

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE  
DO ITAJAÍ**

**DÉBORA POPENGA**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CATARINENSE DE  
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (PCACR) EM UNIDADES DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**RIO DO SUL**

**2024**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE  
DO ITAJAÍ**

**DÉBORA POPENGA**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CATARINENSE DE  
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (PCACR) EM UNIDADES DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao Curso de Enfermagem, da Área de Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Mestre Diogo Laurindo Brasil

**RIO DO SUL**

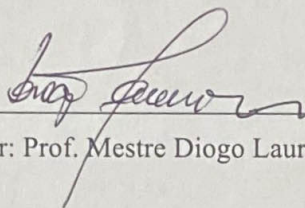
**2024**

CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE  
DO ITAJAÍ

DÉBORA POPENGA

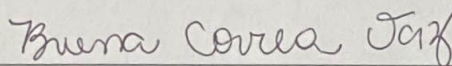
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CATARINENSE DE  
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (PCACR) EM UNIDADES DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Trabalho de conclusão curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela Banca Examinadora, formada por:

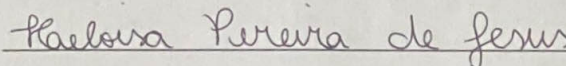


Orientador: Prof. Mestre Diogo Laurindo Brasil.

Banca Examinadora:



Professor: Bruna Correa Vaz



Professor: Heloisa Pereira de Jesus

Rio do Sul, 27 de novembro de 2024.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que me deu força, sabedoria e saúde para chegar até aqui. Aos meus familiares, que foram minha base e fonte constante de apoio ao longo dessa trajetória.

Em especial, à minha filha, Betina Isabella Machado, que chegou em minha vida durante a faculdade. Sua presença trouxe novos sentidos e significados para o meu percurso. Sua chegada me motivou a seguir firme, mesmo nos desafios, e a encontrar um equilíbrio entre a maternidade e os estudos. Betina, você foi a razão do meu maior esforço e determinação.

Agradeço ao meu marido, Matheus Machado, por todo o amor e compreensão. Seu papel foi fundamental para que eu conseguisse equilibrar os desafios da faculdade com as demandas da vida cotidiana. Seu apoio e incentivo foram essenciais para a conclusão deste capítulo em minha vida.

À minha mãe, Neuci Aparecida Andrade, e ao meu pai, Edson Popenga, por sempre me ensinarem o valor da dedicação, da perseverança e do trabalho árduo. Vocês foram essenciais para me manter de pé, sempre prontos para me ajudar com qualquer que fosse a necessidade nesta caminhada, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus padrinhos, Roberto Carlos Burckhart (In memória) e Zeli Terezinha Andrade Burckhart, por terem confiado em mim e me darem apoio e incentivo. Sou eternamente grata por tudo que fizeram, vocês marcaram profundamente minha trajetória e sem vocês nada disso seria possível.

Aos meus sogros, Jair Emilio Machado e Márcia Kuhnen Machado, que foram verdadeiros pilares de apoio durante toda a minha jornada acadêmica, vocês foram minha família, me proporcionando a segurança e o suporte que eu precisava para seguir em frente. A generosidade de vocês, ao estarem ao meu lado e cuidarem da nossa filha com tanto amor, permitiu que eu me concentrasse nos estudos e conseguisse concluir essa etapa tão importante da minha vida. Agradeço de coração por todo o apoio emocional, prático e pela compreensão, que foram fundamentais para que eu pudesse alcançar este objetivo.

Às minhas colegas de classe, Maira Alexia Klettenberg e Ohana Felipe Manerich, que se tornaram grandes amigas durante a jornada acadêmica. Agradeço pela parceria, pelas trocas de experiências, pela amizade e pelo companheirismo. A presença de vocês fez essa caminhada mais leve e enriquecedora, sem seu apoio, incentivo e lealdade eu não terminaria essa jornada com metade da bagagem que levo comigo hoje.

