numa redução da eficiência, com maior dificuldade em dar respostas adequadas às reais necessidades da população.

A sobrecarga nos serviços de emergência afeta tanto os usuários como os profissionais do setor gerando estresse. O estresse no trabalho ocorre quando o ambiente de trabalho é percebido como um ameaça ao indivíduo, repercutindo no plano pessoal e profissional, surgindo demandas maiores do que sua capacidade de enfrentamento (BATISTA; BIANCHI, 2006; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Outro fator que gera sobrecarga no trabalho é a diversidade de tarefas, visto que é complexo realizar múltiplas tarefas ao mesmo tempo, especialmente, tratando-se de cuidado a pacientes em estado grave (BATISTA; BIANCHI, 2006; GARLET, ESTELA REGINA et al., 2009a).

O atendimento nos serviços de emergência, na atualidade, envolve usuários com diferentes níveis de necessidades de atenção a saúde, configurando-se como espaço de internação, colocando em evidência as dificuldades de referenciar estes usuários a outros setores ou serviços, tendo como consequência a superlotação das emergências (GARLET, ESTELA REGINA et al., 2009a).

Para reverter este cenário o Ministério da Saúde lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem por objetivo central a reorganização dos serviços de saúde, reduzir as filas e o tempo de espera, ampliação do acesso, atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco (BRASIL, 2006b).

A PNH entende humanizar como ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos e escuta qualificada, melhoria de ambientes de cuidado e de condições de trabalho aos profissionais. A humanização é vista como política transversal, e não como programa, pois atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Esta política busca a interação dos diferentes níveis da rede de atenção a saúde, potencializa a co-responsabilidade na produção da saúde dos diferentes atores que constituem o SUS e envolve a mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004a;2004c; MARQUES; LIMA, 2007).

Como diretriz específica nos serviços de Urgência e Emergência a PNH orienta 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, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários e definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do usuário (BRASIL, 2004a;2004c; CAVALCANTE FILHO et al., 2009; FRANCO, T.B. et al., 1999).

O acolhimento segundo a PNH é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004a). Tem sido analisado como processo e estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde no país (ANDRADE, E. A.; DONELLI, 2004; AZEVEDO; BARBOSA, 2007; BRASIL, 2004c; HENNINGTON, 2005). O processo do acolhimento possibilita refletir e mudar os modos de produção da saúde, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2004c; ROSSI; LIMA, 2005; SCHENEIDER et al., 2008).

O trabalho em saúde é um processo relacional a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações (FERREIRA et al., 2009; FRANCO, T.B. et al., 1999). No entanto, tem se apresentado compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais.

No âmbito do trabalho coletivo institucional, os médicos, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição e fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional. Assim, o processo de trabalho de saúde se apresenta fragmentado, imóvel e burocrático (FRANCO, T.B. et al., 1999; GARLET, ESTELA REGINA et al., 2009a; RIBEIRO, E.; PIRES; BLANK, 2004).

A estratégia do acolhimento tem como eixo estruturante o trabalho em equipe multiprofissional, considerando que todos os profissionais são responsáveis pelo cuidado do usuário. Esta estratégia é constituída por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde de responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais (SOLLA, 2005).

O acolhimento com classificação de risco é um dispositivo [tecnologia] para viabilizar os princípios e resultados esperados pela PNH. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, priorizando o atendimento de acordo com o potencial de risco, agravos a saúde e grau de sofrimento, sem exclusão do usuário.

A concepção do atendimento de emergência, neste contexto, é ampliada para as diferentes necessidades de saúde e envolve uma ampla variedade de problemas reais e ou potenciais. Assim, o acolhimento privilegia a escuta, acessibilidade e o compromisso em dar respostas às necessidades trazidas pelo usuário. Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado (SOUZA, E. C. F. et al., 2008).

A avaliação dos níveis de risco é um primeiro atendimento em que se avalia a situação de saúde do usuário e o classifica em quatro níveis de risco traduzidos em quatro cores: vermelho (atendimento imediato), amarelo (atendimento o mais rápido possível), verde (prioridade não urgente) e azul (consultas de baixa complexidade), considerando o tempo possível de espera pelo atendimento da equipe de saúde, (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; ANDRADE, E. A.; DONELLI, 2004; AZEVEDO; BARBOSA, 2007; MAFRA et al., 2007).

A PNH, objetiva não somente o atendimento humanizado do usuário, mas também, promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores em saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho (BRASIL, 2006a). Alguns estudos relatam aumento da acessibilidade, da cordialidade, do vínculo, do rendimento profissional e maior resolubilidade, após implantação da PNH (ANDRADE, E. A.; DONELLI, 2004; FRANCO, T.B. et al., 1999; SCHIMITH; LIMA, 2004).

A proposta do acolhimento articulada com outras de mudança no processo de trabalho e gestão é um dos recursos importantes para humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006a;2006b). Assim, para implantação do acolhimento é necessário conhecer a estrutura e organização dos serviços, bem como os processos de trabalho para que, a partir da sua história e dos profissionais, o serviço seja reorganizado, de forma que satisfaça tanto aos profissionais quanto usuários.

A reorganização do processo de trabalho, o profissional da saúde, em especial o enfermeiro, vê-se dotado de maior autonomia na função que exerce, condição em que esse profissional tem de decidir sobre seu trabalho, como exercício pleno do “saber-fazer” no momento do procedimento assistencial. Assim, a reorganização do trabalho leva mudanças no processo e no produto (GARLET, ESTELA REGINA et al., 2009a; ROSSI; LIMA, 2005)

A implantação de um modelo de classificação de risco pode demandar um período de 9 à 12 meses. O protocolo a ser utilizado deve ser escolhido pela equipe da emergência neste período e adaptado ao serviço. A segurança na escolha de um protocolo se deve a critérios de análise, validação e confiabilidade (LAVEAULT; GRÉGOIRE, 2002; OLOFSSON;

GELLERSTEDT; CARLSTRÖM, 2009). Portanto, é importante que ocorram avaliações, medidas de aperfeiçoamento e discussão de casos.

A literatura relata como ferramentas teóricas no processo de transformação, o fluxograma descritor, as oficinas de discussão e a elaboração de protocolos (CHRIST; GROSSMANN; RIGGENBACH, 2007). O acolhimento com classificação de risco permite mapear as necessidades reais dos usuários dos serviços de emergência (BRASIL, 2004a).

O acolhimento com classificação de risco no Pronto Socorro (PS) pediátrico do Hospital Regional de Ceilândia (HRC) foi implantado desde agosto de 2009 e se apresenta como um cenário favorável para a compreensão desta tecnologia como uma estratégia que potencializa a reorganização do processo de trabalho e amplia o acesso dos usuários ao sistema de saúde. Assim, pela compreensão da demanda que chega à emergência, obter subsídios que venham contribuir na reorganização do processo de trabalho, na articulação entre os diferentes níveis de atenção a saúde e na consolidação do processo do acolhimento com classificação de risco na rede local de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar o processo do Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Socorro pediátrico do Hospital Regional de Ceilândia, no período de setembro de 2009 à agosto de 2010 e a percepção dos enfermeiros sobre o processo.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever a organização e o funcionamento do acolhimento com classificação de risco.
- Caracterizar o perfil da demanda pela classificação de risco no PS pediátrico do HRC.
- Identificar as queixas das crianças atendidas no acolhimento com classificação de risco no período estudado.
- Comparar o perfil das queixas com o protocolo implantado.
- Apreender a percepção da equipe de enfermagem acerca do acolhimento com classificação de risco.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Histórico

A classificação de risco é uma ferramenta do acolhimento e faz parte das diretrizes da PNH. Classificar pacientes não é algo novo. Há muitos anos, em todo o mundo, formas de classificar e organizar o atendimento a saúde são propostas e utilizadas (ALBINO et al., 2007; EDWARDS, 2009; LAHDET, ERIC FORTES et al., 2009).

Como avaliador de urgência, a forma mais conhecida é a triagem. Triagem é uma palavra derivada do francês *trier*, que significa pegar ou classificar. Tal termo foi utilizado nas guerras napoleônicas, assim como na guerra da Criméia, onde o cirurgião russo Nikolai Pirogov desenvolveu um procedimento mais formalizado, com quatro níveis de classificações de urgência (ALBINO et al., 2007; EDWARDS, 2009).

Florence Nightingale, também na guerra da Criméia, realizou grandes mudanças relacionadas ao ambiente na organização do hospital em Scutari. Determinada pela superlotação de soldados, Florence utilizou uma forma classificatória para separar os indivíduos que necessitavam de mais cuidados dos que necessitavam menos e alocou-os por ordem de gravidade mais perto do posto de trabalho enfermagem (MARTINS; FORCELLA, 2006).

Outra forma de classificar, porém com escala para designar níveis de urgência, foi iniciada durante o tratamento de casualidades militares em 1930, e após este período tornou-se amplamente usada na linguagem militar inglesa e americana (EDWARDS, 2009; LAHDET, ERIC FORTES et al., 2009).

Classificar pode ter inúmeras finalidades, no processo de triagem tem como objetivo identificar os pacientes que necessitam serem vistos primeiro e aqueles que podem esperar por atendimento em segurança. Nesta perspectiva, a triagem possui grande importância em serviços onde há superlotação (ALBINO et al., 2007; EDWARDS, 2009; FITZGERALD et al., 2010; LAHDET, ERIC FORTES et al., 2009).

Sistemas de triagem se pautam em valores como: a proteção de indivíduos em perigo e a saúde humana, a utilização de recursos em pacientes que mais precisam e com maior chance de sobrevivência e a justiça, por meio de critérios classificadores que determinam qual indivíduo tem maior urgência de tratamento, evitando escolhas por preferências pessoais (VAN DER WULP, INEKE, 2010). Tais valores foram criados para servir a favor da vida

humana com características como a rapidez para a primeira avaliação e reavaliações durante a espera do tratamento (FITZGERALD et al., 2010; VAN DER WULP, INEKE, 2010).

Os modelos de triagem foram desenvolvidos nos anos 90 e, após refinamento, têm se tornado padrão de referência nacional em alguns países (Tabela 1). A Austrália foi a primeira a introduzir um modelo de triagem, *The National Triage Scale* e, no século 21, seu nome foi alterado para *Australasian Triage Scale* (ATS). No Canadá, o modelo foi desenvolvido no meio da década de 90, baseado no modelo australiano, sendo nomeado *Canadian Emergency Department Triage and Acute Scale* (CTAS) (FITZGERALD et al., 2010).

Nos Estados Unidos foi criado o *Emergency Severity Index* (ESI), no final da década de 90. No mesmo período era lançado o *Manchester Triage System* (MTS), na Inglaterra, sendo também utilizado da Holanda e Portugal (ALBINO et al., 2007; GERDTZ et al., 2009; OLOFSSON et al., 2009). Ainda existem outros sistemas como o da Espanha *Model Andorrà de Triatge* (MAT) e o da Holanda *Netherland Triage System* (NTS), que são mais recentes (VAN DER WULP, INEKE, 2010).

Tabela 1. Detalhamento de alguns modelos de triagem utilizados no mundo.

Sistema de Triagem	Início	País	Número de Categorias	Organização
<i>Australasian Triage Scale</i>	1993	Austrália	5	Escala de urgência e discriminantes chaves
<i>Canadian Emergency Department Triage and Acute Scale</i>	1995	Canada	5	Escala baseada em sintomas e diagnósticos sentinelas
<i>Emergency Severity Index</i>	1998	E.U.A	5	Um quadro de fluxo e discriminantes chaves
<i>Manchester Triage System</i>	1998	Inglaterra	5	52 quadros de fluxo por sintomatologia e discriminantes chaves

O *Australasian Triage Scale* é um modelo de triagem com cinco categorias denominadas por cores. A classificação é realizada em até cinco minutos e cada nível de prioridade é determinado por critérios clínicos e o tempo de espera para atendimento médico. A escala estabelece padrão de registro: data e horário de avaliação, nome do profissional que realizou a classificação de risco, queixa ou acometimento principal, história pregressa, achados clínicos relevantes, categoria inicial e de reavaliação da classificação de risco, local da avaliação,

tratamento, diagnósticos e medidas adotadas. Enquanto o paciente não é atendido deve ser reavaliado periodicamente (GERDTZ et al., 2009; OLOFSSON et al., 2009; PINTO JR, 2011).

O *Canadian Triage Acuity Scale* também tem escala de classificação em cinco níveis de prioridade. Em 2001, foi construída a *Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines* (PaedCTAS) com objetivo de priorização de crianças com risco de morte. Em 2008, foi publicada a nova versão da CTAS que uniu a escala adulta e a pediátrica, tornando o processo mais dinâmico e adequado. Os tempos de espera para atendimento médico dos níveis 1, 2, 3, 4 e 5 são: imediata, até 15 minutos, até 30 minutos, até 60 minutos e até 120, respectivamente. Este instrumento foi validado no Brasil, mas ainda são necessários estudos em serviços de complexidades diferentes (GRAVEL et al., 2008; GRAVEL; MANZANO; ARSENAULT, 2009; PINTO JR, 2011).

O ESI possui 5 níveis de prioridade. Tem como objetivo facilitar a priorização de pacientes baseado na urgência de sua condição clínica. Na segunda versão foi incluso critérios para classificação de crianças. Este protocolo não estabelece tempo alvo para o atendimento médico, mas tenta garantir que o paciente certo receba os recursos certos no tempo certo. Ele apresenta um fluxograma como algoritmo de classificação de risco (DURANI et al., 2009; PINTO JR, 2011).

O *Manchester Triage System* é um sistema de triagem com 5 níveis de prioridade. Cada categoria recebeu um número, uma cor, um nome e um tempo alvo para atendimento médico. Os níveis de 1-5 recebem o tempo alvo de 0, 10, 60, 120 e 240 minutos respectivamente. Este método se baseia nas queixas, sinais e sintomas dos pacientes para estabelecer a prioridade clínica. Em cada categoria existem discriminadores, ou seja, sinais e sintomas que discriminam os níveis de prioridade. O protocolo é composto por 52 fluxogramas que refletem condições pertinentes para a triagem nos serviços de urgência (FITZGERALD et al., 2010; OLOFSSON et al., 2009; SOUZA, E. C. F. et al., 2008; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

Estudos recomendam o uso de escalas que estratifiquem o risco dos pacientes em cinco níveis, pois apresentam maior validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico dos usuários. Os sistemas devem ter uma escala de priorização útil, válida e reprodutível, muitos estudos internacionais relatam a validade (sensibilidade e especificidade), a confiabilidade e a acurácia desses sistemas (ALBINO et al., 2007; DURANI et al., 2009; FITZGERALD et al., 2010; GERDTZ et al., 2009; GRAVEL et al., 2008).

Em um levantamento sobre a produção bibliográfica de modelos de triagem utilizados no Brasil, pela base de dados CINAHL/EBSCO, utilizando descritores *triage* e *Brazil* resultaram 19 publicações. Após leitura dos artigos verificou-se que deste total apenas 9 abordavam a triagem no serviço de emergência.

O primeiro artigo publicado abordando um sistema de triagem foi do final da década de noventa, fruto de uma pesquisa internacional sobre a utilização de protocolo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em países em desenvolvimento. Teve como objetivo avaliar o desempenho do algoritmo e tratamento do protocolo utilizado por enfermeiras treinadas de um hospital no nordeste do país, e assim validar o protocolo. Concluiu-se que teve um bom desempenho como ferramenta de identificação de prioridade e guia de tratamento para condições de emergência (TAMBURLINI et al., 1999).

A partir de 2007, foram publicados outros artigos, citando a implementação de sistemas de triagem com políticas públicas, em particular a PNH. No entanto, apenas um estudo aborda a validação de modelo de triagem no Brasil. O sistema de classificação avaliado foi o *Manchester Triage System* em Minas Gerais (SOUZA, C. C. et al., 2011). Somado ao primeiro artigo totalizam-se dois artigos brasileiros sobre validação de sistemas de triagem.

Dos artigos mais recentes, seis (75%) relatam a experiência de implantação do sistema de triagem na perspectiva do enfermeiro e/ou do usuário, e um discute sobre a importância da triagem em calamidades públicas. Quanto à região dos estudos publicados, do nordeste e do centro-oeste 1 artigo cada, 3 do sul e 4 do sudeste. Grande parte das publicações deste tema têm sido do sul e sudeste, e nenhum estudo do norte do país foi publicado.

Observa-se que os sistemas internacionais de triagem servem de base para criação ou adaptação de protocolos para os hospitais. No entanto, estes novos parâmetros de avaliação, são pouco estudados para validar e verificar a confiabilidade do instrumento, se fazendo uma necessidade brasileira.

Ainda no Brasil, autores discutem o uso do termo triagem em comparação ao termo classificação de risco. Alguns entendem que a palavra representa uma metodologia criada para situação de caos, em que o quadro da vítima determina se será atendida ou não, levando a exclusão de alguns casos. Outros colocam que se o modelo de triagem fosse aplicado aos serviços brasileiros, parte dos usuários seriam excluídos, pelo fato do modelo “escolher” quem deve ser atendido (BRASIL, 2004c; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

No caso de protocolos de triagem para situação de catástrofe ou acidente com múltiplas vítimas, ocorre uma seleção de pessoas a serem atendidas. É utilizado em ambiente pré-hospitalar, a exemplo o modelo START (simples triagem e rápido atendimento), onde vítimas

que não estão ventilando não são atendidas, o objetivo é atender melhor a um número maior de pessoas. Quando se aborda triagem em serviço de emergência, o objetivo é diferente, a palavra chave é priorizar, quem precisa mais é atendido primeiro.

Analisando os modelos de triagem vigentes, citados anteriormente, seus objetivos e seus resultados publicados, é possível verificar que a percepção da palavra triagem, no Brasil, pode ser equivocada, pendendo para um modelo excludente, de forma a rejeitar a abrangência da palavra.

Estudo australiano relata o uso do modelo ATS para promover equidade no acesso aos serviços de emergência para todos os cidadãos independente de sua localização geográfica e seu status socioeconômico (GERDTZ et al., 2009). A triagem também é apresentada, em outros estudos, como um sistema seguro de minimizar a morbidade devido ao tempo de espera no departamento de emergência, quanto mais rápido é o atendimento, melhor a qualidade e o resultado do tratamento e ainda, que sistemas de triagem são desenvolvidos para servir o valor da vida humana, a saúde com justiça e o uso eficiente de recursos (DURANI et al., 2009; GRAVEL et al., 2008).

Assim, triagem, não é sinônimo de exclusão, mas usada isoladamente não pode compreender valores e atributos da classificação de risco dentro do acolhimento inserido na política de humanização. Neste contexto, não se pode negar que a classificação de risco é um modelo de triagem e não seria impróprio a utilização da palavra triagem no local de classificação de risco.

Portanto, neste estudo, as duas palavras devem ser entendidas como sinônimos. Ainda é importante destacar que a palavra classificação de risco não se confere como descritor para publicação, tanto nacional como internacional, mas o termo reconhecido é “triagem”(PINTO JR, 2011).

A triagem ou classificação de risco deve estar inserida na lógica do acolhimento, constituindo-se ferramenta de humanização. O acolhimento irá proporcionar um novo olhar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo a todos, incluindo em seu devido nível de atenção, para que o atendimento seja universal, integral e equitativo.

3.2. Acolhimento

A palavra acolhimento tem sido usada em diversas áreas da saúde, há muito é utilizada na especialidade da obstetrícia para se referir a recepção do recém nascido pelo profissional de saúde.

Historicamente vê-se a utilização como forma de receber o usuário ao SUS, fruto de reflexões do processo de trabalho em saúde e posteriormente intitulada diretriz de PNH.

Como micropolítica de saúde, o acolhimento tem engatinhado, pois em muitos locais ainda esta em implantação e adaptação, no entanto, é possível encontrar publicações das experiências no Brasil, seus significados e práticas (NEVES; HECKERT, 2010).

Nos anos 90, Merhy inicia a discussão sobre o processo de trabalho em saúde, caracterizado por um trabalho diferenciado, por se tratar de um serviço prestado ao ser humano no próprio ser humano. Ele tomou por base a visão marxista sobre o processo de trabalho, que se fundamenta em três componentes: o objeto de trabalho, o meio de trabalho e o trabalho, estes elementos traduzem-se em necessidade do usuário ou o próprio usuário, tecnologias e trabalho vivo respectivamente (AYRES, 2005; FRANCO, T.B. et al., 1999; MERHY, 2007).

O processo promove o encontro entre trabalhadores da saúde e usuários, gerando uma relação, ou como chama o autor, cria-se um espaço intercessor, onde dá-se as tecnologia das relações, entre elas o acolhimento (FRANCO, T.B. et al., 1999).

As tecnologias como meio de trabalho são as ferramenta que facilitam o próprio trabalho, podendo ser concreta ou não, incorporada em máquinas ou em forma de habilidade, prática ou ainda, organização de trabalho. Ela são classificadas em leves: as relacionais e afetivas; as leve-duras, que são os saberes e as duras que são os equipamentos, ferramentas e materiais utilizados durante o trabalho (AYRES, 2005; FRANCO, T.B. et al., 1999).

Ayres (2005), denomina as tecnologias leves de otimização das interações, como o acolhimento, o vínculo e a responsabilização. Destaca ainda, a criação do espaço para conversação entre os profissionais de saúde e os sujeitos, formando-se a relação terapêutica.

O encontro e espaço de conversação tornam-se dispositivos que podem perpassar todo e qualquer local e momento de trabalho de um serviço de saúde, transcendendo um ambiente de recepção, ou um ponto determinado do fluxograma.

Ainda na década de 90 é implantado o SUS que tem como base filosófica as qualidades, universalidade, igualdade e integralidade. Em sua primeira década, muitas políticas e normas foram criadas para estruturação e organização do sistema, ficando mais claro o *modus operandi*. Neste período foi possível observar algumas rachaduras do sistema de saúde, dentre elas, a precariedade do acesso e da assistência e fragmentação do serviço, refletidos em atendimentos com baixa humanização.

Os serviços de saúde comumente apresentam uma lógica hospitalocentrica, centrada no profissional médico, com ênfase na utilização de aparato tecnológico, e subutilização dos outros profissionais da saúde e de outras unidades de saúde não hospitalares. A demanda é reprimida, pelo número controlado de atendimentos médicos, há formação de filas e insatisfação de usuários e trabalhadores de saúde (AYRES, 2005; FRANCO, TULIO BATISTA et al., 2004)

Em 2000, começou-se a pensar em políticas que abarcassem um novo modo de fazer saúde, que fortificasse a humanização dos serviços de saúde brasileiros. Foi lançado em 2003, a PNH, que retoma, juntamente com os princípios do SUS, a idéia do acolhimento caracterizada por um modelo de receber o usuário, garantido acesso e assistência respeitosa, gentil, resolutiva à necessidade dos indivíduos, integrando os serviços de saúde para este fim (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Segundo Neves (2010), o acolhimento na saúde se produz no plano de encontros e implica um regime de afectabilidade construído a cada encontro e através dos encontros, formando-se vínculos que constroem como energia de afetar e ser afetado.

A palavra afectabilidade, para a mesma autora, da afecção, derivada do latim *affectio* traz a conotação mais pessoal do que apenas influenciar, é usada em momentos de encontros onde é possível afetar ao outro, causando atitudes positivas. Assim é possível pensar que nem todo o encontro de corpos levam os indivíduos a experimentarem a potencialidade de afetar e ser afetado, mas durante o acolhimento sim (NEVES; HECKERT, 2010).