Ao meu orientador, Prof. Mestre Diogo Laurindo Brasil, meu sincero agradecimento pela orientação, paciência e dedicação. Seu conhecimento e expertise foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento acadêmico. Agradeço pela confiança em meu potencial e por me guiar com tanto profissionalismo.

Por fim, agradeço aos mestres que, ao longo dessa trajetória, compartilharam seus ensinamentos e contribuíram para minha formação acadêmica. Cada um de vocês, com seu saber e dedicação, foi fundamental para o meu aprendizado.

A todos vocês, minha eterna gratidão. Este trabalho é resultado de muito esforço, dedicação e persistência, mas, acima de tudo, do apoio de cada um que esteve comigo, sem vocês, este momento não seria possível.

## RESUMO

O atendimento de urgência e emergência é um dos principais desafios na área da saúde, pois exige rapidez, precisão e organização para atender pacientes em situações de risco. A alta demanda nesses serviços, associada a limitações de recursos, exige a implementação de protocolos que otimizem o fluxo de atendimento, priorizando os casos mais graves e garantindo um cuidado eficiente e humanizado. Diante desse contexto, o Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR) foi desenvolvido para melhorar o acolhimento e a organização dos atendimentos nas unidades de saúde de Santa Catarina. O objetivo deste estudo é analisar se a implantação do PCACR foi realizada conforme exigências do Ministério da Saúde (MS) e Secretaria do Estado de Saúde (SES). Os objetivos específicos são: observar se todas as etapas de implantação do PCACR foram cumpridas pela instituição, além de, avaliar se o enfermeiro está habilitado para realizar a classificação de risco conforme o PCACR e segue seu fluxograma. Para a realização deste estudo, foi adotada uma abordagem qualitativa, com abordagem descritiva exploratória, que envolveu a realização de entrevistas com enfermeiros classificadores das unidades de urgência e emergência onde o protocolo foi implantado. As entrevistas abordaram a experiência e a opinião dos profissionais sobre a aplicação do PCACR, considerando os principais desafios e pontos positivos observados no processo. Os resultados da pesquisa indicam que existem alguns pontos importantes a serem revisados pelas instituições a fim de atender às exigências do MS e SES, principalmente quando falamos das etapas de implantação, onde algumas destas foram parcialmente atendidas. Entre os principais problemas observados está a necessidade de implantação de uma Comissão Interna de Acolhimento com Classificação de Risco e o envio de indicadores conforme cronograma estabelecido pelo MS e SES. No entanto, a pesquisa também identificou que a implantação do PCACR foi positiva para a melhoria do fluxo de atendimentos das unidades de urgência e emergência, pois se trata de uma ferramenta nova que tem a finalidade de padronizar o processo de classificação de risco, portanto deve ser seguido em sua integralidade para que não interfira no resultado final e desta forma agilize os processos de atendimento de prontos-socorros, promovendo um cuidado mais humanizado e assertivo ao paciente. A efetiva aplicação do PCACR tem o potencial de aprimorar a resposta dos serviços de urgência e emergência, proporcionando um atendimento mais organizado, com prioridade aos casos de maior gravidade e satisfação dos usuários. No entanto, para que os benefícios do PCACR sejam alcançados plenamente, é essencial que haja adequação das unidades conforme exigências do MS e SES.