Na interação é possível experimentar forças que levam a problematizar o que se passa com a vida, a subjetividade, os tipos de vida dominantes em cada um, engendrando-se em conexões chamadas de vínculo (NEVES; HECKERT, 2010).

O vínculo é o processo que ata ou liga, desenvolvendo uma ligação afetiva e moral entre profissional da saúde e usuário. Por meio da instituição de saúde e encontros dos seres humanos se pactua uma convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2004c; SCHIMITH; LIMA, 2004).

O acolhimento reorienta e reorganiza o processo de trabalho, e este determina o modelo assistencial prestado. Ela propõe que todos os profissionais de saúde são igualmente importantes e tem contribuições para dar às necessidades da população atendida. O processo de trabalho antes baseado nos modelos tecnicistas e biologicista, agora é proposto numa lógica do trabalho em equipe, por profissionais com autonomia, responsabilização, capazes de desenvolver vínculos com os usuários do sistema, e promover ações resolutivas (AYRES, 2005).

A autonomia profissional é a liberdade e livre determinação de gerir seu próprio trabalho, com participação consciente no processo produtivo, responsabilidade e oportunidade iguais para se atingirem fins comuns (CATTANI; HOLZMANN, 2011). Portanto a autonomia estende-se ao usuário, que traz seus saberes tão importantes quanto os dos profissionais de saúde.

A responsabilização dos trabalhadores de saúde é o ato de exercer a profissão de forma ética, sendo confiável, buscando a integralidade e resolutividade, podendo até transpor a própria profissão em favor do próximo que depende e submete sua vida aos seus cuidados. Suscita a importância de cada profissional em contribuir com o sistema de saúde que se compõem de pessoas. O usuário também coopera, sendo responsável pelo autocuidado e controle de sua saúde (ZANELATTO; PAI, 2010)

A resolutividade é consequência da responsabilidade de cada um frente a necessidade do usuário, acompanhando o bom andamento da atenção, dando respostas eficientes, refletindo em assistência de qualidade (BRASIL, 2004c).

Além disso, o acolhimento leva a criação de espaços privilegiados como salas de acolhimento, embora não restrito a elas, mas que dá oportunidade de fomentar a escuta individualizada e qualificada dos usuários (SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

Durante a fala do usuário, o profissional de saúde busca identificar, dentro da equipe de saúde e do serviço de saúde, os recursos que serão oferecidos a esse indivíduo para solucionar o problema. A escuta qualificada envolve a escuta aberta e sensível (SOLLA, 2005).

A escuta aberta é aquela que ouve aquilo que o outro quer falar, e escuta sensível coleta informações necessárias para atitudes necessárias. A escuta qualificada pode se tornar um ato terapêutico em si mesmo (FRANCO, TULIO BATISTA et al., 2004; SCHENEIDER et al., 2008).

Além destas características, o acolhimento contribui para garantia de acesso do usuário, intervindo em uma lógica de organização do serviço de saúde, buscando atender todas as pessoas que buscam atendimento, ainda que a resposta seja referenciar o usuário a outro serviço, desenvolvendo a integralidade do sistema de saúde (SOLLA, 2005; SOUZA, E. C. F. et al., 2008).

As implantações do acolhimento se manifestam por diferentes entendimentos sobre o assunto. Ora ele é abordado como ação em um local pontual, permeado de subjetividades com viés moral, por profissionais humanistas e caridosos, ora como diretriz constitutiva de práticas de saúde, tecnologia relacional e ferramenta de análise gerencial e reorganizacional por meio da autonomia e protagonismo, e ainda mais recentemente tem sido entendido como prática, articulado à organização de filas nas emergências ou em serviços de especialidade e atenção primária em saúde, pelo uso de protocolos para avaliação e classificação de risco (NEVES; HECKERT, 2010).

A partir das experiências se visualiza um caráter redutor da prática, com ações que restringem e reduzem tanto o acolhimento como o acesso, através do uso de triagens

inapropriadas na porta de entrada ou técnicas de recepção do usuário. Neste aspecto é possível observar um modelo *topdown* tanto na gestão do serviço como no processo de trabalho, ou seja, o profissional de saúde se torna um juiz sentenciador do acesso e do cuidado do usuário, e o outro sem participação das decisões (NEVES; HECKERT, 2010).

Os princípios de humanização que caracterizam a tecnologia do acolhimento, ficam distantes, tanto para o profissional de saúde como para o usuário. O vínculo, a autonomia, o acesso são postos de lado trazendo efeitos deletérios e desgastantes as relações. O usuário vivencia o acolhimento como mais uma barreira a ser transposta, e o profissional de saúde como um castigo durante o trabalho (GARLET, ESTELA REGINA et al., 2009b; NEVES; HECKERT, 2010; SOUZA, E. C. F. et al., 2008).

Alguns autores relatam que é possível que o acolhimento seja implementado apenas nas emergências dos hospitais, utilizadas freqüentemente como portas de entrada do SUS, deixando de estar presente em todos os espaços e serviços do sistema de saúde. A classificação de risco perde seu sentido organizador e protetor que favorece tanto o serviço quanto o usuário (NEVES; HECKERT, 2010; PAI; LAUTERT, 2011).

3.3. Classificação de risco

Conhecidamente, o atendimento na porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e em particular das emergências, são por ordem de chegada. O tempo de espera é longo, devido a superlotação, causada pelo encontro de usuários em busca de atendimento para necessidades de alta, media e baixa complexidade e o aumento do tempo de permanência neste setor, por causa da falta de leitos vagos para internação (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; GARLET, E.R. et al., 2009; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

A grande espera para atendimento é responsável por mortes e agravos a saúde da população. A estratégia de acolhimento não altera a ordem das consultas segundo a necessidade do usuário. Deste modo, buscou-se formas de organizar a recepção. Outra lógica foi criada para garantir a avaliação precoce dos clientes e priorização do atendimento, através de um protocolo com critérios que fundamenta a classificação de risco (BRASIL, 2004c; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

A tecnologia de classificação de risco é um processo de avaliação de risco e vulnerabilidade, de acordo com o grau de sofrimento físico e psíquico, e potencialidade de agravo à saúde para a determinação do tempo de espera para o atendimento, a saber, do

atendimento imediato, até remarcação de atendimento para outro dia (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; NASCIMENTO et al., 2011; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

Uma característica particular do ACR é o fato de ser levado em consideração o sofrimento do usuário ao buscar o serviço de saúde. O sofrimento perpassa a dor e pode estar relacionado ao psíquico ou a outro incomodo físico. Ao ser escolhido um protocolo de classificação, este aspecto deve estar incorporado nos critérios de priorização do atendimento.

Para a implantação do ACR a PNH orienta que sejam estabelecidos os fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco, qualificando equipes, montando um sistema de informações para agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos, verificando a demanda de atendimentos diários, perfil da clientela e horários de pico e adequando a estrutura física e logística das áreas de atendimento (BRASIL, 2004a).

O processo de ACR deve ser realizado por profissional de nível superior, mediante treinamento específico. A literatura tem citado o profissional enfermeiro como executor deste processo (SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008). Porém, nos anos 50 e 60, nos Estados Unidos a triagem era realizada por médicos, somente em 1962, foi dada a oportunidade a enfermagem de efetuar a avaliação de pacientes que buscavam a emergência de um hospital do Texas. A partir desta experiência, o profissional vem conquistando este espaço, mas não sem críticas (LAHDET, E. F. et al., 2009).

Este trabalho se baseia na tomada de decisão, por meio da escuta qualificada, julgamento clínico e crítico e raciocínio lógico determinando a classificação. As habilidades necessárias para o enfermeiro são conhecimento da organização da rede, do sistema local de saúde, da hierarquização dos serviços, reconhecimento de sinais clínicos de gravidade em pacientes e empatia (ALBINO et al., 2007; PINTO JR, 2011; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

É sugerido que enfermeiros que realizam a classificação tenham tido pelo menos um ano de experiência no serviço de emergência e realizem um treinamento para serem capazes de um bom desempenho nesta tarefa (FORSGREN; FORSMAN; CARLSTRÖM, 2009).

Alguns estudos propõem o profissional médico, por reduzir, um pouco, o tempo de espera dos usuários, já que a autonomia profissional favorece a resolutividade de alguns atendimentos, mas não há evidencia de que são melhores nem em custo-benefício quando comparado a enfermeiros experientes, com risco inclusive, de iniciar o tratamento durante a triagem ao invés de avaliar e apontar a prioridade (ALBINO et al., 2007; FITZGERALD et al., 2010; HAN et al., 2010).

A enfermagem historicamente demonstra qualidades gerenciais em seu ambiente de trabalho. Florence, por exemplo, ao classificar os pacientes por gravidade, promoveu uma

forma de organização de trabalho mais eficiente para o cuidado dos soldados. Assim, enfermeiros apresentam atributos não só para realizar o ACR, mas também para contribuir na construção destas ferramentas de trabalho (MARTINS; FORCELLA, 2006).

Para que o enfermeiro, que realiza a triagem, organize o fluxo de atendimento e o usuário tenha segurança de equidade do serviço, deve-se ter um protocolo pré-estabelecido como diretriz técnica, e ainda deve haver liberdade de decidir quanta informação precisa para compreender o estado de saúde de um paciente, avaliando tanto dados objetivos quanto subjetivos (SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

O protocolo sugerido pela política de humanização é composto por quatro classes de cores conforme o risco e tempo de espera, são elas: Vermelho (prioridade zero) emergência, atendimento imediato; Amarelo (prioridade 1) urgência, atendimento o mais rápido possível; Verde (prioridade 2) não urgente; e Azul (prioridade 3) consulta de baixa complexidade, atendimento de acordo com ordem de chegada (BRASIL, 2004a; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

Este protocolo foi elaborado pela experiência do Hospital Municipal Dr. Mario Gatti em Campinas (SP) com ênfase no atendimento de adultos, adaptado do modelo de triagem canadense. O protocolo deve ser a diretriz orientadora, portanto deve ser construído com base na realidade de cada local, condizente com a população atendida, através de pesquisa trazendo experiências concretas (PINTO JR, 2011; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

Desde então vários hospitais pelo Brasil vêm desenvolvendo protocolos de classificação de risco. A partir de 2004 alguns hospitais como o Hospital das Clínicas “Luzia de Pinho Melo”, em Mogi das Cruzes (SP), o Hospital Nossa Senhora Conceição em Porto Alegre (RS), o Hospital Ernesto Ramalho em João Pessoa (PB) e o Hospital Municipal Odilon Behrens, em Belo Horizonte (MG) implementaram o instrumento, seguindo o modelo apresentado pela PNH, de quatro categorias de cores (PINTO JR, 2011; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

Em 2007, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais favoreceu a troca de experiência entre o próprio estado e Portugal que utiliza em seus serviços de emergência o Sistema de Triagem Manchester. A partir deste encontro, tem sido implantado este modelo de classificação de risco em todos os serviços de saúde de urgência do estado (PINTO JR, 2011).

Em Brasília (DF) o movimento teve início em 2006, com a preparação do espaço físico e levantamento da situação das emergências de quatro hospitais: o Hospital de Base, o Hospital Regional de Taguatinga, o Hospital Regional do Gama e o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Contudo, a implantação nas emergências começou apenas em 2009 (Secretaria do

Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF, 2012) . Com o evento da gripe suína, vários hospitais da região iniciaram a implantação do ACR pela necessidade de selecionar os usuários que chegavam aos prontos socorros. O protocolo utilizado teve por base o sugerido na cartilha de ACR, e os utilizados em outros hospitais como de Campinas e Belo Horizonte.

Nos Centros de Saúde, o movimento iniciou em 2008, quando foi pactuado entre as gerencias e chefias da Diretoria de Atenção Primária a Saúde e Estratégia de Saúde da Família – DIAPS o início da implantação do Acolhimento na Atenção Primária, com o objetivo de modificar o quadro de desvalorização dos trabalhadores da saúde e de desarticulação das ações e programas (Dados Estatísticos de Serviços Médico-Hospitalares, 2011).

Os resultados positivos, divulgados pós-implantação em todo o Brasil, foram com relação à reorganização do serviço, para uma lógica de ampliação do acesso, melhora da percepção dos usuários frente a assistência dispensada a eles, através da escuta qualificada e resposta positiva, mudança do foco na doença para o sujeito, melhora do prognóstico clínico dos usuários, maior valorização dos profissionais não médicos e aumento de autonomia dos enfermeiros. A diminuição no tempo de espera, das ocorrências na fila de espera e da mortalidade também foram relatadas (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; BARBOSA et al., 2007; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008; ZAICANER et al., 2008).

As dificuldades ou desafios foram relacionados a pouca integração da rede, em particular dos serviços da atenção primária e secundária, prejudicando o sistema de referência e contra-referência e portando a resolutividade e continuidade da assistência (AZEVEDO; BARBOSA, 2007). Houve pouca participação dos trabalhadores do acolhimento na construção e gestão do ACR.

Outros estudos mostram que os profissionais de enfermagem que atuam no acolhimento sofrem, por entenderem que a sua intervenção junto ao usuário é desprovida de resolutividade e o seu fazer, desprovido de sentido. Este sofrimento pode ser considerado indicador de vulnerabilidade e risco para saúde da equipe de enfermagem. Desta forma é apontado a necessidade de estabelecer um modo de gestão que apóie o atendimento humanizado, um sistema de gestão coerente com processos comunicativos de aprendizagem afinados com a proposta de humanização (ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN; TRINDADE, 2011; PAI; LAUTERT, 2011).

Talvez parte da dificuldade enfrentada pelos enfermeiros se deva a uma fragilidade do instrumento utilizado. Se os parâmetros a serem avaliados não estão claros, ou se o protocolo não condiz com a realidade do serviço, a avaliação pode ficar comprometida, e o julgamento pessoal do trabalhador em evidencia.

3.4. Protocolo

O protocolo ou escala de triagem é um instrumento direcionador de classificação da situação de saúde do usuário. Tem o objetivo de identificar pacientes em risco e apoiar o profissional a fazer uma avaliação mais precisa (LAHDET, E. F. et al., 2009).

Pode ser em forma de algoritmo ou abordagem por palavra diagnóstica, bandeira de atenção (red flags) com uma lista de circunstâncias com alto risco de prejuízo; avaliação global por pistas de sintomas e alteração fisiológicas. Não existe consenso quanto a melhor, atualmente utilizam-se várias abordagens (ALBINO et al., 2007; FITZGERALD et al., 2010; PIRES, 2003). O protocolo deve possuir os seguintes atributos: ser viável, flexível, abrangente, de apresentação prática, com instruções claras, válido, passível de repetição, confiável e com ação alinhada às categorias (FITZGERALD et al., 2010; PIRES, 2003).

A escala de triagem usada em todo mundo possui três elementos em comum: categorias de prioridade, terminologia para as categorias e critérios para atribuir as categorias (ALBINO et al., 2007; FITZGERALD et al., 2010; PIRES, 2003). O modelo a ser adotado pode ser internacional já existente e validado, um desenvolvido nacionalmente unindo as necessidades nacionais ou desenvolvido localmente refletindo interesses e necessidades específicas. Contudo, o custo para desenvolver um novo protocolo é enorme e a validação difícil (LAHDET, E. F. et al., 2009).

Quando o instrumento é originário de outra língua deve ser traduzido e adaptado culturalmente. É indicado que se faça a tradução, re-tradução, passe por um comitê de revisores, um pré-teste e por fim a validação (GONÇALVES et al., 2007; PIRES, 2003). Outro aspecto importante, antes do protocolo ser adotado, é o consenso da equipe quanto a forma e método, levando em consideração as experiências dos profissionais e dos usuários (LAHDET, E. F. et al., 2009).

Autores alegam que não existe instrumento de mensuração infalível. Fatores pessoais dos avaliadores, ambientais e dos usuários podem causar erros de mensuração. Mesmo que a escala possua excelentes definições, ainda ocorrerão julgamentos e situações de “zonas cinzas”, que não se enquadram completamente em alguma classificação (DONG et al., 2006; GERDTZ et al., 2009; SOUZA, C. C. et al., 2011).

A confiabilidade é uma qualidade essencial, um caminho que possibilita identificar a quantidade de erros aleatórios ou sistemáticos inerente de qualquer instrumento mensurador. A consistência, concordância e reprodutividade são testes que avaliam a confiabilidade

(Figura 1). É verificado se o instrumento discrimina diferentes usuários, se há concordância na avaliação entre examinadores e se a avaliação do mesmo usuário se repete em diferentes momentos (VAN DER WULP, INEKE, 2010). Quanto mais confiável o instrumento, maior a garantia de que os profissionais desenvolverão o mesmo entendimento do instrumento (LAHDET, E. F. et al., 2009).

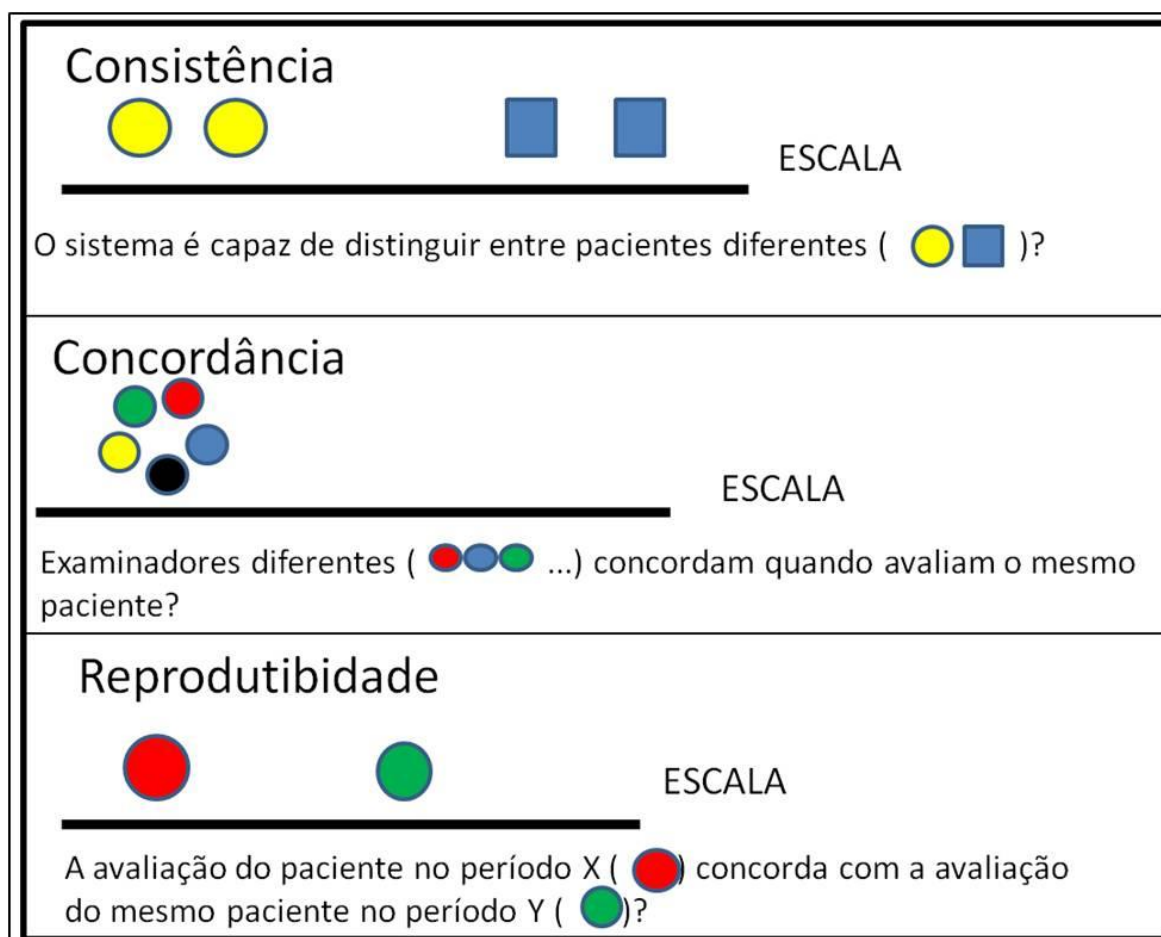


Figura 1. Esquema ilustrativo dos testes que avaliam confiabilidade de protocolos. Retirado de (VAN DER WULP, INEKE, 2010), tradução nossa.

Os estudos de concordância entre avaliadores podem ser realizados por meio de casos escritos ou em softwares, ou retrospectivos, utilizando avaliações passadas comparadas com novas avaliações feitas por experts. Entretanto, essas avaliações não possuem os dados e a complexidade da situação “ao vivo”. Estudos mostram que avaliações com dados visuais são mais confiáveis dos que os com dados apenas escritos (FITZGERALD et al., 2010).

Na validação é verificado se a escala possui a capacidade de medir o que se pretende, segundo Wulp (2010), pode ser de conteúdo, de critério e de constructo. A validação por conteúdo avalia em que medida os itens de um instrumento são representativos do conceito ou

do domínio de conhecimento, ou seja, avalia a qualidade dos itens (LAVEAULT; GRÉGOIRE, 2002; PIRES, 2003; VAN DER WULP, INEKE, 2010).

A validação por critério mede a correlação de uma escala com o padrão ouro ou medida de critério. Como não existe padrão ouro em triagem, esse tipo de avaliação é improvável. Ainda assim, são realizados testes utilizando como medida de critério painéis de peritos que julgam “a verdadeira pontuação de urgência” em comparação das “pontuações” do protocolo avaliado (validade concomitante) ou o critério pode ser um indicador de um desempenho que se tenta prever (validade preditiva) (LAVEAULT; GRÉGOIRE, 2002; VAN DER WULP, INEKE, 2010).

Validação de constructo estuda a associação entre o protocolo e um constructo hipotético. É geralmente utilizada pra medir contraste entre dois grupos diferentes. Em modelos de triagem tem sido estudado pela medida de associação do protocolo com outra variável como o número de internação (validade convergente). Neste caso se hipotetiza que usuários avaliados como categoria mais urgente, têm maior possibilidade de serem internados que usuários avaliados como categoria menos urgente. Internacionalmente os estudos de validação concentram-se em avaliar a relação entre urgência e variáveis de internação, tempo de permanência no serviço de emergência e hospital, mortalidade e uso de recursos (PIRES, 2003; VAN DER WULP, INEKE, 2010; VAN DER WULP, I; SCHRIJVERS; VAN STEL, 2009).

O estudo de Lähdet (2009) relata que o protocolo Manchester (MTS) tem poucas avaliações. Os protocolos dos ATS, CTAS e ESI são mais frequentemente avaliados e as validações mais convincentes. Quanto a facilidade de utilização os modelos ATS, CTAS e MTS possuem quadros de fluxogramas claros e de fácil uso, já o ESI necessita de enfermeiros mais experientes.

Devido à importância de pesquisas de validação dos protocolos e a pouca publicação brasileira sobre o assunto, conclui-se a grande necessidade dos serviços de emergência em aprofundar os estudos que garantam a validade e confiabilidade dos instrumentos utilizados, promovendo segurança para o usuário e equipe de enfermagem.

4. MÉTODO

4.1. Delineamento da pesquisa

Esta pesquisa foi estruturada em um tipo de delineamento com métodos mistos sequencial. Inicialmente, utilizou-se a estrutura exploratória e qualitativa, visando identificar os elementos para se descrever o fluxo de acesso do usuário (fluxograma de acesso), por meio da observação *in loco* do funcionamento do serviço. Na seqüência, empregou-se a estratégia quantitativa com enfoque retrospectivo, para o levantamento longitudinal de dados mensais do período de um ano. Por fim, utilizou-se a estratégia qualitativa para avaliação das percepções dos enfermeiros quanto ao Acolhimento com Classificação de Risco e o protocolo avaliação utilizado.

A coleta de informações ocorreu por dados secundários e primários. Na etapa qualitativa utilizou-se os dados primários obtidos tanto pela observação *in loco* do acesso ao PS pediátrico pelos usuários, quanto por entrevistas realizadas com os enfermeiros do ACR. Na etapa quantitativa utilizou-se os dados secundários coletados dos registros escritos dos enfermeiros do ACR.

O método misto é caracterizado como a coleta ou a análise de dados quantitativos e qualitativos em um mesmo estudo (CRESWELL, 2007). Para Gray (2012:167) filosoficamente, a pesquisa com métodos mistos está baseada “em uma visão de que o conhecimento é socialmente construído e baseado na realidade do mundo que vivenciamos”, assim, optou-se por esse referencial, para compreensão da problemática do ACR no contexto real do Hospital Regional de Ceilândia (GRAY, 2012).

4.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), localizado na Região Administrativa (RA) de Ceilândia, a maior RA do Distrito Federal, cuja população é de mais de 400.000 habitantes. O HRC está inserido na Regional de Saúde de Ceilândia e é a referência nesta regional, possuindo doze Centros de Saúde (CS), três Equipes de Saúde da Família e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O HRC possui 255 leitos, sendo 185 de enfermaria e 70 do Pronto Socorro e um ambulatório com 18 especialidades. Realiza por ano cerca de 3.000 cirurgias, 6.000 partos e 12.000 internações (Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF, 2012). No

HRC, os serviços de emergência possuem três entradas que correspondem ao PS adulto, ao PS da ginecologia e obstetrícia e ao PS pediátrico, sendo este último onde ocorreu a coleta de dados apresentados neste estudo.

Estes PS em conjunto são responsáveis por cerca de 400.000 atendimentos de emergência ano. São atendidas, no PS adulto, todas as especialidades para adultos e além dessas, o atendimento nas especialidades infantil de ortopedia e cirurgia. No PS da ginecologia e obstetrícia são atendidas as emergências com gestantes e no PS pediátrico as crianças até 12 anos, com uma média de 90.000 atendimentos/ano.

O PS pediátrico foi escolhido para este estudo, uma vez que nele está implantado o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) e pela facilidade de acesso, tendo em vista, ser campo de prática da Universidade de Brasília *campus* Ceilândia onde ocorre o Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC): Projeto de Acolhimento na Regional de Saúde de Ceilândia: Universitário que Acolhe, coordenado pela Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho.

4.3. Aspectos éticos

O estudo cumpre com a normatização estabelecida na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES – FEPECS/SES (Parecer nº 0432/2011) (Anexo A).

Os participantes (enfermeiros), que concordaram em participar, formalizaram a sua aquiescência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B).

Os dados foram coletados, no período de setembro de 2011 a março de 2012, pela pesquisadora por meio do contato direto com os participantes da pesquisa, orientando-os quanto à metodologia, garantindo a privacidade, a fidedignidade e o retorno dos dados.

4.4. Participantes

A população do estudo foi composta por enfermeiros do ACR e por todas as crianças registradas pelas Guias de Atendimento de Emergência (GAE) de setembro de 2009 a agosto de 2010, totalizando 88.672 GAE. Foram incluídas no estudo as crianças atendidas no ACR e que possuíam registro no livro do ACR. Participaram do estudo os enfermeiros que estavam na escala de atendimento do ACR nos meses de fevereiro e março de 2012, totalizando 11.

Foram excluídos os que estavam de férias ou licença médica, sendo a amostra constituída por 09 enfermeiros.

4.5. Coleta e análise – Etapa qualitativa

Antes da coleta de dados quantitativos, para compreender e descrever o funcionamento do ACR, a pesquisadora acompanhou as atividades do PEAC por um período de um ano em uma frequência de uma visita semanal ao PS pediátrico, ocasião em que juntamente com estudantes extensionistas, participavam das atividades do ACR no setor. Neste momento, foi possível realizar a observação do contexto do PS pediátrico identificando os fluxos de acesso dos usuários do serviço de emergência neste setor. Além do acompanhamento via Projeto de Extensão de Ação Contínua que aconteceu em um único turno de funcionamento, a observação também foi realizada em diferentes turnos durante três dias.

Depois de compreendido o funcionamento do ACR no setor, foi construído um instrumento para o registro do fluxo de acesso com a recepção, o preenchimento da GAE, o ACR, os procedimentos como encaminhamentos, a espera para atendimento médico e o atendimento médico. Este instrumento possibilitou descrever o processo do ACR por meio de um fluxograma que representava graficamente o acesso do usuário ao PS pediátrico. A construção deste fluxo teve como objetivo evidenciar a sequência do trabalho e compreender o funcionamento interno e os relacionamentos entre as etapas do processo (CURY, 2001; FRANCO, TULIO BATISTA et al., 2004). As informações do fluxograma foram apresentadas aos enfermeiros participantes da pesquisa com o objetivo de confirmar as informações.

Foram realizadas as entrevistas com os enfermeiros do setor, cujo objetivo era apreender a percepção sobre o trabalho no ACR. A entrevista foi guiada por um roteiro semi-estruturado em que na primeira parte continha dados de identificação da formação (graduação e pós-graduação), tempo de profissão e tempo de trabalho no ACR que permitiu elaborar um perfil do enfermeiro que trabalha no setor, *a posteriori* (Anexo D).

Na segunda parte da entrevista, utilizaram-se duas questões abertas quanto à percepção do trabalho no ACR e ao protocolo utilizado. As duas questões perguntadas foram:

Como é o trabalho no Acolhimento com Classificação de Risco?

Você tem alguma observação quanto ao protocolo?

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas em forma de texto para posterior análise de conteúdo textual. A primeira parte do roteiro semi-estruturado deveria ter sido

aplicada a todos os onze (11) enfermeiros da escala de serviço no ACR. Entretanto, dentre os 11 enfermeiros, nove (9) aceitaram participar da pesquisa, um (1) não realizou plantão no período de coleta e um (1) estava de licença médica. A segunda parte da entrevista foi realizada até se verificar saturação de informações que ocorreu na quinta entrevista (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Das entrevistas da equipe de enfermagem foi realizada a análise de conteúdo textual segundo Bardin (1995) citada por Rocha e Deusdará (2005), que descreve ser um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

Foi realizado um recorte de conteúdos, fundamentado neste referencial, no qual os relatos foram decompostos e em seguida recompostos para melhor expressar sua significação. Os elementos recortados foram chamados de Unidades Textuais (UT), podendo ser palavras, frases ou conjunto de frases. Cada UT foi classificada em uma categoria analítica, definida nesta pesquisa como Referência Temática (RT) em que as UT foram agrupadas por fenômenos encontrados no discurso. Foi dado um nome, que fosse explicativo do conteúdo, para identificar todas as RT. As categorias identificadas em RT exprimiram a percepção dos enfermeiros frente o trabalho no ACR e o protocolo. Esta organização pode ser observada no Anexo F.

4.6. Coleta e análise - Etapa quantitativa

Inicialmente, levantaram-se os 11 livros de registros do ACR com o objetivo de conhecer o quantitativo de crianças que procuraram a emergência e que foram classificadas. Para o período de análise, as variáveis possíveis de serem registradas (data do atendimento, data de nascimento, nome, endereço, queixas e cor correspondente ao nível da classificação de risco) foram inseridas em planilhas do aplicativo Excel (*Microsoft Corporation*). Para exemplificar, uma cópia de página do livro de registro pode ser observada no Anexo E.

Por meio da variável endereço, quando o usuário era residente em Ceilândia, identificou-se em qual área de abrangência dentre os 12 CS da Região Administrativa de Ceilândia este pertencia. Quando o usuário era residente de outra RA no DF, estes eram registrados conforme a RA, não sendo relacionados os CS de outras RA. Ainda, para usuários de outros estados, o registro aconteceu apenas pela identificação do estado de residência.

Da variável data de nascimento, foi registrada a idade que foi estratificada conforme os grupos etários definidos por Tubino e Alves (2007) onde os latentes são as crianças recém-nascidas e com idade variando até 2 anos, 11 meses e 30 dias; os pré-escolares são as crianças de 3 anos até 5 anos, 11 meses e 30 dias; os escolares são as crianças de 6 anos até 9 anos, 11 meses e 30 dias e os pré-púberes são as crianças de 10 anos até 13 anos, 11 meses e 30 dias (TUBINO; ALVES, 2007).

A variável queixa foi transcrita, listada e organizada em 12 categorias de agrupamentos de queixas definidas como alterações: de vias aéreas, gastrointestinais, cutâneas, geniturinárias, neurológicas, oculares, auriculares, mucosas (nariz e boca), cardíacas, musculoesqueléticas, incluindo dor ou outros para queixas não inseridas em quaisquer das demais categorias. Descrições que relatavam normalidade foram desconsideradas.

Os dados referentes ao perfil da demanda foram processados por estatística descritiva calculando-se a frequência simples, média e erro padrão pelo uso dos aplicativos Excel/Windows e GraphPad Prism 5.

As frequências de variáveis observadas em cada mês foram comparadas à frequência anual pelo teste Qui-quadrado que detectava diferenças significativas entre a frequência observada no mês frente à frequência esperada com base no que foi identificado no ano. Além disso, uma Análise de Variância (ANOVA) com teste de comparações múltiplas de Tukey foi aplicada nas variáveis quantitativas para detectar diferenças entre os meses. Para todos os testes foram considerados significativos aqueles em que o valor de p foi menor que 0,05.

5. RESULTADOS

5.1. Histórico do Acolhimento com Classificação de Risco no HRC

No inverno do ano de 2009, iniciou-se a pandemia da influenza A (H1N1), que deixou toda população brasileira alarmada, principalmente pelas suas complicações, dentre elas a morte. O SUS se organizou para atendimento dos casos de síndrome gripal. No DF houve grande procura por atendimento em todas as emergências. O PS pediátrico do HRC percebeu a necessidade de identificar as crianças com suspeita para fornecer isolamento e avaliação do caso até confirmação ou não da afecção.

Havendo a proposta de implantação do Acolhimento por Classificação de Risco, aproveitou-se o momento para aplicar tal tecnologia na prática. Devido à urgência da situação buscou-se rapidamente um protocolo que se adequasse ao serviço.

O primeiro protocolo utilizado, por ocasião da implantação, baseou-se no modelo *Canadian Triage and Acute Scale* (CTAS) apresentado nas experiências de Campinas e Fortaleza (Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco). Depois do primeiro mês de uso foi adaptado numa segunda versão, utilizada até a data da coleta de dados do presente estudo.

Em agosto de 2009 deu início ao ACR no PS pediátrico do HRC. O total de crianças acolhidas por este sistema, no período de setembro de 2009 a agosto de 2010 foi 88.672 crianças, uma média de 7.389 ± 353 crianças/mês, número representado pelo quantitativo de GAE abertas (Figura 2A). Cerca de 50% das crianças que procuraram o serviço passaram pelo ACR (figura 2B), um total de 43.968 crianças, perfazendo uma média de 3.664 ± 233 crianças/mês (Figura 2 A). O funcionamento do ACR neste período era de segunda-feira a sexta-feira, das 7h às 19h.

No período estudado, foram efetivamente atendidas 82.168 crianças e 6.504 crianças deixaram o serviço antes do atendimento médico (não apresentado em figura), caracterizadas como abandono. A Figura 2B aponta que na média anual, 8% do total de GAE abertas representaram abandono.

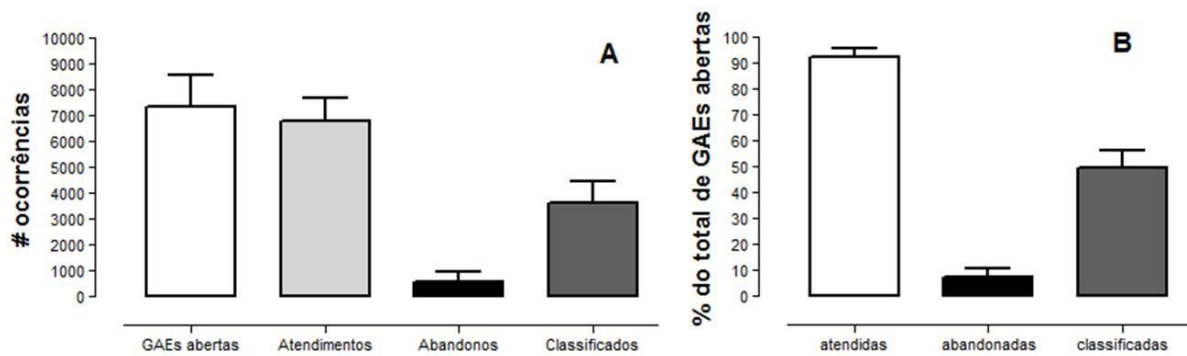


Figura 2. Média de atendimentos/mês no PS pediátrico registrado no período. Gráficos mostrando média e erro padrão do número de atendimentos (A) e porcentagem de atendimentos do total de GAE abertas (B) no período de setembro de 2009 a agosto de 2010 registrados no PS pediátrico do HRC-DF. Em valores absolutos média e erro padrão (A) e em valores relativos ao total de GAE abertas (B).

Mensalmente, observa-se uma variação de abandono de um mínimo de 3% em setembro de 2009 e um máximo de 16% em abril de 2010. Maior número de atendimentos foi observado nos meses de março a maio de 2010, período em que também foram observadas as maiores taxas de abandono. A porcentagem de atendimentos que foram classificados neste período também aumentou, com exceção da porcentagem de crianças classificadas no mês de abril de 2010, que representou a menor porcentagem de classificação mensal no período avaliado. Dos 30 dias do mês de abril, somente em 14 dias ocorreu ACR, diferindo do total de dias com ACR observado nos outros meses que variou de 19 a 22 dias.

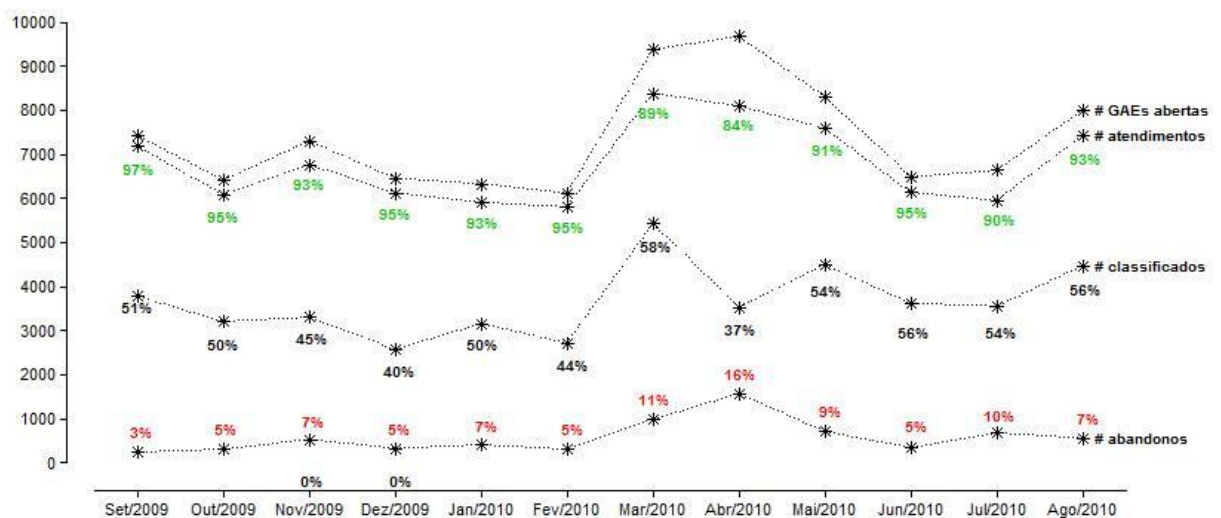


Figura 3. Distribuição de frequência mensal da demanda no período de setembro de 2009 a agosto de 2010. Gráfico mostrando a variação mensal em valores absolutos do número de GAE abertas e em valores absolutos e relativos do número de atendimentos, quantidade de classificados e de abandonos no PS pediátrico do HRC-DF.

5.2. Funcionamento do Acolhimento com Classificação de Risco

Buscando apreender os caminhos percorridos para o acesso do usuário ao Pronto Socorro pediátrico, construiu-se um fluxograma descritor na figura 4. As linhas pontilhadas delimitam os espaços físicos. As linhas contínuas com seta indicam o fluxo previsto pelo processo organizacional. As linhas pontilhadas com setas representam um fluxo não programado. As linhas pontilhadas realçadas em vermelho indicam possíveis gargalos no atendimento do usuário. A linha contínua conectando a recepção indica a utilização do mesmo espaço físico em momentos diferentes. Os círculos representam os níveis de classificação de risco vermelho, amarelo, verde ou azul.

No espaço denominado área externa os usuários de forma geral acessam o HRC. A recepção é a sala de espera e a área onde são feitas orientações e os procedimentos administrativos, a exemplo o preenchimento das GAE no PS pediátrico. Estes procedimentos são realizados principalmente pelos servidores administrativos e seguranças. O espaço denominado sala de ACR, é o local onde ocorre o Acolhimento com Classificação de Risco realizado por enfermeiros, técnicos, auxiliares e estudantes de enfermagem. As áreas de atendimento interno são correspondentes à sala de emergência, aos consultórios para avaliação médica e à sala para observação e procedimentos onde são realizados atendimentos médico e de enfermagem.

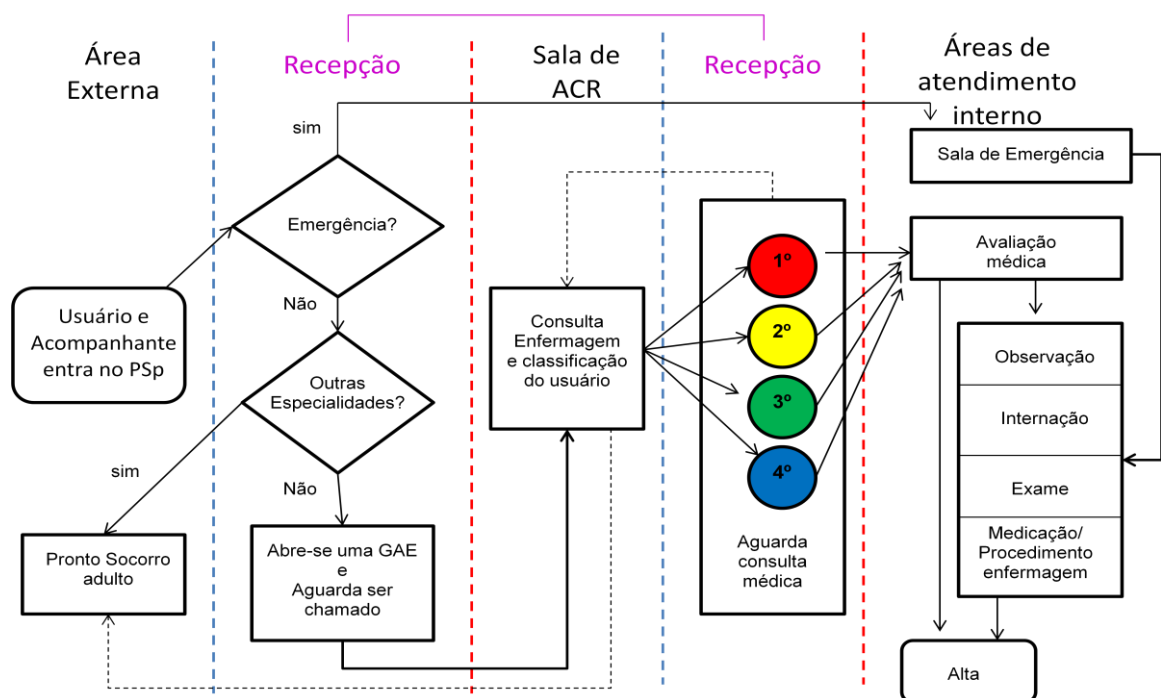


Figura 4. Acesso do usuário ao PS pediátrico do HRC, DF. PSp: Pronto Socorro pediátrico.

As crianças e acompanhantes que procuram o PS pediátrico do HRC, acessam a recepção e, no balcão de atendimento, são recebidas pelo funcionário administrativo onde é verificado o motivo da busca ao serviço. Se a criança estiver em parada cardíaca e ou respiratória ou em convulsão em atividade (Figura 4, Emergência), ela é encaminhada diretamente para sala de emergência.

Crianças que apresentam trauma, queimaduras, lesões por frio, hemorragia intensa e alterações ortopédicas (Figura 4, Outras Especialidades) são encaminhadas ao Pronto Socorro adulto, onde serão atendidas pela equipe da cirurgia e/ou ortopedia.

Os demais usuários apresentam informações necessárias para o preenchimento da GAE na recepção e aguardam o atendimento no ACR. Em alguns períodos do dia é possível que durante a espera para o ACR seja formado o primeiro gargalo no fluxo do atendimento, quando o quantitativo de usuários que chegam neste PS é superior ao número de atendimentos na sala de ACR.

Na sala de ACR, um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem recebem a criança e o responsável. O técnico de enfermagem ou auxiliar verifica o peso e a temperatura axilar da criança. Em seguida, o enfermeiro faz uma rápida avaliação considerando a queixa relatada e, baseado no protocolo, classifica o usuário segundo a necessidade, codificando as prioridades pelo sistema de cores (vermelho, amarelo, verde e azul).

Nesta sala é frequente ser atendida mais de uma criança ao mesmo tempo. Durante a avaliação, quando identificado queixas ou sinais relacionados a outras especialidades, as crianças são encaminhadas ao PS adulto, para atendimento.

A criança classificada retorna à recepção e aguarda avaliação médica. Se a criança no decorrer da espera apresentar alterações dos sinais ou sintomas, será então reavaliada pelo enfermeiro do ACR, podendo ser alterada sua classificação.

O usuário após o ACR é atendido considerando as prioridades segundo sua classificação de risco, primeiro o vermelho, depois o amarelo, seguido pelo verde e por último o azul. Apesar da classificação mais urgente passar na frente da menos urgente, os usuários classificados com o mesmo nível de prioridade são atendidos pela ordem de chegada. Nesta lógica, de organização do processo de trabalho, são atendidos todos os usuários com a mesma classificação para depois serem atendidos os de classificação de menor prioridade.

Nesta etapa do fluxo observa-se um segundo gargalo frequente, visto que a mesma equipe atende a todos os usuários. Os usuários classificados como azul, terão que esperar o atendimento daqueles classificados como vermelho, amarelo e verde incluindo os novos usuários que podem acessar o PS pediátrico em função de uma maior prioridade.

A equipe médica constitui-se de 1 à 4 profissionais por turno, dependendo da escala. O atendimento pode demandar mais tempo que do ACR, conseqüentemente há um desequilíbrio entre o atendimento médico e o de ACR. Após avaliação médica, a criança pode ser encaminhada para internação, observação, realização de algum procedimento de enfermagem, medicação e/ou nebulização, coleta de exame e/ou ter alta.

5.3. Caracterização da demanda do ACR

Das 43.968 crianças atendidas no ACR houve um maior número de classificadas com a cor verde (53,7%), seguida pela amarela (36,1%), vermelha (6,4%) e azul (1,5%) conforme demonstra figura 5.