**Palavras-chave:** Classificação de risco; Triagem; Protocolo Catarinense.

## ABSTRACT

Emergency and urgent care services are among the primary challenges in healthcare, as they require speed, accuracy, and organization to serve patients in critical situations. The high demand for these services, combined with resource limitations, requires the implementation of protocols to optimize patient flow, prioritize the most severe cases, and ensure efficient, humane care. In this context, the Santa Catarina Reception Protocol with Risk Classification was developed to improve the reception and organization of care within health units across Santa Catarina. The objective of this study is to analyze whether the implementation of the Santa Catarina Reception Protocol with Risk Classification was carried out in accordance with the requirements of the Ministry of Health and the State Health Department. The specific objectives are to examine if all stages of the implementation were completed by the institution, and to assess whether nurses are qualified to perform risk classification according to the Santa Catarina Reception Protocol with Risk Classification and follow its flowchart. A qualitative approach of an exploratory and descriptive nature was adopted for this study, involving interviews with triage nurses in emergency and urgent care units where the protocol was implemented. The interviews explored the professionals' experiences and opinions on applying the Santa Catarina Reception Protocol with Risk Classification, considering the main challenges and positive aspects observed during the process. The research findings indicate that there are some important areas for review by institutions to meet the requirements of the Ministry of Health and State Health Department, particularly in the stages of implementation, some of which were only partially fulfilled. Among the main issues observed are the need to establish an Internal Reception and Risk Classification Committee and to submit indicators according to the schedule set by the Ministry of Health and State Health Department. Nonetheless, the research also found that the implementation of the Santa Catarina Reception Protocol with Risk Classification has had a positive impact on improving the care flow in emergency and urgent care units, as it is a new tool aimed at standardizing the risk classification process. It should therefore be fully adhered to, in order not to interfere with the final outcome and to streamline emergency care processes, promoting more humane and precise patient care. The effective application of the Santa Catarina Reception Protocol with Risk Classification has the potential to enhance the responsiveness of emergency and urgent care services, providing more organized treatment with priority given to the most severe cases and improving user satisfaction. Nevertheless, to fully achieve the benefits of the Santa



Catarina Reception Protocol with Risk Classification, it is essential that the units adjust to meet the requirements of the Ministry of Health and State Health Department.

**Keywords:** Risk classification; Triage; Santa Catarina Protocol.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01:</b> Categorias e Subcategorias de análise.....	28
<b>Quadro 02:</b> Exigências de implantação do PCACR.....	30

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b> Fluxo de solicitação.....	34
<b>Figura 02:</b> Cronograma para encaminhamento mensal dos indicadores e encaminhamento de relatórios quadrimestrais.....	45
<b>Figura 03:</b> Fluxo de solicitação de alteração do PCACR.....	51
<b>Figura 04:</b> Dados mínimos para registro realizado pelo classificador.....	52

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco  
CEP - Comitê de ética em Pesquisa  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CIR - Comissão Intergestores Regional  
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem  
DAPF - Diretoria de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo  
DTIG - Diretoria de Tecnologia da Informação e Governança Eletrônica  
EAD - Ensino a Distância  
EPI - Equipamento de Proteção Individual  
ESPSC - Escola de Saúde Pública de Santa Catarina  
EUA - Estados Unidos da América  
FC - Frequência Cardíaca  
FR - Frequência Respiratória  
GERSA - Gerência Regional de Saúde  
GM/MS - Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde  
HGT - Hemoglicoteste  
LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados  
MS - Ministério da Saúde  
NEAP - Núcleo de Estudo e Atendimento Psicológico  
PA - Pressão Arterial  
PS - Pronto Socorro  
PCACR - Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco  
PNH - Programa Nacional de Humanização  
RUE - Rede de Urgência e Emergência  
SES - Secretaria do Estado da Saúde  
SGP-e - Sistema de Gestão de Protocolo Eletrônico  
SN - Se Necessário  
SSVV - Sinais Vitais  
SUE - Superintendência de Urgência e Emergência  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UNIDAVI - Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	17
<b>2.1.1 Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.2 Novo Protocolo de Classificação de Risco: Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR).....</b>	<b>19</b>
2.2 O acolhimento nos serviços de saúde.....	20
2.3 A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A DEMANDA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	21
2.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	21
2.5 TEORIA DO ALCANCE DE METAS POR IMOGENE KING.....	22
<b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>24</b>
3.1 MODALIDADE DE PESQUISA.....	24
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	24
<b>3.2.1 Entrada no Campo.....</b>	<b>25</b>
3.3 POPULAÇÃO E SUJEITOS DA PESQUISA.....	25
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	25
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	26
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	26
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>28</b>
4.1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO.....	30
<b>4.1.1 O processo de implantação segundo o Manual de Implantação do PCACR.....</b>	<b>33</b>
4.2 CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO.....	38
<b>4.2.1 Informatização como etapa para implementação do PCACR.....</b>	<b>41</b>
4.3 AÇÕES DE MONITORAMENTO.....	43
<b>4.3.1 Indicadores.....</b>	<b>43</b>
4.4 APLICABILIDADE NA VISÃO PROFISSIONAL.....	47
<b>4.4.1 Registro em prontuário.....</b>	<b>51</b>