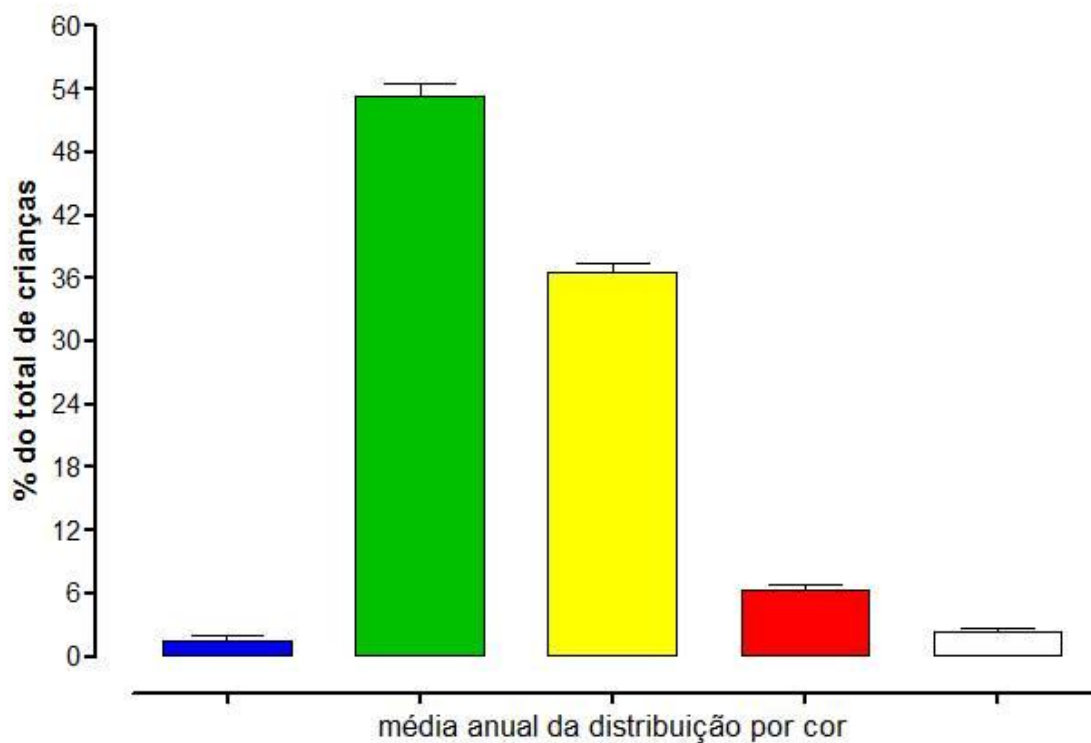


Figura 5. Porcentagem da média anual da classificação de risco observada no PS pediátrico do HRC-DF. Cada barra representa a cor que as crianças foram classificadas, com exceção da cor branca, que representa crianças sem a informação de classificação de risco.

Em todos os meses observa-se o mesmo comportamento da proporção de crianças classificadas (Figura 6). Observa-se ainda na figura 6 uma ligeira queda na classificação azul,

com um percentual progressivamente decrescente de 5% nos dois primeiros meses (setembro e outubro), 1% nos meses de novembro a fevereiro e 0% de março a agosto.

Notou-se que setembro foi o mês que se obteve maior quantitativo de crianças classificadas como vermelho (10,6%). Agrupando a crianças com classificação não urgentes (azul e verde) e comparadas com o agrupamento de níveis urgentes (amarelo e vermelho) verificou-se que 56% são de crianças não urgentes e 44% de crianças classificadas como urgente. Apesar do mesmo comportamento em todos os meses, em janeiro de 2010 observou-se uma porcentagem de 50% para cada agrupamento (urgentes e não urgentes).

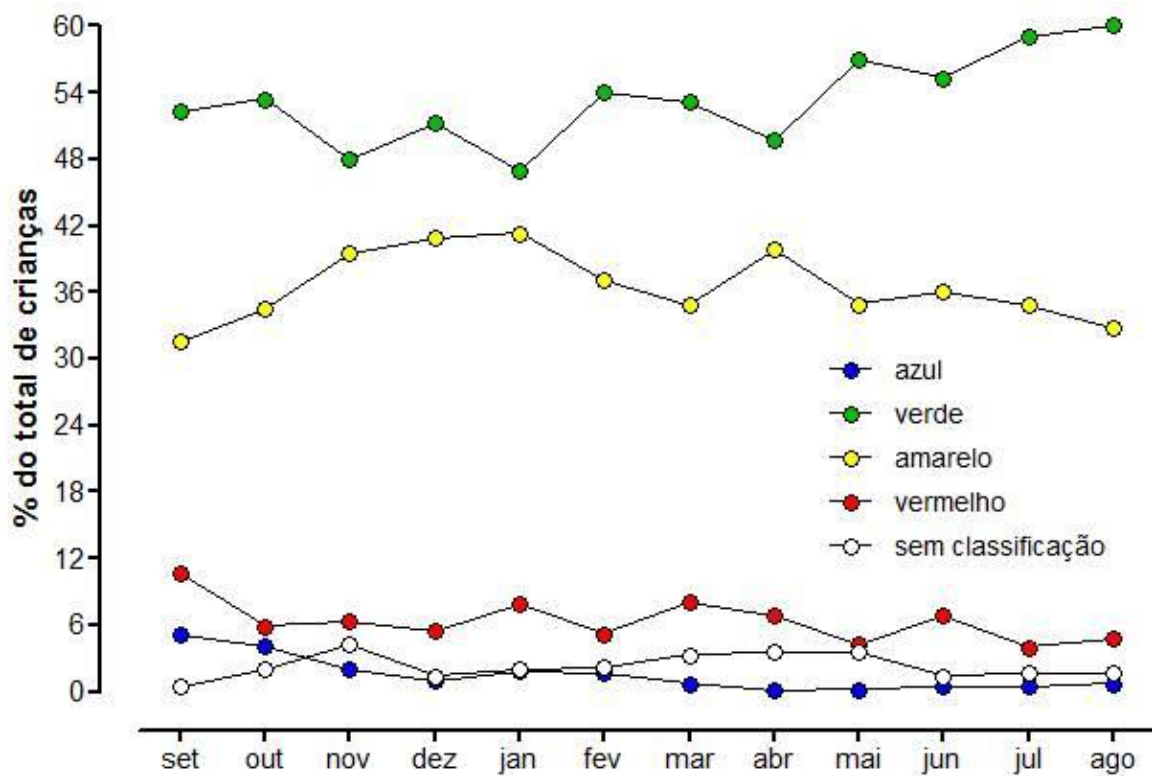


Figura 6. Proporções mensais de crianças acolhidas por classificação de risco (cor) no PS pediátrico do HRC.

Quanto a distribuição etária, foi observada uma variação de crianças com um mínimo de 7 dias e um máximo de 13 anos de idade. A maior incidência de idade foram para as crianças com 0 anos (7 dias à 11 meses e 29 dias) representando 17,5% e para as crianças com 1 ano (1 ano até 1 ano, 11 meses e 30 dias) com 16,7%. A menor incidência de idade ficou para as crianças com 13 anos representando 0,04% (Figura 7). Esta baixa incidência de crianças com 13 anos de idade pode ser explicada pelo fato de que elas já podem ser atendidas no PS adulto.

Segundo o grupo etário, quase metade dos atendimentos (46,9%) foram do grupo de lactentes, seguido dos pré-escolares (27,2%), dos escolares (22,8%) e com menor número de atendimentos aos pré-púberes (Figura 7). Em todos os meses são observados proporções de atendimento por idade similar, este comportamento pode ser melhor observado no Anexo F.

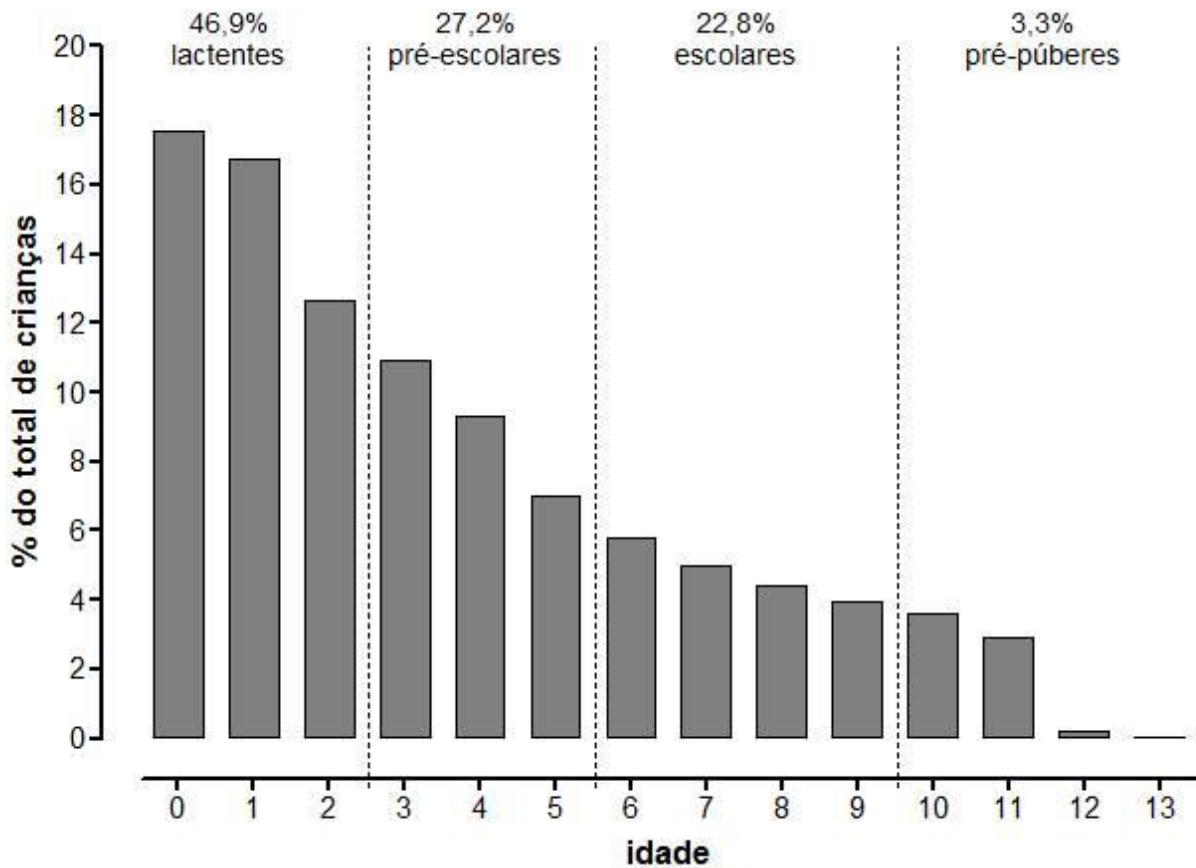


Figura 7. Idade das crianças atendidas no ACR do PS pediátrico do HRC. As linhas verticais pontilhadas indicam a divisão por grupo etário proposta por Tubino e Alves (2007).

Uma proporção representada por 46% de crianças na faixa etária de lactentes e por 54% de crianças não lactentes (pré-escolares, escolares e pré-púberes) foi observada no ano. Se considerarmos a proporção anual como a proporção esperada em cada mês é possível se comparar tais proporções pelo teste Qui-Quadrado que irá detectar diferença significativa ou não entre a proporção anual esperada e a observada em cada mês. Depois de aplicado o teste, verificou-se que nenhuma diferença significativa ($p < 0,05$) foi identificada (Figura 8).

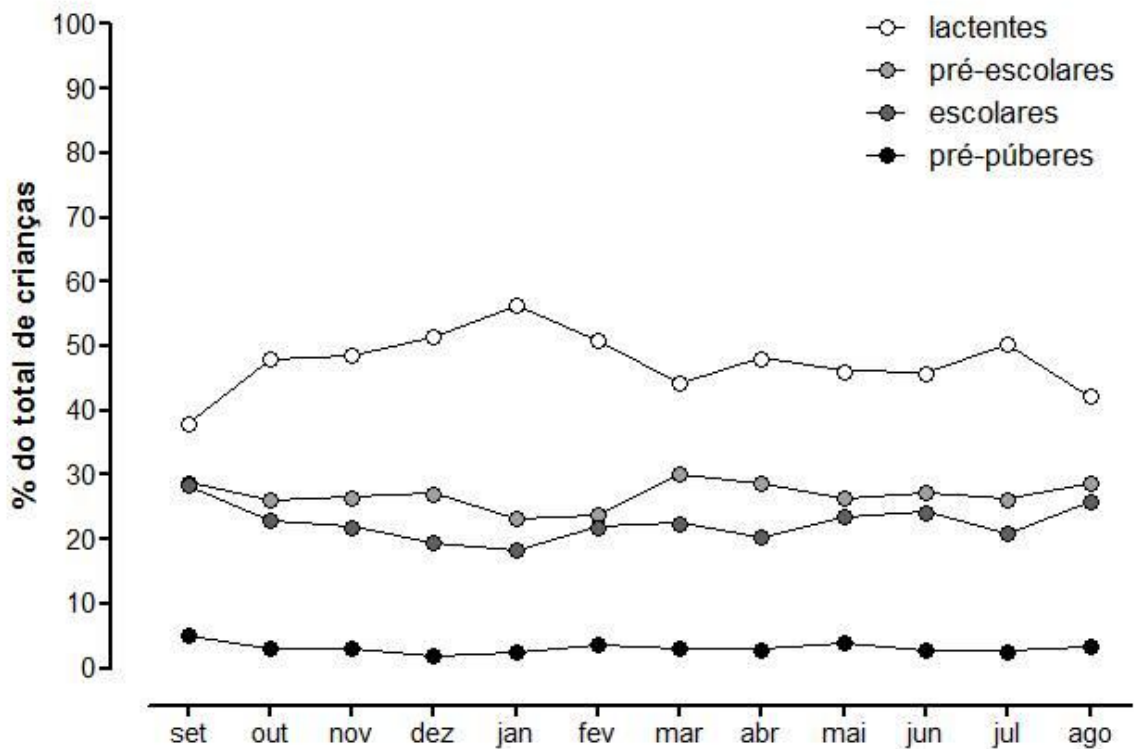


Figura 8. Idade das crianças por grupos etários atendidas no ACR do PS pediátrico do HRC.

Quanto ao gênero, em todos os meses houve maior atendimento de crianças do sexo masculino, média de 53% nos 12 meses. As proporções observadas entre os meses apresentaram-se sem diferenças significativas ($p < 0,05$) detectadas pelo teste Qui-Quadrado considerando $\alpha = 0,05$ (Figura 9).

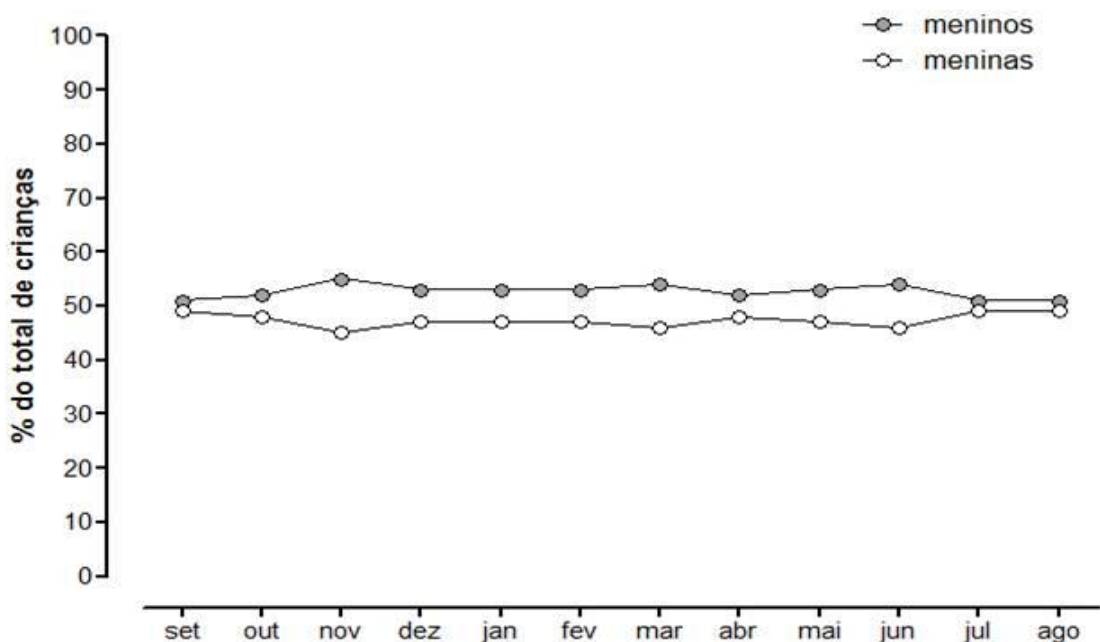
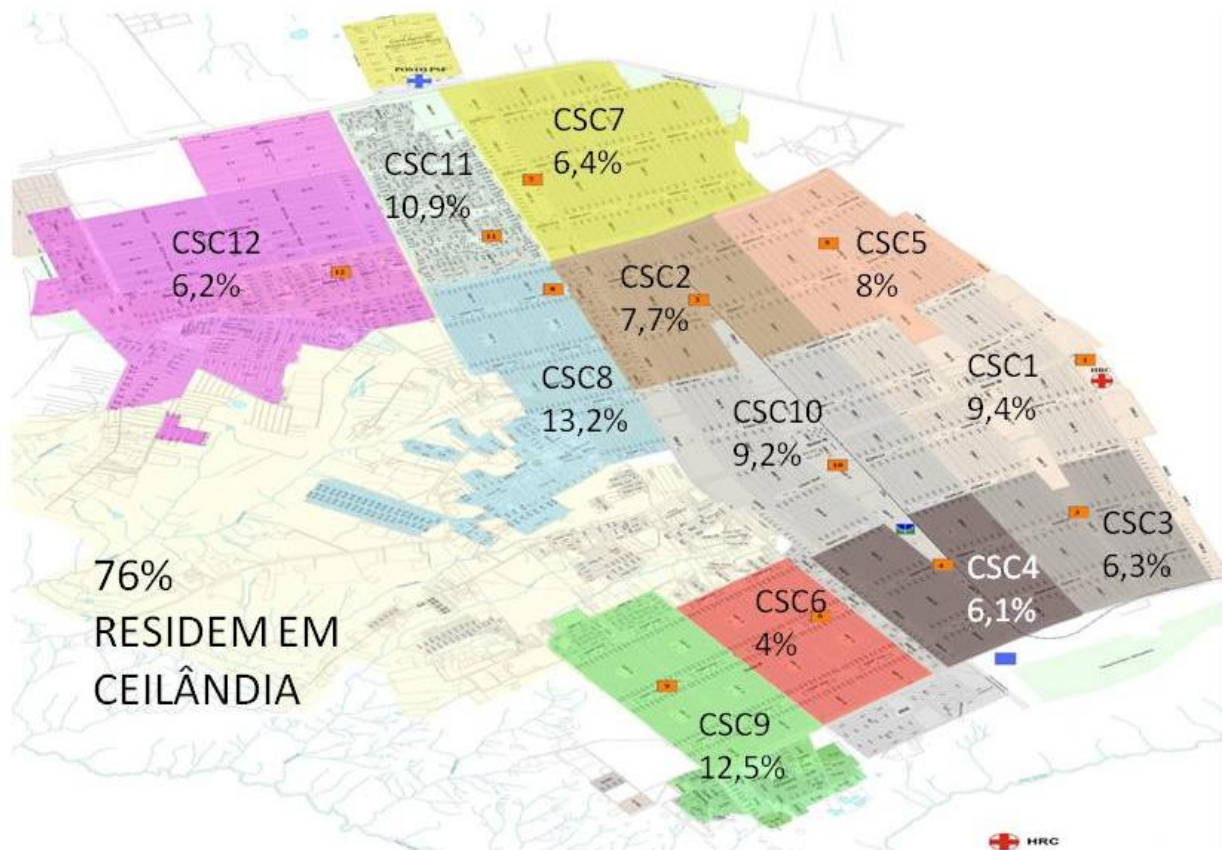


Figura 9. Sexo das crianças atendidas no ACR do PS pediátrico do HRC de setembro de 2009 a agosto de 2010.

Quanto à procedência, como apresentado em figura 10 e no Anexo G, em média, 76% das crianças atendidas no PS pediátrico do HRC residem em Ceilândia. Constatou-se maior frequência de endereços da área de abrangência do CSC número 8 (13,2%), 9 (12,5%) e 11 (10,9%), que referem-se às regiões P Norte, P Sul, Setor O e expansão, respectivamente.



Mapa adaptado da Diretoria Regional de Saúde de Ceilândia/SES-DF

Figura 10. Mapa de Ceilândia com localidade de residência segundo abrangência dos CSC das crianças atendidas no ACR do PS pediátrico do HRC no período estudado.

Das crianças que vieram de outras localidades, a maioria reside no DF (68,7%), depois entorno (28%) e em menor quantidade em outros estados (0,1%) (Anexo G). No DF, a grande parte dos usuários reside em Taguatinga (68,2%), depois Samambaia (12,9%) e Recanto das Emas (10,4%) descrito em tabela 2. O detalhamento mensal para todas as RA do DF pode ser observado no Anexo H.

A porcentagem de dados não informados ou ilegíveis para o endereço foi de 8% (Anexo G), para idade 1% e para cor de classificação de risco das crianças foi de 2,3% (apresentado como cor branca nas figuras 5 e 6).

Tabela 2. Local de residência no DF não considerando a RA de Ceilândia para crianças atendidas no ACR do HRC no período estudado.

Residência em outras RA do DF	100%
RA III Taguatinga	68,2%
RA XII Samambaia	12,9%
RA XV Recanto das Emas	10,4%
RA XVII Riacho Fundo / RA XXI Riacho Fundo II	1,7%
RA X Guará	1,2%
RA IV Brazndia	1,0%
RA XXX Vicente Pires	0,9%
RA XXV Cidade Estrutural	0,8%
RA XIII Santa Maria	0,6%

5.4. Queixas segundo ACR

As queixas registradas não representaram simplesmente reclamaoes do usuário, mas também compreendiam sintomas e muitas vezes doenças relatadas pelo mesmo. Além disso, também foram registrados como queixa, os sinais observados pelos enfermeiros (Anexo I).

As queixas refletiam o estado atual do usuário ou anterior ao momento da avaliaçao no ACR, como por exemplo, no caso de febre, podendo representar condiçao aferida durante a avaliaçao do enfermeiro ou sintoma citado pelo usuário.

Foram encontradas 343 queixas, sendo a maior contingência de queixas encontradas nas categorias definida cutâneas (17%) e vias aéreas (14%). Na categoria outros encontra-se queixas relacionadas ao estado geral da criança, febre, crises e outros motivos de procura por atendimento. As categorias com menor contingência foram as auriculares e cardíacas (Figura 11).

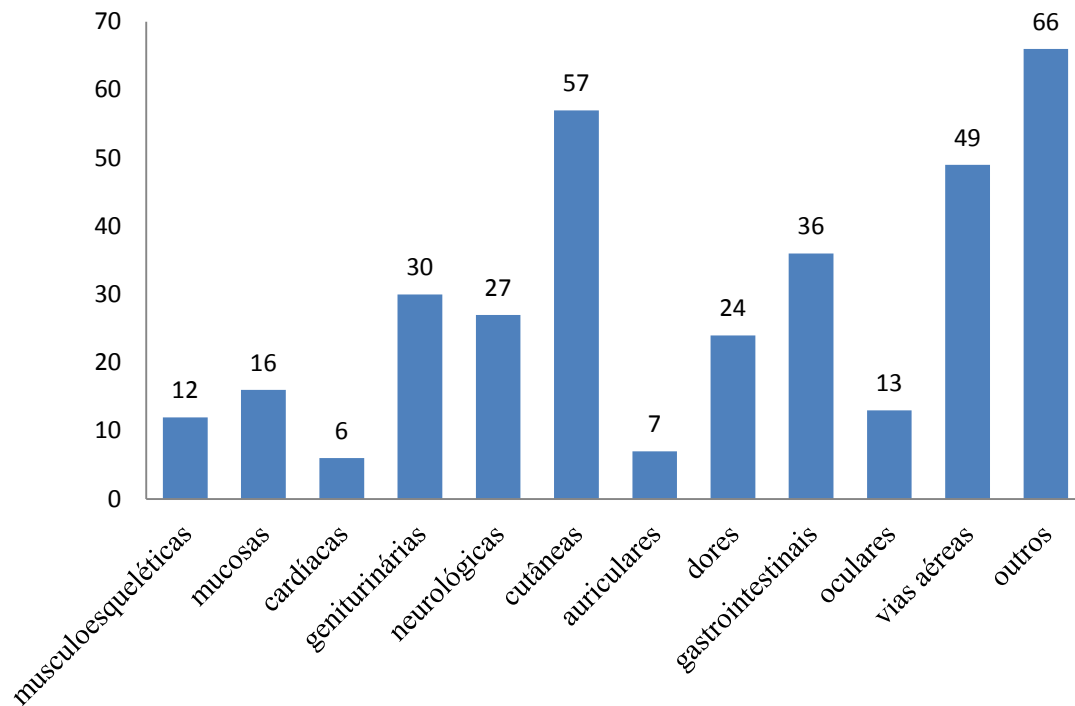


Figura 11. Total de queixas por categorias encontradas no ACR do PS pediátrico do HRC.

Independente dos agrupamentos categorizados, para uma análise mais detalhada, foram selecionadas oito queixas com alta frequência de registro, sendo elas: febre, tosse, inapetência, vômito, diarreia, coriza, odinofagia (dor de garganta) e catapora (quando citada como queixa).

Verificou-se que todas as oito queixas são citadas em todas as cores, não indicando nenhuma exclusividade da queixa a determinada cor. Em todas as queixas, com exceção da catapora, observou-se uma porcentagem de 46,70% a 60,95% na classificação verde, seguido por amarelo com 32,86% a 46,96%. A catapora apresenta-se em maior frequência nas cores amarela (55,68%) e vermelha (26,14%), demonstrando-se uma situação de urgência (Figura 12 e tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Distribuição das queixas febre, tosse, inapetência e vômito.

Queixas	anual	2009				2010							
		setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto
ocorrência de FEBRE em todas as cores	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	0,51%	2,72%	1,32%	1,16%	0,07%	0,33%	0,00%	0,06%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,15%
	50,15%	50,49%	51,73%	43,97%	48,55%	41,70%	47,92%	49,94%	45,65%	53,13%	51,53%	53,91%	57,04%
	41,10%	34,24%	39,41%	45,02%	44,15%	47,67%	45,20%	39,07%	45,60%	41,07%	41,40%	40,75%	37,35%
	7,28%	12,44%	6,22%	6,75%	6,63%	9,77%	5,45%	9,82%	7,27%	4,43%	6,80%	4,94%	5,21%
sem classificação	0,97%	0,12%	1,32%	3,10%	0,60%	0,52%	1,43%	1,11%	1,44%	1,37%	0,26%	0,40%	0,26%
ocorrência de TOSSE em todas as cores	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	0,77%	3,84%	2,07%	1,51%	0,45%	0,21%	0,22%	0,21%	0,12%	0,00%	0,00%	0,00%	0,19%
	57,70%	55,25%	57,02%	53,50%	56,82%	52,20%	58,75%	56,45%	52,97%	57,62%	62,42%	65,77%	63,74%
	35,47%	31,31%	35,95%	37,64%	39,12%	41,74%	36,52%	34,84%	39,80%	37,52%	32,83%	30,79%	31,97%
	5,15%	9,39%	4,05%	4,34%	3,16%	5,23%	3,85%	7,22%	5,99%	3,37%	4,37%	3,03%	3,90%
sem classificação	0,91%	0,20%	0,91%	3,01%	0,45%	0,63%	0,66%	1,28%	1,13%	1,48%	0,38%	0,41%	0,19%
ocorrência de INAPETÊNCIA em todas as cores	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	0,50%	1,57%	2,11%	1,64%	0,24%	0,00%	1,51%	0,47%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	53,16%	51,86%	56,19%	43,09%	56,34%	48,78%	53,02%	52,02%	49,58%	59,33%	51,65%	53,07%	59,28%
	39,80%	32,29%	37,76%	48,01%	38,54%	47,08%	39,45%	39,25%	43,96%	36,20%	40,00%	42,18%	35,28%
	5,76%	14,29%	2,72%	4,92%	4,39%	3,58%	5,28%	6,85%	5,63%	3,51%	7,56%	4,19%	5,31%
sem classificação	0,79%	0,00%	1,21%	2,34%	0,49%	0,56%	0,75%	1,40%	0,83%	0,96%	0,79%	0,56%	0,13%
ocorrência de VÔMITO em todas as cores	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	0,22%	1,23%	0,78%	0,38%	0,28%	0,19%	0,12%	0,23%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	47,23%	48,47%	50,23%	41,76%	39,69%	36,26%	44,83%	46,96%	43,37%	54,85%	44,91%	50,89%	55,95%
	45,40%	37,91%	43,35%	49,30%	54,52%	54,86%	47,96%	42,82%	47,79%	39,59%	48,34%	45,47%	39,26%
	6,20%	11,78%	4,54%	6,00%	4,80%	7,76%	5,77%	8,79%	7,47%	4,22%	6,31%	3,24%	4,59%
sem classificação	0,96%	0,61%	1,10%	2,55%	0,71%	0,93%	1,32%	1,20%	1,37%	1,35%	0,44%	0,40%	0,19%

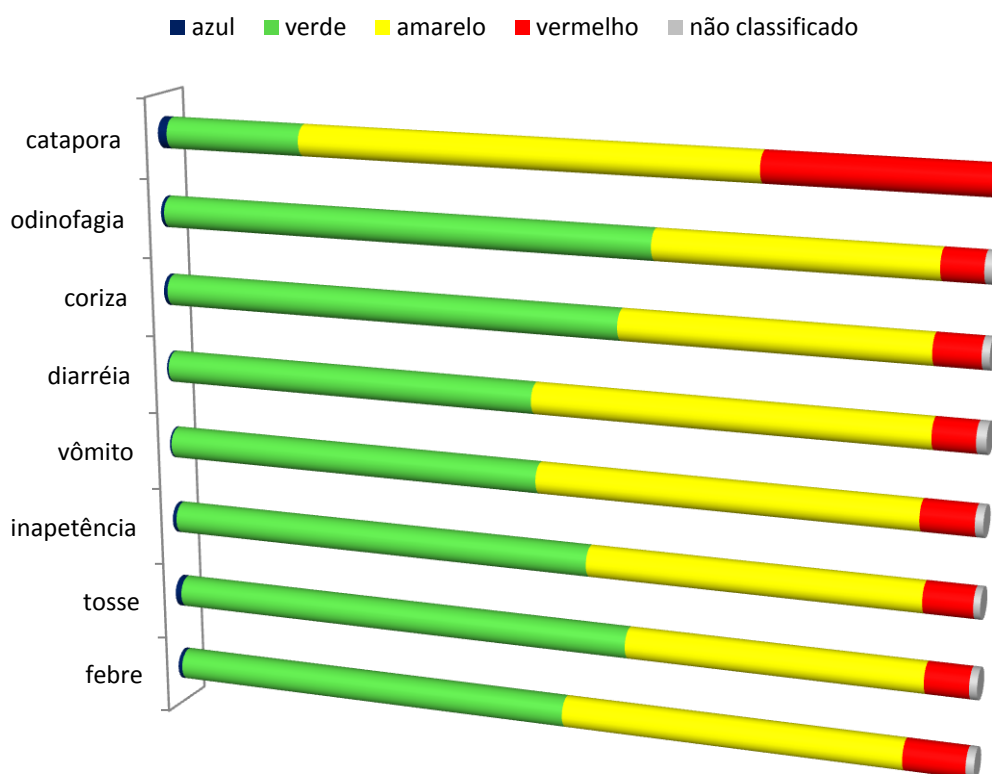


Figura 12. Percentual total de classificação de risco segundo as queixas encontradas no ACR do PS pediátrico do HRC.

Os gráficos indicados na figura 13 partem da frequência anual de cada uma das oito queixas selecionadas, mostrando o comportamento mensal desta frequência. Na observação anual para as quatro queixas com maior incidência, a cada 100 crianças classificadas no PS pediátrico do HRC, 57 apresentavam a queixa febre, 40 tosse, 27 vômito e 15 inapetência.

A proporção anual foi utilizada para detectar diferenças significativas pelo teste Qui-Quadrado entre a proporção esperada para o ano quando comparada a proporção observada em cada mês. Houve uma diferença significativa ($p < 0,05$) no mês de setembro para a queixa diarreia, que apresentou menor frequência, conforme observado na figura 13. No entanto, não houve mais diferenças significativas, demonstrando pouca variabilidade destas queixas durante o ano.

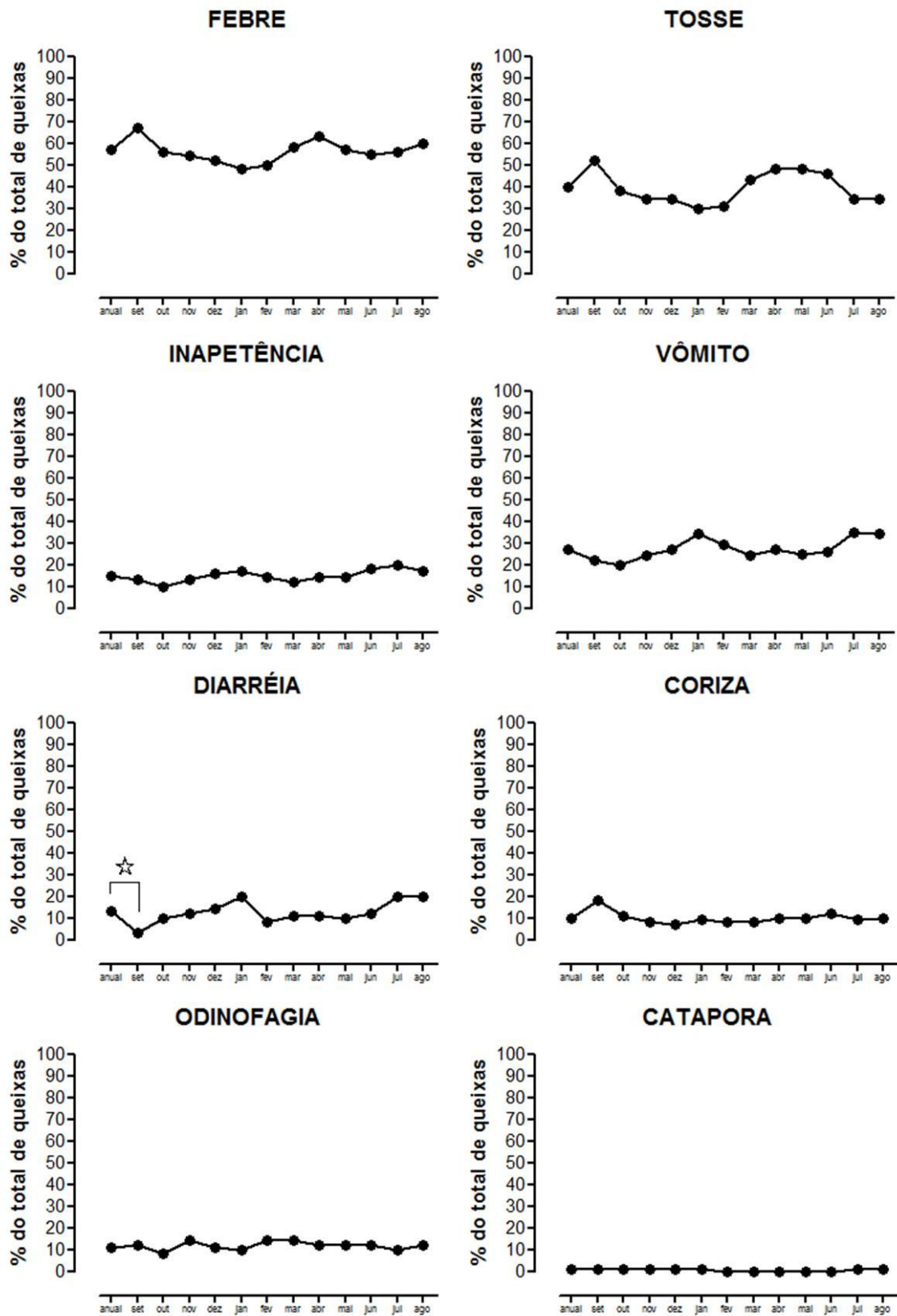


Figura 12. Progressão mensal no ano em porcentagem do total de queixas das crianças atendidas no ACR do PS pediátrico do HRC. Diferença significativa pelo teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$) foi indicada pela estrela branca.

5.5. Perfil das queixas identificadas e protocolo vigente

As 8 queixas selecionadas estão presentes no protocolo, a febre nas classificações verde (de 37,8°C à 38,5°C), amarela (>39°C à <40°C) e vermelha (>40°C), tosse na verde, inapetência na azul, diarreia e vômito na azul (sem desidratação) e na amarela (com desidratação moderada), odinofagia na cor verde e catapora/varicela na amarela (Anexo J).

O protocolo utilizado no PS pediátrico é um instrumento organizado por categorias, de avaliação global por sinais e sintomas. As alterações fisiológicas indicam as quatro categorias, vermelho, amarelo, verde e azul ou níveis de prioridade 1, 2, 3 e 4 respectivamente.

Cada categoria apresenta o tempo ideal máximo de espera para atendimento médico, 15 minutos, 30 minutos e 1 hora para cores vermelho, amarelo e verde respectivamente. A cor azul não tem estipulado o tempo máximo de espera (Anexo J).

As queixas não constam no protocolo somaram um total de 154 (45%). Quando analisadas por categoria, observou-se que nas categorias musculoesqueléticas (92%), mucosas (81%) e cardíacas (67%) foi encontrado o maior contingente de queixas que não constam no protocolo (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das queixas por agrupamento de categorias que constam ou não no protocolo do ACR usado no PS pediátrico do HRC no período estudado.

categorias	Protocolo		queixas	
	Sim	Não	total	% não
musculoesqueléticas	1	11	12	92%
mucosas	3	13	16	81%
cardíacas	2	4	6	67%
geniturinárias	14	16	30	53%
neuroológicas	14	13	27	48%
cutâneas	32	25	57	44%
auriculares	4	3	7	43%
dores	15	9	24	38%
gastrointestinais	23	13	36	36%
oculares	9	4	13	31%
vias aéreas	35	14	49	29%
outros	37	29	66	44%
total	189	154	343	45%

5.6. Percepções da equipe de enfermagem

Da equipe de enfermeiros que trabalham no ACR do HRC, 56% são do sexo feminino, a média de idade da equipe é de $42,3 \pm 10,9$ (média \pm desvio padrão) anos. Quanto ao local de moradia, 45% residem na região circunscrita ao HRC (Ceilândia e Taguatinga), 33% moram próximos (Vicente Pires e Guará) e 22% moram distantes (Anápolis e Goiânia), com 78% dos enfermeiros residentes no Distrito Federal (Tabela 6).

Quanto ao local de graduação, 67% estudaram em instituições públicas e 33% do total de instituições eram do Distrito Federal. As outras localidades encontradas foram: Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Mato Grosso e Paraná. Do total de enfermeiros, 78% possuem pelo menos uma especialização.

Tabela 6. Características dos servidores que trabalham no ACR do PS pediátrico do HRC.

Enfermeiros	Sexo	Idade	Município/R.A.	U.F.
1	feminino	30	Anápolis	GO
2	feminino	33	Ceilândia	DF
3	feminino	46	Ceilândia	DF
4	feminino	48	Vicente Pires	DF
5	feminino	56	Goiânia	GO
6	masculino	24	Vicente Pires	DF
7	masculino	43	Guará	DF
8	masculino	48	Taguatinga	DF
9	masculino	53	Taguatinga	DF

R.A. – Região Administrativa; U.F. – Unidade Federativa

Com relação à experiência profissional, o tempo de trabalho como enfermeiro variou de 3 à 31 anos, já o tempo de trabalho no ACR de 3 a 30 meses. Quanto ao local principal de trabalho, apenas 33% dos enfermeiros trabalham no PS pediátrico, e nenhum enfermeiro foi contratado exclusivamente para trabalhar no ACR, eles fazem plantões como hora extra. Apenas um enfermeiro relatou ter realizado treinamento para realizar a classificação de risco.

Das 5 entrevistas por questões abertas (coletadas até saturação de informação), foi possível localizar 84 Unidades Textuais (UT) utilizadas em 15 Referências Temáticas (RT)

diferentes, conforme tabela 7. Três UT não foram utilizadas, por não exprimirem informações pertinentes à pesquisa, elas foram chamadas de UT sem RT.

Como já foi descrito na metodologia, as entrevistas foram colhidas enquanto havia novidade no discurso dos enfermeiros. Foi possível observar que conforme se aumentava o número de entrevistas, diminuía a proporção de novidade de informações fornecidas (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição de frequência das UT e RT identificadas na transcrição das entrevistas com os enfermeiros do ACR do PS pediátrico do HRC.

Entrevistas Transcritas	1	2	3	4	5
Unidades Textuais (UT)	9	10	19	35	11
Referências Temáticas (RT)	6	7	9	9	6
UT referenciadas	9	9	19	33	11
UT sem referência	0	1	0	2	0
RT que introduziu novidade	6	5	3	2	0
RT repetida	0	2	6	7	6
% de Novidade	100%	71%	33%	22%	0%
% de Saturação	0%	29%	67%	78%	100%

As duas linhas finais indicam a porcentagem de novidade e saturação a cada nova entrevista que determinou a última entrevista utilizada na análise qualitativa.

Os enfermeiros discursaram UT que foram classificadas em 15 RT, sendo elas: (1) Objetivo do acolhimento com classificação de risco; (2) Organização do acolhimento com classificação de risco; (3) Benefícios do acolhimento com classificação de risco; (4) Conflito entre usuário e classificação do usuário; (5) Aspectos positivos do protocolo de classificação de risco; (6) Percepção sobre a demanda e usuários; (7) Histórico do acolhimento com classificação de risco; (8) Políticas de saúde relacionadas ao acolhimento com classificação de risco; (9) Gênese do protocolo de acolhimento com classificação de risco; (10) Propostas para novo protocolo de acolhimento com classificação de risco; (11) Receptividade do usuário ao acolhimento com classificação de risco; (12) Resolutividade do acolhimento com classificação de risco; (13) Dificuldades na utilização do protocolo de acolhimento com classificação de risco; (14) Percepção relacionada ao processo de trabalho no acolhimento com classificação de risco e (15) Percepção quanto a falta de organização no sistema de saúde (Anexo K).

Cada RT abordou uma ou mais idéias descritas por mais de uma UT, porém aqui será exemplificada a UT que mais representa o discurso coletivo. Na RT que informa sobre o objetivo do acolhimento com classificação de risco, foi relatado o acolher e priorizar o atendimento.

“...é acolher as mães que chegam a procura do atendimento e priorizar esse atendimento de acordo com a classificação de risco.” (enfermeiro 1)

Na RT que informa sobre organização do acolhimento com classificação de risco foram relatados fatores de organização do trabalho como o atendimento pela classificação da cor, horário de funcionamento do serviço de ACR, processo de trabalho, fluxo de atendimento do usuário, relação de trabalho entre a equipe de enfermagem e equipe médica. Foram descritas as cores de classificação de risco vermelha, amarela, verde e azul, e suas prioridades de atendimento, primeiro o vermelho, depois amarelo, o verde e por fim o azul. O horário de funcionamento, no período da entrevista (fevereiro, 2012) era das 7h às 22h.

Foi relatado que o usuário após abrir sua GAE, vai à sala de ACR onde os sinais vitais são verificados pelo auxiliar de enfermagem e seguindo-se a avaliação pelo enfermeiro de acordo com suas queixas e sinais vitais; depois de ser classificado, aguarda atendimento médico na sala de espera.

Também foi abordada a demora de atendimento médico quando a criança é classificada azul, às vezes sendo encaminhada ao CSC e outras vezes, aguardando várias horas para ser atendida. Quanto à relação de trabalho foi relatado que a enfermagem fica entre o usuário e o profissional médico. Relatou-se que às vezes há falta de médicos, causando uma situação desconfortável para os enfermeiros. Outro relatou que a equipe médica traz respaldo para o trabalho no ACR.

“...e funciona das 7h da manhã até 10h da noite, né? E toda a criança que chega e deu a entrada passa pelo enfermeiro e pelo auxiliar de enfermagem da sala de acolhimento com classificação de risco onde agente pega o sinais vitais da criança, é... faz o exame físico breve, né? De acordo com as queixas que a mãe apresenta, vê o estado geral da criança, né? E dados básicos sobre principalmente, a queixa e o estado da criança naquele momento baseado nos sinais vitais, no estado da criança e como ela está naquele momento, na história dos sintomas, agente classifica a criança: ou em não urgência no caso a criança seria azul ou verde, se for urgência amarelo, né? e se for uma emergência mesmo que é vermelho, que a criança não pode, de maneira nenhuma, esperar...” (Enfermeiro 2)

Na RT que informa benefícios do acolhimento com classificação de risco, houve relatos de melhora do fluxo de atendimento, para a população, para a equipe médica e de

enfermagem. Os usuários em sofrimento ou risco de morte, esperam menos pelo atendimento médico, e não houve mais ocorrências de morte de crianças esperando pelo atendimento.

“Com a classificação de risco isso não acontece (morte da criança na sala de espera), porque tem criança que chegou depois dele (criança classificada) e assim, a classificação é de cor mais prioritária e passa na frente.” (Enfermeiro 3)

Na RT que informa sobre conflito entre usuário e classificação do usuário foi relatada a pressão dos responsáveis ou familiares para que a criança receba uma classificação mais alta do que a estipulada pela avaliação do enfermeiro, pelo fato das classificações não urgentes demandarem um tempo maior de espera para o atendimento médico.

“Apesar de ter algumas mães que chegam com as crianças que são especiais. Elas acham que tem que passar na frente das outras crianças que não sejam especiais, mas essas crianças chegam e são priorizadas da mesma maneira que as outras crianças... A não ser que a criança especial está realmente grave.” (Enfermeiro 1)

“...os pais ficam nervosos.” (Enfermeiro 4)

Na RT que informa sobre aspectos positivos do protocolo de classificação de risco, os enfermeiros relataram ser um protocolo claro e objetivo, adequado à realidade da população atendida e flexível ao bom senso do profissional.

“...porque ele é bem explícito e é bem objetivo...” (Enfermeiro 1)

“...e eu acho ele bem eficaz, ele classifica bem” (Enfermeiro 4)

Na RT que informa sobre percepção sobre a demanda e usuários, nota-se que a maioria das crianças acolhidas no Pronto Socorro apresenta queixas não urgentes.