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO III - INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DO PCACR.....</b>	<b>75</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência hospitalar atende uma demanda crescente de pacientes a procura dos serviços de saúde, sendo os serviços de emergência considerados a principal porta de entrada do paciente ao sistema de saúde, seja ele público ou privado. Com essa crescente demanda, é possível observar cenários de superlotação dos serviços de emergência hospitalar e estes associados a processos de organização deficientes e precários que acarretam desfechos clínicos indesejáveis e em cenários que comprometem não somente o paciente, mas afetam indiretamente os serviços e sistemas de saúde (Sacoman *et al*, 2019).

Diante dessa realidade, a classificação de risco surge como uma importante ferramenta para garantir aos pacientes com critérios de risco clínico o acesso prioritário, podendo assim proporcionar um atendimento individualizado e de qualidade, visando diminuir os casos de mortes evitáveis, sequelas e internações. A classificação também está relacionada com o tempo em que o usuário será atendido (Junqueira *et al*, 2023).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2002a), a classificação deverá ser realizada mediante protocolos pré-estabelecidos, por profissionais de saúde com nível superior, com treinamento específico, assim é proibido liberar o paciente antes que o mesmo seja recebido por um médico. Por meio da Resolução nº 423/2012, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu que a classificação de risco é competência específica do enfermeiro, devido à importância e a necessidade da classificação de risco, por se tratar de uma atividade complexa que demanda conhecimento, competência e habilidades do classificador a fim de garantir rigor técnico-científico ao processo (Pereira; Ferreira, 2020).

Neste sentido, os hospitais do mundo realizam técnicas de triagem denominadas de várias formas, cada um à sua maneira, mas todos com o mesmo objetivo de gerenciar o risco clínico, e quando a capacidade da unidade exceder poder ordenar com segurança este paciente, garantindo ao mesmo uma assistência de qualidade conforme a demanda (Hermida *et al*, 2017).

O agora denominado Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR) anunciado pelo Governo do Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, no final de 2023 surgiu como uma atualização da antiga ferramenta utilizada, o ACCR. Com um respaldo científico atualizado, este novo protocolo surge como um instrumento valioso para aprimorar os atendimentos de urgência e emergência, garantindo a organização das portas de entradas dos serviços de saúde (Brasil, 2023).



Ao compreender fluxogramas especializados em áreas clínicas, cirúrgicas, odontológicas, pediátricas, psiquiátricas e obstétricas, o protocolo surge como uma ferramenta essencial para apoiar enfermeiros na classificação de risco. Por se tratar de nova ferramenta, cuja finalidade é padronizar o processo de classificação de risco, o presente trabalho teve como objetivo geral analisar se a implantação do PCACR foi realizada conforme exigências do MS e SES. E, como específicos, observar se todas as etapas de implantação do PCACR foram cumpridas pela instituição e avaliar se o enfermeiro está habilitado para realizar a classificação de risco conforme o PCACR e segue seu fluxograma. Adotou-se como pergunta norteadora do trabalho: “Como ocorreu a implantação do Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR)?”. Seguindo esta linha de raciocínio, tem-se como proposta demonstrar e analisar o processo de implantação do protocolo.

Dessa forma conseguimos expor como foi realizada a implantação do novo protocolo pela instituição e de como o enfermeiro é o principal profissional responsável pela classificação de risco de que forma os estão utilizando a nova ferramenta.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, conforme o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (Abbês; Massaro, 2004).