“...que a grande maioria é dos classificados verde, porque nossa realidade aqui das crianças que vem pro hospital de Ceilândia não são crianças de Pronto Socorro, são crianças de ambulatório, então não tem como, a grande maioria vai ser classificado verde ou até mesmo azul.” (Enfermeiro 3)

Na RT que informa sobre o histórico do acolhimento com classificação de risco, os enfermeiros relataram que o ACR iniciou-se no PS pediátrico do HRC há mais de 1 ano, e que este modelo tem sido implantado em todo o país.

“...o trabalho de acolhimento com classificação de risco começou já tem mais ou menos um ano.” (Enfermeiro 2)

Na RT sobre políticas de saúde relacionadas ao acolhimento com classificação de risco, houve a referência do ACR ser uma iniciativa do Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Humanização.

“É como preconiza a Política Nacional de Humanização...” (Enfermeiro 2)

Na RT sobre gênese do protocolo de acolhimento com classificação de risco, foi relatado que o protocolo utilizado no serviço, foi o resultado da junção de outros protocolos utilizado em outros locais do Brasil, como Campinas e Salvador, e adaptado à realidade local. Houve um protocolo inicial, que foi alterado para o que tem sido usado no período da entrevista.

“O primeiro protocolo... do tempo que eu fiquei no acolhimento no Pronto Socorro da pediatria, tiveram 2 protocolos. Teve um que se iniciou, depois de algumas reuniões, foi mudado porque tinha algumas coisas, que assim, até meio fora da nossa realidade, porque agente tem que adequar a nossa realidade” (Enfermeiro 2)

Sobre propostas para novo protocolo de acolhimento com classificação de risco, ainda foi citado a intenção de ser construído um novo protocolo mais condizente com a realidade local, e portanto mais eficiente.

“...nosso projeto, é que um dia agente elaborar um protocolo baseado na nossa realidade, né? Nos nossos clientes, que com certeza muda. De um lugar pra outro muda as queixas. Então agente tem uma idéia de colocar, fazer um protocolo nosso, daqui, né? Que acho que vai ser mais efetivo.” (Enfermeiro 2)

Na receptividade do usuário ao acolhimento com classificação de risco, foi relatado a associação que os usuários e acompanhantes fazem com o tempo de espera (classificação recebida) e a satisfação com o Sistema de Classificação de Risco, ou seja, quanto maior minha espera, menor minha satisfação com o modelo de priorização de usuários.

“Então na mesma hora que a população, alguns, acham bom o trabalho, outros não.” (Enfermeiro 3)

Na resolutividade do acolhimento com classificação de risco, foi mencionado que os usuários desejam ser atendidos e ter seu “problema” resolvido rapidamente, mas que no ACR, não é possível dar esta resposta desejada.

“...então eles queriam chegar no Pronto Socorro e ser atendido em 15 min pelo médico e ir embora para casa.” (Enfermeiro 3)

Na RT sobre dificuldades na utilização do protocolo de ACR, foram abordadas como dificuldades de uso do protocolo os casos de usuários que não constam no protocolo e pouca clareza quanto ao fluxo do atendimento dos usuários classificados azuis, os quais, às vezes, são encaminhados para o CSC e, às vezes, são orientados a esperar o atendimento. Também foi citado que periodicamente surgem dúvidas, que são sanadas pela conversa com a enfermeira chefe, sendo possível alguma mudança do protocolo.

“Lógico que há exceções, que tem alguns casos que fogem um pouco a regra, cê fica meia perdida: Ah meu Deus e esse caso? `As vezes não se enquadra tanto no protocolo.” (Enfermeiro 3)

Para percepção relacionada ao processo de trabalho no acolhimento com classificação de risco, a opinião quanto à sensação gerada pelo trabalho no ACR vai de tenso até sem dificuldades. Foi relatada a ambiguidade entre acolher o usuário e ao mesmo tempo deixá-lo esperando 5h por atendimento médico, como fator de incômodo deste serviço.

“...mas as vezes é um pouco complicado.” (Enfermeiro 4)

Para percepção quanto a falta de organização no sistema de saúde, foi relatada a dificuldade do usuário que possui uma queixa não urgente em conseguir atendimento no CSC, no entanto, também foi relatado que os usuários não procuram a Unidade Básica, mas que primeiramente buscam o atendimento no PS.

“Por que eu não sei se é isso, mas eu vejo que não se reestruturou o Centro de Saúde também.” (Enfermeiro 4)

6. DISCUSSÃO

No PS pediátrico do HRC, no período estudado, foi possível observar que há uma grande demanda de crianças que procuram atendimento. O ACR ajudou a identificar o perfil desta demanda por meio das categorias de priorização. Observou-se maior incidência de crianças com queixas não urgentes.

Superlotação e atendimento de usuários categorizados não urgentes são temas de muitas publicações científicas, motivo de insatisfação dos usuários e frustração da equipe de saúde (DEVKARAN et al., 2009). Tal cenário é comum em várias instituições, inclusive em outros países, levando a implantação de sistema de triagem para operacionalizar o atendimento (ACWORTH et al., 2009; CARRET et al., 2009; KALEMOGLU et al., 2004; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008)

Os lactentes foram os que mais buscaram atendimento. Nesta fase da vida, está previsto nos protocolos nacionais de saúde da criança, o acompanhamento em Unidade Básica de Saúde (UBS), para avaliação de crescimento e desenvolvimento, orientações e promoção do cuidado de intercorrências em tempo oportuno. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é destacado pelo Ministério da Saúde como eixo principal para identificação de necessidades especiais das crianças, inclusive prevenindo internações hospitalares (BRASIL, 2004b)

Este padrão de demanda pode ser reflexo da falta de reorganização do Sistema de Saúde em Ceilândia; evento mencionado pelos enfermeiros, que percebem duas barreiras do acesso na atenção básica. A primeira é a agenda fechada das unidades básicas que reprime a demanda local e a segunda barreira se apresenta para contrarreferência do usuário que procura atendimento no PS pediátrico, não havendo garantia de atendimento em Centro de Saúde de sua região. O Entorno também replica o mesmo quadro, pois grande parte dos usuários busca atendimento no HRC.

Está situação não só altera a demanda, mas também a continuidade da assistência. A integralidade do cuidado pressupõe haver comunicação entre as instituições e suas equipes, nos diversos níveis de atenção, com responsabilização, para um fluxo ágil de referência e contrarreferência, como é preconizado na PNH. Segundo, Pai e Lautert (2011) a falta de reorganização do sistema, resulta no trabalho de acolhimento sem sentido e sem resolutividade.

A reorganização do Sistema de Saúde contribui para absorção dos usuários com queixas não urgentes. A redistribuição destes usuários colabora para o atendimento segundo a necessidade, com a continuidade do cuidado e resolutividade (NASCIMENTO et al., 2011).

A pactuação entre as unidades de saúde, ordenando as portas de entrada do sistema, pela referência e contrarreferência possivelmente, reduzirá a incidência de tensões entre usuários e profissionais da saúde (GARLET, ESTELA REGINA et al., 2009b).

Outro fator encontrado na percepção dos enfermeiros quanto à dificuldade de acesso é a falta do profissional médico. Fica evidente a dependência do serviço de saúde pelo profissional, tanto na atenção terciária como na primária. A centralidade médica é contrária à lógica do novo modelo assistencial, onde no processo de trabalho em saúde, todos os profissionais são igualmente importantes, tendo o que contribuir para a satisfação da necessidade de saúde da população (FRANCO, T.B. et al., 1999; FRANCO, TULIO BATISTA et al., 2004).

Quanto à organização interna do serviço, foi possível constatar no fluxo de atendimento do ACR dois principais gargalos, onde o usuário submete-se a um longo período de espera. O primeiro e menos frequente, ocorre durante a espera para avaliação do enfermeiro, que pela rapidez do atendimento da equipe do ACR é facilmente diluído. O segundo é relacionado à espera para atendimento médico. Este período pode ser uma longa espera, principalmente aos usuários classificados como não urgentes.

Os gargalos, bem como os longos períodos de espera, possivelmente são o motivo do alto número de desistência do atendimento. Johnson (2009) relata que o abandono dos usuários antes do atendimento médico tem aumentado no decorrer dos anos e que este fenômeno tem sido associado ao longo período de espera. Em seu estudo, analisou que os usuários que abandonaram o serviço esperaram em média 70, 4 minutos (JOHNSON et al., 2009).

No PS pediátrico foi possível verificar que nos meses com maior demanda houve maior número de abandonos. Possivelmente maior tempo de espera, pois apesar da demanda ter aumentado, os recursos humanos permaneceram iguais.

Ainda com relação ao acúmulo de usuários na recepção, os enfermeiros relataram ser motivo de confusão entre usuário e enfermeiro, pela contestação da cor em que foi classificado, pois implica em tempo maior de espera. Assim o tempo prolongado de espera se torna uma barreira ao acesso dos usuários ao serviço de emergência.

A literatura aponta mudanças no fluxo de atendimento que podem contribuir para maior agilidade do atendimento. Equipes de profissionais por categoria de cor é um modelo que possibilita o atendimento de todos os níveis de classificação. Para isso deve se levar em

consideração o tempo médio de atendimento em cada categoria e distribuir o quadro dos profissionais disponíveis, incluindo neste atendimento o enfermeiro e outros profissionais da saúde (BRASIL, 2004c; FRANCO, T.B. et al., 1999).

A inserção do enfermeiro no atendimento durante e após a classificação de risco, que dê respostas as necessidades dos usuários, fortalece a autonomia profissional, gera fluidez ao serviço, reconhece o trabalho em equipe, pois não depende exclusivamente de um profissional da saúde.

A autonomia dos profissionais é um eixo estruturante da PNH, ou seja, o profissional pode gerar resolutividade em sua área de conhecimento. Na livre determinação do trabalhador independente do controle do outro, promove-se uma soma de ações para integralidade do cuidado, sendo todos mutuamente responsáveis, a serviço dos usuários (BRASIL, 2004a; SOUZA, R. S.; BASTOS, 2008).

Assim, existem queixas como assadura, mordedura leve e arranhaduras, inapetência (dificuldade na amamentação), que tranquilamente o profissional enfermeiro é capaz de promover resolutividade. Também é possível a criação de protocolos de atendimento para queixas de vômito e diarreia sem desidratação e até para sintomas gripais sem alterações respiratórias, que possivelmente colaboraria para agilidade do serviço, e melhor utilização do profissional.

No entanto, pode-se questionar se essas necessidades são pertinentes à atenção básica, e não deveriam ser demandas do Pronto Socorro. Então é necessário voltar ao ponto da reorganização do sistema de saúde que, com uma agenda aberta e comunicação entre os diferentes níveis do sistema de saúde, absorveria estes usuários, sem danos para os mesmos. Mesmo assim, dentro das UBS os enfermeiros poderiam operacionalizar o ACR e equipes de atendimento após a avaliação do usuário para o atendimento da população adscrita.

Quanto à estrutura física, verificou-se que na recepção, ou sala de espera, há um encontro e acúmulo de usuários. Neste local, aguardam os usuários que estão chegando para fazer sua ficha de atendimento (GAE), os que estão esperando para serem avaliados no ACR e os que estão esperando o atendimento médico, independente da prioridade.

O acúmulo dos usuários no mesmo espaço e com diferentes necessidades gera mal estar. Às vezes falta local para se sentar, deixando os usuários sem conforto nenhum. Além disso, crianças, com todo tipo de sintomas e microorganismos contaminadores, dividem o mesmo espaço.

Uma forma de melhorar a estrutura física e amenizar o período de espera é transformar os ambientes para fazer com que o usuário se movimente mais, ou seja, a criação de espaços de

espera por cor (JENSEN; CRANE, 2008; ZANELATTO; PAI, 2010). Estes espaços concebidos com ambiência, como conforto e componentes estéticos, acolhem o usuário segundo sua prioridade (BRASIL, 2004c).

A alteração de local para espera pode gerar a sensação de que já se está progredindo no atendimento. Então a primeira recepção é para todos, mas após o atendimento no ACR, o usuário se dirige à sala de espera segundo sua prioridade. Neste espaço, o usuário tem maior controle da quantidade de pessoas, da mesma categoria, a sua frente. Na disposição atual, além de voltar ao local de início, fica desorientado quanto ao seu tempo de espera (JENSEN; CRANE, 2008).

Ainda em relação à estrutura física, ressalta-se a necessidade de adaptar a sala de ACR para favorecer o atendimento individualizado, possibilitando ao enfermeiro realizar um breve exame físico e que mantenha a privacidade da criança e acompanhante que informa sua queixa.

Outra estratégia de organização é a criação de Áreas de Trajeto Rápido - ATR (*Fast Track Areas*), que têm o objetivo de prevenir longas esperas. É um local específico para usuários não urgentes, com uma equipe dedicada e com competência de dar alta. Estudo relata que após implantação das ATR, há uma diminuição do tempo de espera, de abandono e de permanência no serviço de emergência (DEVKARAN et al., 2009).

Com relação à organização da fila por classificações de risco, os enfermeiros entendem ser positivo, por proteger o usuário, o que de fato é um avanço. Avaliar o usuário com rapidez é uma forma de atenção, ato de valorização do indivíduo, que faz parte do acolher. Falta ainda a continuidade do acolhimento, proporcionando menor tempo de espera principalmente para os da categoria azul, que aguardam todas as prioridades para ser atendido.

Foi observado queda no quantitativo de classificações azuis no decorrer do ano, mas não houve alteração no quantitativo total de classificações não urgentes, nem se observou mudanças quanto ao padrão de queixas, repetindo-se todos os meses. É possível que a situação de tempo prolongado de espera da categoria azul gere um efeito de negação desta categoria, fazendo os enfermeiros promoverem os usuários para a categoria verde.

A negação do azul mascara a real porcentagem nas categorias, mas é compreensível que enquanto não houver mudanças para agilizar o fluxo, o padrão se manterá, tanto em favor do usuário ou para evitar confronto com o mesmo.

Com relação à demanda por queixas, se observa alta incidência de febre. Mais da metade das crianças que chegaram ao serviço referiram ou apresentaram tal queixa, seguido por tosse e vômito. Nenhum dos sintomas pode ser considerado como discriminante para categoria de

prioridade, a não ser a catapora/varicela que parece ter uma tendência para categorias de urgência (vermelha e amarela).

A incidência de queixas no PS pediátrico corresponde as informações do Ministério da Saúde, que aponta as doenças respiratórias como primeiro motivo de consulta em serviços de urgência, seguido por doenças diarréicas (BRASIL, 2004b).

Ao observar a qualidade das queixas, verifica-se uma diversidade maior para as classificadas como alterações cutâneas e alterações das vias aéreas. Na categoria “outras queixas” foram agrupadas aquelas que refletiam o estado geral das crianças como presença de febre, quedas e crises diversas. Grande parte destas queixas não estava presente no protocolo vigente, demonstrando que para algumas queixas os usuários são classificados segundo o julgamento pessoal de cada enfermeiro.

Das queixas ausentes em protocolo, destaca-se epistaxe sem alterações de sinais vitais, o gradiente da dor, as alterações genitais, abuso sexual, as alterações cutâneas, as musculoesqueléticas como torcicolo e o estado geral da criança como condição de sofrimento, expressa em choro, irritação dentre outros.

Quanto aos enfermeiros e o protocolo percebe-se alta aceitação do instrumento. No entanto, os profissionais apresentam desigualdade quanto ao tempo de trabalho no ACR, tempo de experiência profissional e dos setores de trabalho entre eles. A diversidade dos enfermeiros aponta para necessidade de um protocolo abrangente, com informações claras para o entendimento de todos os profissionais. Estes fatores contribuem para coerência na tomada de decisão e concordância entre avaliadores.

O protocolo é viável, pois já tem sido usado com certo êxito. Entretanto, não apresenta descrição do método, nem fluxo de ações. Informa especificação de população a ser usada e não oferece conceito das nomenclaturas utilizadas. A forma é objetiva, no entanto, falta clareza pela ausência de sinais, tanto dos acometimentos apresentados como de alterações fisiológicas e conceituação dos sintomas.

Apesar do protocolo distinguir apenas 4 categorias de prioridades, constatou-se no fluxograma a presença de uma 5^a categoria. São casos descritos na categoria vermelha, mas com atendimento imediato. São as crianças com necessidades de ressuscitação; não passam no ACR e entram direto para sala de emergência.

A flexibilidade não é observada, pois sem um fluxo de ações não é possível notar alternativas dos caminhos. Também se verificou, pela quantidade de queixas não encontradas no protocolo, que o mesmo não é abrangente aos usuários do serviço. Este instrumento ainda não foi validado nem passou por testes de confiabilidade.

Foi possível verificar algumas descontinuidades de informação, como pontos cegos, sinais que não se enquadram em nenhuma categoria. São encontrados entre a categoria vermelha e amarela para a saturação de oxigênio no valor de 91 e 90%, e entre as categorias verde e amarelo, para febre de 38,6 a 39°C. Os pontos cegos dificultam a tomada de decisão, geram insegurança quanto a prioridade a ser escolhida e é aspecto de fragilidade do instrumento local.

A adequação do protocolo segundo a demanda facilita o processo de trabalho, que exige um raciocínio clínico e responsabilidade (PATEL et al., 2008; WILLIAMS; O'ROURKE; KEOGH, 2009). Quanto mais abrangente, mais seguro e coerente o protocolo se torna, podendo ser submetido a testes de concordância entre enfermeiros para assegurar confiabilidade e a validade do instrumento.

O protocolo coeso com a PNH leva em consideração além dos riscos, o sofrimento físico e psíquico. Talvez pela dificuldade de medição ou pelo fato de usarem-se modelos de triagem internacional, fragilizamos um ponto crucial de todo o acolhimento, o fator de vulnerabilidade do usuário. Ainda não existem estudos que abordem este tipo de avaliação em protocolo. Há dúvidas de quais sofrimentos implicam em priorização do atendimento. Prurido intenso, lesões constrangedoras ou sofrimento pela morte de um familiar são exemplos de necessidades de prioridade sem risco ou agravo à saúde.

Verifica-se ausência de medidas para a dor. Faz-se uso de adjetivos como intenso, moderado, leve, agudo e recorrente, porém sem a definição. A dor é uma queixa importante e necessita ser mensurada para detectar a prioridade. Podem ser usados modelos como a Escala de Oucher (escala com fotos de crianças chorando, como por níveis de sofrimento), Escala Linear Analógica Não Visual (escala simples de 1-10), Escala de Faces (5 faces desenhadas de bem estar à dor intensa) e Escala comportamental de dor para recém-nascidos, *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), que avalia por sinais de irritabilidade, choro e insônia (TORRITESI; VENDRÚSCULO, 1998; VIANA; DUPAS; PEDREIRA, 2006).

Portanto para aprimorar o protocolo vigente verifica-se a necessidade de inclusão das principais queixas encontradas na demanda, a definição do método, fluxo de ações do atendimento, conceituação e especificação dos possíveis sinais e sintomas que envolvem a queixa ou acometimento, mantendo a clareza original.

Isso favorecerá a padronização do julgamento dos enfermeiros e igualdade aos usuários. Lembrando da necessidade de validação do mesmo e de estudos que determinem os sinais de vulnerabilidade para priorização. Tais ações somam para um atendimento acolhedor e responsável a população

7. CONCLUSÃO

O Processo de Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Socorro pediátrico do Hospital Regional de Ceilândia implantado desde 2009 está organizado para atender os usuários da Região Administrativa de Ceilândia segundo níveis de prioridade considerando a queixa do usuário classificadas segundo o protocolo de acolhimento por classificação de risco. O ACR é realizado por enfermeiros, que o percebem como uma importante estratégia que contribuiu para a melhoria do acesso dos usuários ao sistema de saúde, na organização das filas segundo as prioridades, como um fator de proteção dos usuários que acessam o sistema de saúde.

Desde a sua implantação o ACR funciona em uma estrutura física adaptada e atende a uma alta demanda de crianças lactentes, com queixas caracterizadas como não urgentes. O Protocolo utilizado para apoiar a tomada de decisão dos enfermeiros é um instrumento criado para outra realidade brasileira e adequado à realidade do DF e por consequência não contempla algumas queixas características da realidade local. Colocando em evidência fragilidades do instrumento direcionador da ação dos profissionais que definem as prioridades de atendimento. Neste contexto, os enfermeiros responsáveis pelo ACR enfrentam usuários insatisfeitos e ao mesmo tempo dependem de um instrumento com informações pouco abrangentes. Esta realidade faz com que esses profissionais tenham que muitas vezes, escolher segundo seu julgamento individual a classificação mais adequada.

O desequilíbrio entre a demanda, os recursos humanos disponíveis e a estrutura física que não favorece a agilidade do atendimento, geram um acúmulo de usuários com diferentes necessidades de saúde em um mesmo espaço físico e longos períodos de espera, refletidos no descontentamento dos usuários com a equipe quanto ao nível de classificação que lhes foi atribuído.

Assim o ACR, que na sua concepção parte do reconhecimento do trabalho em equipe, da comunicação entre os profissionais e os diferentes níveis do sistema de saúde, apresenta-se como uma atividade pontual, com pouca integração com a equipe interna do Pronto Socorro e com os demais níveis da rede local de saúde se distanciando da filosofia da PNH. A microgestão ainda não conta com a reorganização do sistema de saúde, este aspecto empobrece o estabelecimento da linha de cuidado, pela falta de apoio, comunicação e a continuidade das ações.

Em síntese os limites do ACR do HRC são o instrumento avaliador pouco abrangente, inespecífico de estrutura e organização, sem graduação da queixa dor, a organização local

disfuncional com relação ao tempo de espera dos usuários, principalmente das crianças classificadas não urgentes e a pouca organização da macrogestão do sistema de saúde de Ceilândia.

Como possibilidades, a implantação desta tecnologia no âmbito do HRC é considerada como um avanço no Sistema de Saúde do DF, e tem provocado reflexões importantes para a otimização das interações na construção do vínculo e responsabilização entre os usuários e o sistema de saúde local.

A experiência acumulada por mais de dois anos da implantação do acolhimento com classificação de risco no HRC, pode contribuir para a construção de um protocolo mais abrangente e que reflita a do DF. Consideramos que a utilização desta tecnologia possibilita a reorganização do processo de trabalho em saúde.

Como limites do presente estudo destaca-se a ausência de padronização dos registros dos ACR e como agenda futura a necessidade da construção de um protocolo que atenda a demanda local, assim como, estudos que reconstrua a linha de cuidado dos usuários atendidos no acolhimento com classificação de risco, como forma de desvelar a interação dos diferentes níveis de atenção à saúde e a estratégia como ferramenta para ampliar o acesso dos usuários ao sistema de saúde.

8. REFERÊNCIAS

ACWORTH, J. et al. Patterns of presentation to the Australian and New Zealand Paediatric Emergency Research Network. **Emergency Medicine Australasia** v. 21, p. 59–66, 2009.

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

ANDRADE, E. A.; DONELLI, T. M. Acolhimento e Humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de Emergência/Urgência no Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH). **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 17-24, Jul/Dez 2004.

ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z. A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1115-1124, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700043&nrm=iso >.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. In: MINAYO, M. C. D. S. e JR., C. E. A. C. (Ed.). **Críticas e Atuantes**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap. 6, p.708.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **R Enferm UERJ**, v. 15, n. 1, p. 33-9, jan/mar 2007.

BACKES, D. S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.

BARBOSA, L. C. V. et al. Implantação de acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro de hospital do estado tipo OSS (Organização de Serviços de Saúde) Hospital das Clínicas Luzia Pinho Melo., São Paulo, p. 15p, 2007. Disponível em: < <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/> >. Acesso em: 3 fev.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do Enfermeiro em Unidade de Emergência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 534-9, julho-agosto 2006.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1439-1454, 2009. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&nrm=iso >.

BRASIL. **Acolhimento Com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético-Estético no Fazer em Saúde**. 1. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil Brasília, 2004b. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf >. Acesso em: 27 de abril de 2012.

_____. Cartilha da PNH Acolhimento com classificação de risco., 2004c. Disponível em: < www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/capitulo_8_acolhimento_e_demanda_espontanea.pdf >. Acesso em: 30 de maio.

_____. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2a.ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006b.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factor. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan 2009.

CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. 2. Porto Alegre: ZOUK, 2011. 494

CAVALCANTE FILHO, J. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

CHRIST, M.; GROSSMANN, F.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª Ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

CURY, A. **Organização e métodos**. 7. São Paulo: Atlas, 2001.

Dados Estatísticos de Serviços Médico-Hospitalares. Brasília, 2011. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00010140.pdf> >. Acesso em: 24 de novembro.

DEVKARAN, S. et al. The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective. **BMC Emergency Medicine**, v. 9, n. 1, p. 11, 2009. ISSN 1471-227X. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/9/11> >.

DONG, S. L. et al. Reliability of Computerized Emergency Triage. **Academic Emergency Medicine**, v. 13, n. 3, p. 269-275, 2006. ISSN 1553-2712. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1197/j.aem.2005.10.014> >.

DURANI, Y. et al. The Emergency Severity Index Version 4: Reliability in Pediatric Patients. **Pediatr Emerg Care**, v. 25, n. 11, p. 751-3, 2009.

EDWARDS, M. Triage. **The Lancet**, v. 373, n. 9674, p. 1515, May 2009. ISSN 0140-6736. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609608436> >. Acesso em: 2009/5/8/.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 898-906, 2009. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400021&nrm=iso >.

FITZGERALD, G. et al. Emergency department triage revisited. **Emergency Medicine Journal**, v. 27, n. 2, p. 86-92, February 1, 2010. Disponível em: < <http://emj.bmj.com/content/27/2/86.abstract> >.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan 2008.

FORSQREN, S.; FORSMAN, B.; CARLSTRÖM, E. D. Working with Manchester triage – Job satisfaction in nursing. **International emergency nursing**, v. 17, n. 4, p. 226-232, 2009. ISSN 1755-599X. Disponível em: < <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X09000263?showall=true> >.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun 1999.

FRANCO, T. B. et al. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.

GARLET, E. R. et al. Work objective in emergency wards: professionals' conceptions. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, p. 535-540, 2009a. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400016&nrm=iso >.

_____. Work objective in emergency wards: professionals' conceptions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, p. 535-540, 2009b. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400016&nrm=iso >.

_____. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 266-72, Abr-Jun 2009.

GERDTZ, M. F. et al. Factors influencing consistency of triage using the Australasian Triage Scale: Implications for guideline development. **Emergency Medicine Australasia**, v. 21, n. 4, p. 277-285, 2009. ISSN 1742-6723. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-6723.2009.01197.x> >.

GONÇALVES, C. C. K. et al. Tradução, validação e adaptação cultural da escala de atividade esportiva. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 15, p. 246-250, 2007. ISSN 1413-7852. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522007000500002&nrm=iso >.

GRAVEL, J. et al. Interrater Agreement between Nurses for the Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a Tertiary Care Center. **Acad Emerg Med**, v. 15, n. 12, p. 1262-7, 2008.

GRAVEL, J.; MANZANO, S.; ARSENAULT, M. Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. **CJEM**, v. 11, n. 1, p. 23-8, 2009.

GRAY, D. E. **Pesquisa no Mundo Real**. 2ª Ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. Belo Horizonte-MG, Disponível em: < http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1 >. Acesso em: 24 de novembro.

HAN, J. H. et al. The Effect of Physician Triage on Emergency Department Length of Stay. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 39, n. 2, p. 227-233, 2010. ISSN 0736-4679. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T8B-4VG35MY-7/2/c95d0679aa60f4594855f2cdded983c4> >.

HENNINGTON, E. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 256-265, 2005.

JENSEN, K.; CRANE, J. Improving patient flow in the emergency department: there are nine strategies hospitals can incorporate to more effectively manage patient flow in the emergency department without sacrificing quality of care.(FEATURE STORY). **Healthcare Financial Management**, v. 62, n. 11, p. 104-6, Nov 2008.

JOHNSON, M. et al. Patients Who Leave the Emergency Department Without Being Seen. **Journal of Emergency Nursing**, v. 35, n. 2, p. 105-108, 2009. ISSN 0099-1767. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WJ5-4T9JWDY-2/2/8c350c3d834f8d3ce578653a25022a29> >.

KALEMOGLU, M. et al. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. **Rev Méd Chile**, v. 132, p. 1085-1089, 2004.

LAHDET, E. F. et al. Analysis of triage worldwide: Eric Fortes Lahdet and colleagues explore the issues that emergency department staff should consider when choosing the appropriate patient assessment method.(Report). **Emergency Nurse**, v. 17, n. 4, p. 16(4), 2009. ISSN 1354-5752. Disponível em: < <http://find.galegroup.com/gtx/infomark.do?&contentSet=IAC-Documents&type=retrieve&tabID=T002&prodId=AONE&docId=A203953567&source=gale&srcprod=AONE&userGroupName=capes58&version=1.0> >.

_____. Analysis of triage worldwide. **Emergency Nurse**, v. 17, n. 4, p. 16-19, 2009. ISSN 1354-5752. Disponível em: < <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010348818&lang=pt-br&site=ehost-live> >
 Publisher URL: www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1038&accno=2010348818 >.

LAVEAULT, D.; GRÉGOIRE, J. **Introdução às teorias dos testes em ciências humanas**. Portugal: Porto Editora, 2002.

MAFRA, A. A. et al. Protocolo Hospital Odilon Behrens. 2007. Disponível em: < <http://gbacr.com.br/index.php> >. Acesso em: outubro.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 13-19, janeiro-fevereiro 2007.

MARTINS, P. A. S. F.; FORCELLA, H. T. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, p. 62-67, 2006. ISSN 0103-2100. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100010&nrm=iso >.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3. São Paulo: HUCITEC, 2007. 189p

MUROFUSE, N.; ABRANCHES, S.; NAPOLEÃO, A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

NASCIMENTO, E. R. P. D. et al. Classificação de Risco na Emergência: Avaliação da Equipe de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 84-8, jan/mar 2011.

NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, p. 151-168, 2010. ISSN 1808-4281. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100011&nrm=iso >.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 27, p. 749-62, out./dez. 2008.

OLOFSSON, P.; GELLERSTEDT, M.; CARLSTRÖM, E. D. Manchester Triage in Sweden – Interrater reliability and accuracy. **International emergency nursing**, v. 17, n. 3, p. 143-148, 2009. ISSN 1755-599X. Disponível em: < <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X08001341?showall=true> >.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 524-530, 2011. ISSN 1414-8145. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300012&nrm=iso >.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027&nrm=iso >.

PATEL, V. L. et al. Calibrating urgency: triage decision-making in a pediatric emergency department. **Adv in Health Sci Educ**, v. 13, n. 4, p. 503-20, 2008.

PINTO JR, D. **Valor Preditivo do Protocolo de Classificação de Risco em Unidade de Urgência de um Hospital Municipal de Belo Horizonte**. 2011. 94p Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, UFMG, Belo Horizonte.

PIRES, P. D. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acute Scale (CTAS)**. 2003. 206 (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIBEIRO, E.; PIRES, D.; BLANK, V. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do sus e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 771-782, 2009.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **ALEA**, v. 7, n. 2, p. 305-322, 2005.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 305-10., maio-jun 2005.

SCHENEIDER, D. G. et al. Acolhimento ao paciente e família na Unidade Coronariana. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 81-89, Jan-Mar 2008.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov-dez 2004.

Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br/> >. Acesso em: 25 de maio de 2012.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, C. C. et al. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, p. 26-33, 2011. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100005&nrm=iso >.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. Sup 1, p. S100-S110, 2008.

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

TAMBURLINI, G. et al. Evaluation of guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. **Arch Dis Child** v. 81, n. 6, p. 478-482, 1999.

TORRITESI, P.; VENDRÚSCULO, D. M. S. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 6, p. 49-55, 1998. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000400007&nrm=iso >.

TUBINO, P.; ALVES, E. **Anatomia funcional da criança. Bases morfológicas para a prática pediátrica clínica e cirúrgica**. Brasília: Editora UnB, 2007.

VAN DER WULP, I. **Reliability and Validity of Emergency Department Triage Systems**. 2010. 144 (doctor). Faculteit Geneeskunde, Universiteit Utrecht, Netherland.

VAN DER WULP, I.; SCHRIJVERS, A. J. P.; VAN STEL, H. F. Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. **Emergency Medicine Journal**, v. 26, n. 7, p. 506-509, July 1, 2009 2009. Disponível em: < <http://emj.bmj.com/content/26/7/506.abstract> >.

VIANA, D. L.; DUPAS, G.; PEDREIRA, M. D. L. G. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. **Pediatria**, v. 28, n. 4, p. 251-61, 2006.

WILLIAMS, A.; O'ROURKE, P.; KEOGH, S. Making choices: why parents present to the emergency department for non-urgent care. **Archives of Disease in Childhood**, v. 94, n. 10, p. 817-820, October 1, 2009 2009. Disponível em: < <http://adc.bmj.com/content/94/10/817.abstract> >.

ZAICANER, R. et al. Análise da Implantação do Protocolo para Incorporação de Pacientes de Grupos Prioritários na Atenção Básica. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 42, p. 90-101, abril 2008.

ZANELATTO, D. M.; PAI, D. D. Práticas de Acolhimento no Serviço de Emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 2, p. 358-365, 2010.

9. ANEXOS

Anexo A – Documento de aprovação no CEP



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0432/2011

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 423/2011 – GRAU DE CONCORDÂNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA INFANTIL DE UM HOSPITAL DO DISTRITO FEDERAL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.


Validade do Parecer: 28/09/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela APROVAÇÃO DO PROJETO.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 29 de setembro de 2011.

Atenciosamente,


 Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
 Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
 SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907
 BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: Grau de concordância da classificação de risco na emergência infantil de um hospital do Distrito Federal.

O objetivo desta pesquisa é verificar nível de concordância da classificação de risco no acolhimento entre enfermeiros do Pronto Socorro pediátrico do Hospital Regional de Ceilândia (HRC).

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de uma entrevista que o(a) senhor(a) deverá responder no setor do Pronto Socorro Pediátrico na data combinada com um tempo estimado para sua realização de 20 minutos . Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação realizada pela pesquisadora da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para pesquisadora Alexandra Daniela Marion Martins, telefone celular: 9222-8138 ou residencial 3021-8444, no horário das 8 as 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Alexandra Daniela Marion Martins

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo C – Termo de Concordância do HRC



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

Carta Nº 0432/2011 - CEP/SES/DF.

Brasília, 29 de setembro de 2011.

Ilmº (a) Senhor(a)

DIRETOR do(a): HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA (com vistas à Chefia do Pronto Socorro Pediátrico) – SES/DF

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 423/11 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto “GRAU DE CONCORDÂNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA INFANTIL DE UM HOSPITAL DO DISTRITO FEDERAL” encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 28/09/2011


Validade do parecer: 28/09/2013

Pesquisador responsável e telefone: ALEXANDRA DANIELA MARION MARTINS – (61) 3021-8444

Os dados serão coletados na SES-DF o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,


 Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
 Coordenadora

AL-CEP/SES/DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
 SMHN – Q. 501 – Bloco “A” – Brasília – DF – CEP.: 70.710-907
 BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

Anexo D – Instrumento para análise das percepções**QUESTIONÁRIO SOBRE PERFIL DOS ENFERMEIROS**

Entrevista do profissional

Data: _____

Início: _____ Término: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

Local de graduação: _____ Término: _____

Pós-Graduação: Não Sim. Qual _____

Local de atuação no HRC: _____

Tempo de trabalho como enfermeiro: _____

Realizou treinamento para classificação de risco: _____ Data: _____

Como é o trabalho no Acolhimento com Classificação de Risco?

Você tem alguma observação quanto ao protocolo?

Anexo E – Cópia digitalizada de uma página do livro de registro (página 1)

26.07.10

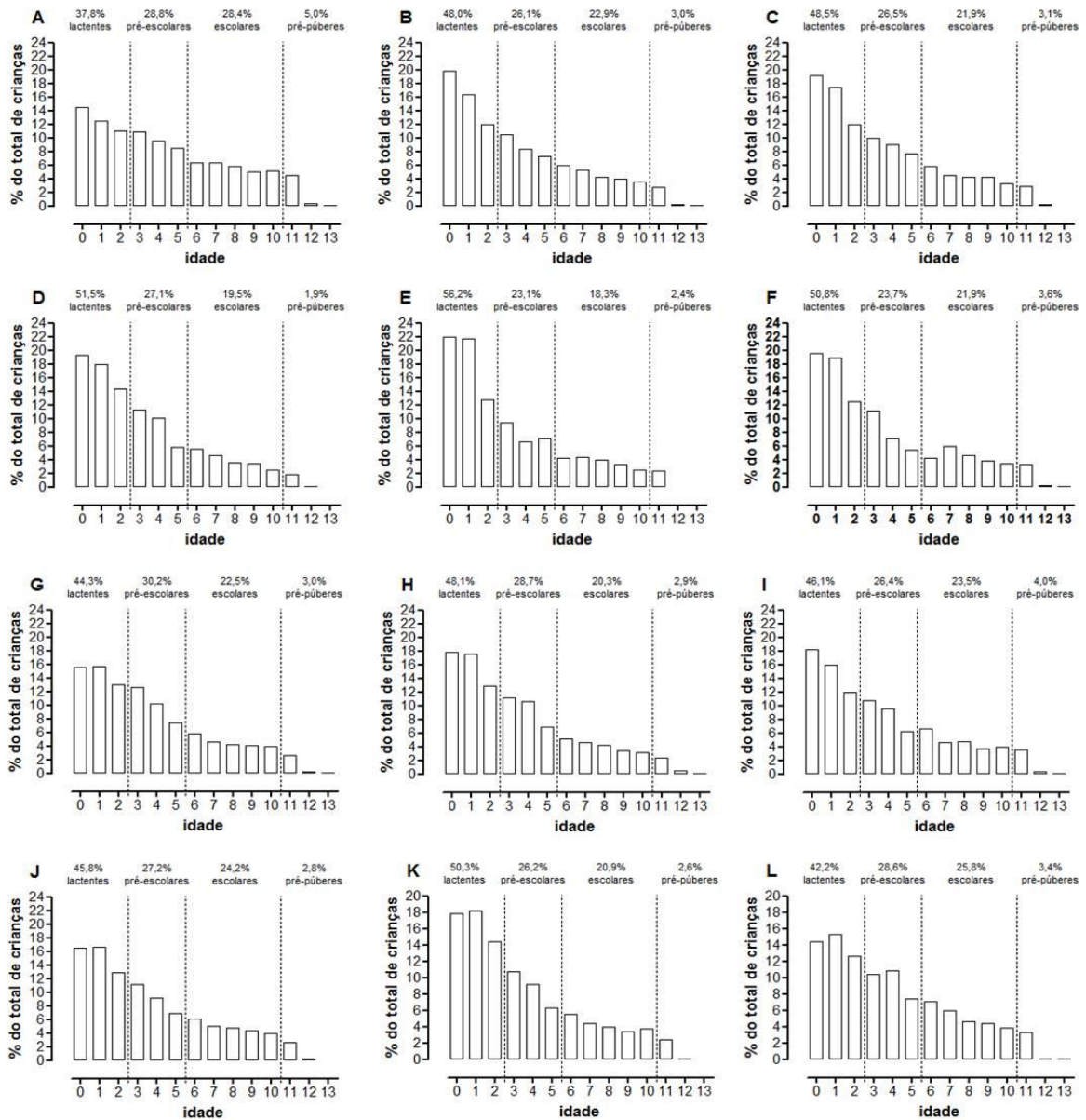
	Registro	Nome	RVO e Res.	
241	100	14.02.09	Maíza Nangel do Nascimento	DNM 9. E
242	101	30.06.09	Hemilly Jayanne A. R. Lima	DNM 8. C
243	102	26.05.06	Vitória Fomires de S. Lima	DNM 22. E
244	103	19.09.07	Vitor Yuri de Souza Lima	DNM 22. E
245	104	09.08.09	Emmanuelly Silva Campos	DNM 38. 1
246	105	28.07.01	Matheus Nascimento de Freitas	DNM 06. H
247	106	13.06.10	Pamila Silva Carvalho	CH 125. H. 2
248	107	25.09.09	Yasmin Stella R. de Oliveira	DNM 07. M. 1
249	108	14.06.10	Felipe Eduardo Freitas	In 51. 15
250	109	24.10.09	Nicolas da Silva Oliveira	DNM 9. 52
251	110	17.04.09	Luiz Henrique Murgis de Oliveira	DNM 19. 52
252	111	10.04.08	Maria Luiza Ximenes F. Silva	DNM 06. F. 3
253	112	03.04.00	Luís Junior Souza dos Santos	DNM 42. C
254	113	21.02.99	Laraine Rivettine P. Carvalho	DNM 01. C
255	114	08.09.04	Ama Beatriz Luiza Oliveira	DNM 21. M. 1
256	115	15.01.09	Emmanuel Fabrício de Souza	DNM 23. 21
257	116	10.07.06	Eduardo Maia Rodrigues	DNM 02. 22
258	117	12.07.02	Emilly Camilly Alves Oliveira	DNM 18. 47
259	118	31.05.07	Sarah Puzivaldo Silva	DNM 30. 21
260	119	27.06.08	Marnulla Nascimento Silva	DNM 08. C
	120	08.02.10	Agatha Judia de Sa. Martins	DNM 35. 6
	121	18.12.01	Vinicius Lopes de Sa	DNM 18. 79
	122	20.05.05	Guilherme Ricardo L. Silva	DNM 17. F. 1
	123	21.04.07	Giovanna Aparecida R. Lima	DNM 19. P. 1
	124	20.11.06	Julio Cesar Amar. Ferreira	DNM 07. B. 2
	125	05.10.09	Isabela Soares Queiroz	DNM 36. I. 1
	126	20.02.08	Rafael Costa Amorim	DNM 21. J. 1
	127	14.06.09	Eric Silva da Mata	CH JK W 03
	128	15.05.04	Gully Anne Fernandes Neres	DE 17. I. 3
	129	10.02.08	Breno Bernardo Batista Silva	DNM 4. K. 1
	130	11.08.99	Rathava dos Santos Silva	CH 16. B. 2
	131	06.10.06	Bianca Matos de Moraes	DNM 16. 40
	132	30.11.09	Rebeca Raphaela Moraes Silva	DNM 15. G

(página 2)

66

	idade	SINAIS e SINTOMAS	DIAS	class.	
0	Ceil Sul	Vômito, febre, cangra	02	Green	20
3	Ceilândia	Diarréia, febre, inapetência	03	Green	
26	Ceil Sul	Febre, azia, inapetência, ^{HALI-TOSE.}	08	Green	
6	Ceil Norte	Edema + Irritação em grande peniana	02	Yellow	20
22	N Norte	Tosse, vômito, febre, cansaço	02	Yellow	
8	Ceil Norte	Cefaleia, dor abdominal. ^{DIARRÉIA}	Hoje	Green	20
A	P Norte	salivas, irritação,	2d	Green	
2	Ceil Sul	Tosse, peito suco,	15d	Green	20
5	Sambaíba	irritação, febre e sangue,	3d	Yellow	
21	Sul Norte	Tosse, vômito, secreção ocular, febre, vomito	2d	Green	20
21	Sul Norte	Tosse, febre, inapetência	3d	Yellow	
6	veterino "	Febre, halitose, d. garganta	2d	Green	20
206	Tag Norte	doitagem, sutura e/ prurido	15d	Green	
07	01 Ap Sul	diarréia, vômito, d. abdominal	4d	Yellow	20
45	Sul Norte	vômito,	1d	Green	
10	A lindas	diarréia, + Tosse, inapetência	1d	Green	20
2.15	Sul Norte	Febre, Tosse, cansaço, cefaleia,	4d	Green	
01	Exp. Satoró	anemia, febre, febre, vômito	2d	Red	20
20	J. A. lindas	Febre, halitose, azia, diarreia, ^{vômito}	3d	Green	
41	Sul Norte	Disúria, febre, diarreia e etc.	02	Green	20
24	P. Sul	Tosse, est. gástrico, dorosa, que...	03	Yellow	
22	Ceil Norte	urticária + prurido	Hoje	Green	02
08	Ceilândia	EPISTAXE, Febre, INAPETÊNCIA	03	Red	
18	Ceil Sul	Irritação ocular + febre	01	Yellow	11
22	Tag Norte	FEBRE, OTALGIA	07	Yellow	
33	P Sul	Tosse produtiva, febre, cangra, sibilos, gurgulho	1 mês	Green	20
13	Ceil Sul	Febre, vômito, diarreia, tosse produtiva, halitose	3d	Red	
08	ap Ceil Norte	vômito, tosse, dor no abdô	1 mês	Green	20
22	Quara 2	Inapetência, dor de garganta, cefaleia, anemia	1d	Green	
22	Ceil Norte	Febre, vômito, dor abdominal, halitose	3d	Green	20
16	41 Sul recente	Cefaleia, vômito, tosse produtiva, dor de garganta, hoje	Hoje	Green	
17	Sul Norte	Febre, d. garganta, cefaleia, halitose,	5d	Green	20
17	Ceil	vômito, febre, halitose,	1d	Green	

Anexo F – Comportamento mensal da distribuição etária



Idade das crianças atendidas no ACR do PSp do HRC, distribuição mensal observada em setembro (A), outubro (B), novembro (C), dezembro (D) de 2009 e janeiro (E), fevereiro (F), março (G), abril (H), maio (I), junho (J), julho (K) e agosto (L) de 2010.

Anexo I – Organização das queixas observadas nos registros

Alt. vias aéreas	Alt. gastrointestinais	Alterações cutâneas	Alt. genitúrinarias	Outros
amidalite	1 semana sem evacuar	alergia	ardência ao urinar	abdome globoso
amígdalas infectadas	abdome globoso	alopécia	bexigoma	abuso sexual?
cansaço	anorexia	assadura	caroço no prepúcio	ansiedade
carne no nariz	ansia de vômito	bolha	corrimento vaginal	ardencia em MSD
catarro	cólica	brotoejas	corrimento vag.I esverdeado	atestado p/ entrar na escola
cianose	constipação	caroço na axila	dificuldade de urinar	cachumba
cianose labial	desidratado	caroço no peito	diminuição do débito urinário	calafrios
coceira no nariz	diarréia	caroço pescoço	disúria	choro constante
coriza	diarréia amarela	caroços no corpo	dor e edema em pênis	choro fácil
coriza esverdeado	diarréia c/rajas de catarro sangue	catapora	dor renal	choroso
crise de asma	diarréia com sangue	celulite	erupção e eritema em genitália	cólica menstrual
crise de bronquite	diarréia fétida	celulite região periorbitária	fimose	crise hepática
desconforto respiratório	distensão abdominal	cicatriz umbilical sangrando	fimose inflamada	crise vacinal
dificuldade de respirar	dor abdominal	coceiras	hematúria	deficiência na alimentação
dificuldade para engolir	dor de barriga	corpo empolado	hernia em saco escrotal	delírio noturno
dispneia	enjôo	dermatite de contato	incontinência urinária	desfaleceu
dispnéia noturna	epigastria	eczema cutâneo	ITU	desnutrido
dor ao inspirar	falta de apetite	edema e rubor	lesões em pênis	diabetes
dor de garganta	flatulência	equimose	nódulo em pênis	dor no ventre
dor nos seios nazais	gastralgia	eritema em face	oclusão do meato urinário	edema em face
dor torácica	gastroenterite	eritema generalizado	pênis edemaciado	edema em unha mão D
dores nas costas	GECA	eritema papular	polaciúria	emagrecimento
espirro	golfando	erupção na pele com prurido	pouca urina	escabiose
falta de ar	hiperemese	erupção na pele com prurido	prurido anal e vaginal	estresse
gripe	hiperemia e nódulo região anal	escamação	prurido vulvar	febre
halitose	inapetência	exantema	sangramento em pênis	febre alta
irritação na garganta	intoxicação alimentar	ferida	sangramento vaginal	febre intermitente
mau hálito	intox. exogena (por chumbinho)	feridas em couro cabeludo	secreção vaginal	febril
obstrução nasal	intox. exogena por medicação	furunculo	urina concentrada	fraqueza
odinofagia	náusea	hiperemia	urina escura	ganglios infartados
peito carregado	obstrução fecal	icterícia	Alt. Músc-esqueleticas	gemente
peito cheio	oligofagia	lesão bolhosa	abaulamento de tórax lado D	hernia umbilical
peito chiando	prisão de ventre	lesões+ pústulas todo corpo	acidente pérfurocortante	hiperemia
placa, hiperemia garganta	prurido anal	lesões cutâneas	corpo estranho dedo mínimo	hipoativo
pneumonia	refluxo	lesões cutâneas com crostas	formigamento MMII	inchaço rosto e pés
pús na garganta	vômito	lesões infectadas	mialgia	língua pregada
resfriado	Alterações mucosas	lesões ulcerosas pelo corpo	pé torto	mal cheiro
respiração ruidosa	afecção em mucosa oral	mancha hipocronicas	perfurou o pé com prego	mal estar
retração fúrcula esternal	aftas	manchas brancas	pescoço duro	moleza
rouco	cárie do molar c/ secr. purulenta	manchas vermelhas	rigidez de nuca	mononucleose
rouquidão	colocou corpo estranho no nariz	micose	rigidez de pescoço	nódulo cervical
secreção nasal	dormência na língua	nódulo doloroso	rigidez em MMSS	olhos fundos
secreção nasal amarelada	edema de gengiva	picada de inseto	torcicolo	PA: 150x100mmHg
suspeita de H1N1	epistaxe	placas purulentas	Alt. neurológicas	palidez
taquipnéia	estomatite	processo alérgico	agitado	Passagem de SNG
tosse intensa	gengivas com bolhas	pustula após BCG	apatia	pediculose
Tosse produtiva	gengivite	queda de cabelo	cefaléia	polidipsia
Tosse seca	lesões na boca	queimadura	choroso	prostração
uso musc. acessoria	lesões na língua	rachadura nos pés	convulsão febril	queda da cama
Dor	língua esbranquiçada	recidiva de catapora	crise convulsiva	queda da própria altura
articulações	língua pregada	rush cutâneo	delírios	reação à medicação AZT
cefaléia	pontos brancos na língua	sangramento coto umbilical	desacordado	reação à vacina
cervical	sangramento nasal	sinais de alergia	desmaio	sede intensa
de cabeça	Alterações oculares	urticária	DNV	sem sugar
de dente	ardência em olho	urticária com placas	dormência na língua	sensação de desmaio
facial	celulite em região periorbitária	varicela	epilepsia	sialorréia
hipocondrio direito	conjuntivite	varicela infectada	hipoativo	síncope
interna no peito	dor retroorbital	Alt.s cardiológicas	inconsciência	Síndrome de Down
mandibular	edema palpebral	cardiopata congenito	insônia	sonolência
mialgia	hiperemia ocular	coração acelerado	irritabilidade	sudorese
MMII	irritação conjuntiva	dor precordial	letargia	sudorese fria
na nuca	irritação nos olhos	ICC	microcefalia	suspeita violencia sexual

nas costas	lacrimejamento	sopro cardíaco	neuropatia periférica	tonteira
no braço após punção	olhos amarelados	taquicardia	paralisia à esquerda	trauma por coice de cavalo
no corpo	olhos vermelhos secr. purulenta	Alterações auriculares	pré-convulsão	trocar sonda gastrostomia
joelho - irradiação coxa	secreção em olho	corpo estranho em ouvido	síncope	verificar exames
no ventre	trauma em olho	dor de ouvido	sonolência	verminose
pelvica		edema ouvido D e E	TCE	
precordial		lesões em orelha	tontura	
região inguinal		otite	tremores	
região lombar		sangramento de ouvido	vertigem	
renal		secreção em ouvido		
umbigo				

Anexo J – Protocolo vigente no ACR do PS pediátrico do HRC

Nível 1 – Vermelho

Emergência

Atendimento médico imediato ou em até 15 minutos

Parada cardíaca e/ou parada respiratória; Sinais vitais ausentes ou instáveis.
Traumas graves (fratura exposta, TCE, atropelamentos, etc), hemorragia intensa e ativa; Lesão por frio intenso (hipotermia). Queimaduras extensas e profundas. São atendidas pela equipe da cirurgia!
Hipotensão, palidez acentuada, pele fria, sudorese taquicardia ou bradicardia, Toxemia
Dor abdominal com sinais vitais alterados: hipotensão, taquicardia e febre.
Desidratação grave (letargia, boca muito seca, olhos muito encovados, fontanela muito deprimida, pulso fino, prega cutânea se desfaz muito lentamente > 10 seg).
Temperatura > 38,5°C em pacientes imunodeprimidos (Aids, leucoses, quimioterapia, transplantados) Febre > 40°C em qualquer idade.
Insuficiência respiratória (incapacidade de falar, cianose, letargia, dispnéia extrema ou fadiga muscular, obstrução de via aérea, Saturação < 90%)
Convulsão em atividade, pós-ictal; Inconsciência /desmaios.
Distúrbios Metabólicos (hipoglicemia/hiperglicemia). Dosar glicemia capilar!
Intoxicação exógena (ingestão de produtos químicos, drogas)
Neonato: toda criança < 7 dias devida, devido ao risco de hiperbilirrubinemia, anomalias cardíacas e sepse.
Hemorragia digestiva volumosa, melena com instabilidade hemodinâmica, hemoptise franca, epistaxe com PA alterada.
Anafilaxia: com sintomas respiratórios, ou sensação que a garganta está fechando, edema de glote, sinais vitais instáveis.
Paciente com anemia falciforme: palidez, hipotensão, suspeita de seqüestro esplênico.

Nível 2 – Amarelo

Urgência

Avaliação médica em até 30 minutos

Sinais Vitais instáveis
Diarréia e vômito associado com desidratação moderada sem vômitos (atenção: iniciar TRO!)
Temperatura axilar igual ou maior que 38°C em crianças < 3meses
Febre >39°C e <40°C em qualquer idade
Paciente com anemia falciforme em crise dolorosa, edema de mãos e pés, ou dor torácica
História de diabetes mellitus (com glicemia > 300 ou menor que 50mg/dl, desidratação acentuada, vômito e dor abdominal)
Ingestão de corpo estranho; Corpo estranho nariz e /ou ouvido.
Traumas moderados (Queda, TCE, mordeduras, etc); Queimaduras moderadas (2 ^o e 3 ^o graus) Deverão ser encaminhadas à cirurgia.
Dispnéia / taquipnéia, com uso de musculatura acessória, saturação de O ₂ entre 92-94%, broncoespasmo e suspeita de broncoaspiração
Hemorragia digestiva: sangramento não atual >24horas, (sinais vitais normais).
Agressão física / violência doméstica
Dor torácica localizada, em pontada, que piora com a respiração profunda.
Dores abdominais aguda, moderadas, distensão abdominal, retenção urinária, associada à febre e prostração.
Convulsão: pós-comicial, alerta, sinais vitais normais, epilepsia prévia e crise nas 24horas, ou primeiro episódio(curto), desmaio nas últimas 6 horas
Varicela (ver possibilidade de isolamento enquanto aguarda)
Dor articular intensa, com impotência funcional.
Urticária ou prurido intenso

Nível 3 – Verde
Menor urgência
Avaliação médica em até uma hora

Febre: temperatura axilar entre 37,8°C e 38,5°C
Sintomas gripais: dor de garganta intensa, dor de ouvido, tosse produtiva, rinorréia purulenta, mialgia.
Miíase com infestação intensa
Dor abdominal aguda, moderada, com sinais vitais normais e ausência de prostração e toxemia
Dor torácica não aguda, moderada e sem dispnéia.
Queixas relacionadas ao sistema urinário
Cefaléia: não intensa, não súbita, com sinais vitais normais.
Hipoatividade sem alterações de sinais vitais
Queimaduras de 1º grau, <10% de área não crítica. Deverá ser encaminhado à cirurgia.
Trauma menor (> 6 horas e <10 dias): torções, contusões. Deverá ser encaminhado à ortopedia
Situações especiais: <ul style="list-style-type: none"> • RN entre 8 – 29 dias com queixas clínicas; • Deficiente físico; • Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica; • Troca de sonda vesical de demora ou sonda nasoentérica;
Irritação ou hiperemia ocular;
Prurido cutâneo leve;

Nível 4 – Azul**Não urgente**

Avaliação médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito a outro centro de saúde com contato telefônico prévio e garantia de atendimento.

Assadura
Problemas / queixas crônicas há mais de 30 dias
Intervenções de enfermagem (limpeza, imunização, curativo, orientações, etc).
Resultado de exames
Solicitação de exames
Troca de receitas
Mordedura leve e arranhaduras
Pediculose
Inapetência
Escabiose
Dor leve
Sintomas gripais: coriza; dor de garganta, sem sinais respiratórios.
Constipação intestinal
Vômito ou diarreia: sem desidratação, estado mental normal, sinais vitais normais.
Dor abdominal recorrente

Anexo M – Organização das unidades textuais transcritas

Ordem	Referência Temática	Unidade Textual Transcrita	Entrevistado
1	Definição do acolhimento com classificação de risco	“...é acolher as mães que chega a procura do atendimento e priorizar esse atendimento de acordo com a classificação de risco.”	1
		“Então na verdade agente tá ali ééé... graduando a prioridade das crianças, né? que mesmo crianças que chegam depois, as vezes tem a necessidade de atendimento mais rápido, né?”	2
		“...de você poder olhar, ver o que a criança tem, e poder priorizar aquele que está em risco.”	4
2	Organização do acolhimento com classificação de risco	“Da própria criança que tá... e quando a mãe chega... ou seja... se tem crianças com pneumonia, catapora, ou suspeita de hepatite... essas crianças são classificadas de uma maneira a viabilizar o atendimento com prioridade pra elas, pra que ela não fique né... no meio do aglomerado de pessoas na sala de espera.”	1
		“...e funciona das 7h da manhã até 10h da noite, né? E toda a criança que chega e deu a entrada passa... passa pelo o enfermeiro e pelo auxiliar de enfermagem da sala de acolhimento com classificação de risco onde agente pega o sinais vitais da criança, é... faz o exame físico breve, né?, De acordo com as queixas que a mãe apresenta, vê o estado geral da criança, né? E dados básicos sobre principalmente, sobre a queixa e o estado da criança naquele momento baseado nos sinais vitais, no estado da criança e como ela está naquele momento, na história dos sintomas, agente classifica a criança: ou em não urgência no caso a criança seria azul ah... ou verde, se for urgência amarelo, né? e se for uma emergência mesmo que é vermelho, que a criança não pode, de maneira nenhuma, esperar, no caso...”	2
		“...acho que é de extrema importância este trabalho do enfermeiro na classificação de risco, porque na verdade ele tá.. agente, né? Tá, no caso, organizando a fila que não é mais por ordem de chegada como foi durante muitos e muitos anos mas, sim por ordem de necessidade, de prioridade de atendimento. O paciente deve ser atendido na emergência não por ordem de chegada mas, de acordo com a sua necessidade para que se diminua o sofrimento e tire ou... se diminua ou se elimine, no caso, o risco de morte, tá? do paciente.”	2
		“É um trabalho diferente que agente costuma fazer freqüentemente, diariamente, porque assim, agente tá de cara com a população.”	3
		“Com a classificação de risco isso não acontece, porque tem criança que chegou depois dele e a assim, a classificação é de cor mais prioritária e passa na frente.”	3
		“...a classificação tem as cores, né?”	3
	“Porque você fica entre o paciente e o médico.”	4	

		“...as vezes reavaliando, a criança não tem uma piora clínica, mas ai, tem muito tempo esperando.”	4
		“As vezes a criança entra, e não tá tão grave, mas demora muito o atendimento.”	4
		“...que agente não tem médico, a equipe está defasada e ai agente, fica complicado pra enfermagem, eu acredito.”	4
		“Só que precisava dar umas ajustadas em algumas coisas, pra que funcionasse bem, pra que agente realmente acolhesse, porque às vezes funciona muito como classificação, né?”	4
		“ Você não consegue acolher, porque como é que eu atendo uma mãe com uma criança e aí ela fica 5h esperando, né?”	4
		“ Por que os outros até que não, né? o verde é sempre atendido, o amarelo, o vermelho.”	4
		“A gente não tem isso fechado no protocolo (encaminhamento dos classificados azul)”	4
		“A gente não faz encaminhamento.(das crianças classificadas azul)”	4
		“...a gente orienta verbalmente pra procurar, ou quando eu conheço quem é no Centro de Saúde, quem é o gerente, que é o chefe de enfermagem, ai eu falo: Oh! Procura o fulano de tal... e explico o caso, que eu acredito que ele lá vai acolher.”	4
		“Então tem pai que vai e consegue e tem pai que não, e volta. Ai se você pega 3 dias de classificação, no terceiro ele volta de novo: Não consegui! E realmente agente sabe que ele não consegue.” (atendimento no CS)	4
		“...por que sempre tem médico dando um respaldo.”	5
		“Independente da cor a criança vai ser atendida, podendo demorar mais ou menos, de acordo com a gravidade do caso.”	5
		“Que agente tem essa facilidade. Passar as crianças vermelho primeiro, crianças que vem acompanhada pelo SAMU também, feito...protocoladas aqui na sala de classificação.”	5
		“Eu, com certeza, acho que a Ceilândia tá, assim, bem adiantada em questão da classificação das crianças.”	5
3	Benefícios do acolhimento com classificação de risco	“ E com isso, tanto facilita pra quem tá a procura de um atendimento né... como pra exposição dessas patologia com as outras crianças. Então facilita muito o fluxo.”	1
		“...esse acolhimento vem pra facilitar o atendimento das mães dentro desse pronto socorro. Não só das mães, como também viabilizar os profissionais médicos né... e de enfermagem com fluxo de desenvoltura desse trabalho que tem dado muito bom resultado.”	1
		“Pra diminuir o sofrimento, pra tirar mesmo do risco de morte. Então, eu acho que é de extrema importância este trabalho do enfermeiro na classificação de risco, porque na verdade ele tá.. agente, né? Tá, no caso, organizando a fila que não é mais por ordem de chegada como foi durante muitos e muitos anos mas, sim por ordem de necessidade, de prioridade de atendimento.”	2

		“Com a classificação de risco isso não acontece, porque tem criança que chegou depois dele e a assim, a classificação é de cor mais prioritária e passa na frente.”	3
4	Conflito entre usuário e classificação do usuário	“Apesar de ter algumas mães que chegam com as crianças que são especiais. Elas acham que tem que passar na frente das outras crianças que não sejam especiais, mas essas crianças chegam e são priorizadas da mesma maneira que as outras crianças... A não ser que seja criança especial que está realmente grave.”	1
		“...e quando ele pega a classificação verde ou azul o tempo de espera, não tem como, é maior.”	3
		“...tem criança que chegou depois dele e a assim, a classificação é de cor mais prioritária e passa na frente, então assim, isso pelo que eu percebo, às vezes revolta a população.”	3
		“...os pais ficam nervosos.”	4
		“...ai fica difícil agente ter essa empatia com o pai, com familiar”	4
5	Aspectos positivos do protocolo de classificação de risco	“Bom... Não... dificuldade não, porque ele é bem explícito... E é bem objetivo...”	1
		“...então foi esse ultimo agora, esse ultimo protocolo... não tenho muitas dúvidas, não.”	3
		“...mas esse último tá mais adequado a nossa realidade.”	3
		“...e eu acho ele bem eficaz, ele classifica bem”	4
		“...eu acho que o protocolo é flexível neste sentido, você tem que usar o bom senso também”	4
		“...assim no dia a dia, na rotina, acontecendo normalmente, eu acho que ele acontece.”	4
		“Eu acho que a Ceilândia tá assim... bem adiantada quanto ao protocolo.”	5
		“...eu creio que agente tem encontrado facilidade pra trabalhar com este protocolo, em questão de cor.”	5
6	Percepção sobre a demanda e usuários	“...E aqui no acolhimento aqui da Ceilândia você não vê nenhum caso de falecimento. Geralmente é diarreia, dor de garganta... é vômito né... febre... não tem nenhum assim... dificuldade de atendimento.”	1
		“...que a grande maioria é dos classificados verde, porque nossa realidade aqui das crianças que vem pro hospital de Ceilândia não são crianças de Pronto Socorro, são crianças de ambulatório, então não tem como, a grande maioria vai ser classificado verde ou até mesmo azul.”	3
		“As vezes a criança entra, e não tá tão grave.”	4
7	Histórico do acolhimento com classificação de risco	“...o trabalho de acolhimento com classificação de risco começou já tem mais ou menos um ano.”	2
		“E não só no Brasil como em outros lugares do mundo.”	2
8	Políticas de saúde relacionadas ao acolhimento com classificação de risco	“É assim que preconiza hoje o Ministério da Saúde né?”	2
		“É como preconiza a Política Nacional de Humanização, né?”	2

9	Gênese do protocolo de acolhimento com classificação de risco	“...a gente usa um protocolo adaptado. Agente não tem um protocolo pronto, de acordo com as nossas realidades, né? O protocolo agente usa ele adaptado, tem de Salvador, tem um de Campinas, que agente usa esses protocolos que já são, que já foram feitos por outras instituições que agente de certa maneira, adapta a nossa realidade.”	2
		“O primeiro protocolo... do tempo que eu fiquei no acolhimento no Pronto Socorro da pediatria, tiveram 2 protocolos, teve um que se iniciou, que assim, depois de varias, algumas reuniões, foi mudado porque tinha algumas coisas que assim, até meio fora da nossa realidade, porque agente tem que adequar a nossa realidade”	3
		“Teve algumas adaptações pra unidade nossa, devido as procuras”	
10	Propostas para novo protocolo de acolhimento com classificação de risco	“...a proposta, nosso projeto, é que um dia agente elaborar um protocolo baseado na nossa realidade, né? Nos nossos clientes, que com certeza muda, de um lugar pra outro muda as queixas. Então agente tem uma idéia de colocar, fazer um protocolo nosso, daqui né? que acho que vai ser mais efetivo.”	2
11	Receptividade do usuário ao acolhimento com classificação de risco	“Então na mesma hora que a população, alguns, acham bom o trabalho, outros não.”	3
		“...eu percebo que a grande maioria não gosta.”	3
		“...isso pelo que eu percebo, às vezes revolta a população.”	3
		“Então ocorre esta revolta.”	3
		“...e as crianças que realmente são classificadas como amarelo ou vermelho, aí eles acham bom.”	3
		“...os pais ficam nervosos.”	4
12	Resolutividade do acolhimento com classificação de risco	“...eu percebo que a grande maioria não gosta, na questão de não ser resolutivo.”	3
		“Porque assim, a população, eles não querem um enfermeiro lá entendeu? Eles querem que resolvam o problema, eles querem um médico que prescreva, que faça alguma coisa que resolvam, e as vezes o enfermeiro não tem como dar a resolutividade que eles querem, né?”	3
		“...então eles queriam chegar no Pronto Socorro e ser atendido em 15 min pelo médico e ir embora para casa.”	3
13	Dificuldades na utilização do protocolo de acolhimento com classificação de risco	“Lógico que há exceções, que tem alguns casos que fogem um pouco a regra, cê fica meia perdida: Ah meu Deus e esse caso? As vezes não se enquadra tanto no protocolo.”	3
		“A gente acaba que usa também do bom senso”	4
		“A gente não tem isso fechado no protocolo”(encaminhamento dos classificados azul)	4
		“Mas eu não tenho uma coisa oficializada, institucionalizada, não é azul...”	4

		“Sempre que há alguma dificuldade, alguma dúvida, agente conversa com a enfermeira chefe, ela tenta adaptar o protocolo pra gente, tá?”	
14	Percepção relacionada ao processo de trabalho no acolhimento com classificação de risco	<p>“Tenso!”</p> <p>“...eu acho interessante, assim, a idéia de acolher.”</p> <p>“...mas as vezes é um pouco complicado.”</p> <p>“Então é assim, eu acho interessante, eu acho que é eficaz, é um modelo que é necessário.”</p> <p>“...porque às vezes funciona muito como classificação, né? Você não consegue acolher, porque como é que eu atendo uma mãe com uma criança e aí ela fica 5h esperando, né?”</p> <p>“...mas tem dia que é maravilhoso, que funciona muito bem.”</p> <p>“Aqui na Ceilandia... eu acho tranqüilo, talvez pelo tempo que tenho de experiência, né? Eu nunca tive certa dificuldade!”</p> <p>“Mas agente não encontra dificuldade”</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p>
15	Percepção quanto a falta de organização no sistema de saúde	<p>“Porque agente não tem uma retaguarda, né?”</p> <p>“...por exemplo eu trabalhei no carnaval, e ai agente tem a classificação azul, que ai seria Centro de Saúde, mas ai você, no início de carnaval, como é que você vai encaminhar uma criança que as vezes tá com dermatite e prurido pro Centro de Saúde.”</p> <p>“O que tinha que mudar um pouco, as vezes, isso é uma opinião minha, é a retaguarda nos Centros de Saúde, das Unidade Básicas, porque agente classificando aqui como azul, e agente sabe que lá ele não vai ser atendido, aí a família acaba peregrinando com essa criança, então eu acho que tinha que rever a questão do Centro de Saúde, se realmente, se agente classificando azul ele vai também entrar na rotina deles, se vai abrir agenda pra eles, né?”</p> <p>“A gente não faz encaminhamento.(das crianças classificadas azul)”</p> <p>“Mas eu não tenho uma coisa oficializada, institucionalizada, não é azul... eu não tenho um documento que eu de pra mãe: Oh!, vai e procure, que quando abrir a agenda vai ser atendido. Ah não tem! Isso acho que faz falta, de ter institucionalizado isso, pelo menos aqui no DF, né? Não tem!”</p> <p>“Então tem pai que vai e consegue e tem pai que não, e volta.” (atendimento no CS)</p> <p>“Por que eu não sei se é isso, mas eu vejo que não se reestruturou o Centro de Saúde também, entedeu?”</p> <p>“ Problema é que as pessoas não procuram o Centro de Saúde, agente tem que fazer esta orientação...sempre trazer a memória deles, né? A importância das consultas no Centro de Saúde, das Unidades Básicas de Saúde.”</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p>