Os primeiros registros e relatos da utilização de alguma ferramenta de classificação de risco é do século XVIII, quando a triagem era considerada um instrumento e/ou tecnologia a ser utilizado em guerras e grandes catástrofes e não era utilizada fora destes contextos ou até mesmo em hospitais. A triagem foi utilizada como estratégia para priorizar os atendimentos aos soldados feridos em campos de guerra, essa estratégia, na verdade, tinha o intuito de tratá-los o mais brevemente possível a fim de devolvê-los aos campos de batalha. Assim que chegavam, estes soldados eram classificados conforme sua gravidade, os que eram considerados “inviáveis”, pois estavam gravemente feridos, os que necessitavam de atendimento imediato e os que não corriam riscos e podiam aguardar o atendimento sem danos graves (Souza, 2009).

A implementação de serviços de triagem nos hospitais norte-americanos teve origem na preocupação com o aumento da demanda de pacientes, com número maior que a capacidade de atendimento (Veras *et al.*, 2015; Kelly, 1994). A demanda dos hospitais aumentou no final dos anos 50, quando a prática médica mudou e quase extinguiu os médicos que atuavam como médicos das grandes famílias e então a população norte-americana se obrigou a procurar por atendimento médico nos hospitais públicos e pronto-socorros. Nesta época um modelo de triagem passou a ser utilizado, e vários sistemas de triagem passaram a ser desenvolvidos e testados e na maioria das vezes a enfermeira é que determinava a prioridade dos pacientes, com base na sua história clínica, necessidades, demandas psicossociais e fatores que influenciam acesso aos serviços (Souza, 2009).

No Brasil, a utilização dos sistemas de classificação de risco passou a ser discutido como ferramenta de estratégia de triagem de forma mais concreta somente após a publicação da Portaria nº 2.048 de 2002, esta que regulamente o funcionamento das portas de entrada dos serviços de urgência e emergência no país e define que a triagem deve ser realizada por profissional de nível superior mediante treinamento e uso de protocolos pré-estabelecidos,

tendo por objetivo avaliar a queixa do paciente, classificando-o por ordem de prioridade, sendo assim garantindo atendimento por grau de urgência (Brasil, 2002b).

### **2.1.1 Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)**

Lopes e Britto (2011), descrevem que o emprego de protocolo proporciona o melhor desempenho e segurança do enfermeiro na classificação qualificada do usuário. É um apoio na tomada de decisões e na avaliação dinâmica.

No Brasil, o termo Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é preconizado, sendo assim, entende-se o acolhimento como processo de trabalho em saúde cujo objetivo é ouvir os pedidos dos usuários que procuram os serviços tendo o compromisso de acolher, escutar e orientar os usuários. Todo o processo do acolhimento visa a resolutividade do problema do paciente, proporcionando a ele e seus familiares orientação, inclusive referente aos serviços de saúde e proporciona também a oferta de alternativas e encaminhamentos, caso seja necessário, para garantir o sucesso no atendimento (Brasil, 2004).

Em 2004, como proposta de reorganização do sistema de saúde e humanização das relações estabelecidas entre os profissionais e usuários, surgiu a Política Nacional de Humanização-Humaniza SUS, esta que também rege a relação dos gestores nos processos de saúde. Com o surgimento desta proposta, os serviços de urgência e emergência foram reestruturados e várias ferramentas foram introduzidas para auxiliar na organização dos serviços de saúde. Uma das principais ferramentas é o ACCR, principalmente nos serviços de urgência, pois é através dele que é possível identificar os usuários com potencial risco de vida que buscam atendimento, mas, além disso também proporciona maior resolutividade dos casos, principalmente os graves, por conta da priorização dos atendimentos que requerem mais atenção, em um tempo oportuno, garantindo assistência qualificada, pautada no atendimento humanizado (Feijó *et al*, 2015).

O ACCR ganha destaque com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017, Anexo III, que institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). O ACCR estabelece proposta de mudanças na forma de atendimento e conseqüentemente tem objetivo de melhorar o atendimento no SUS, pois se trata de um instrumento reorganizador de todos os processos de trabalho em uma urgência e emergência, mas sobretudo se trata de um instrumento de humanização (Brasil, 2017).

Em 2014, foi desenvolvido o Protocolo de Santa Catarina - Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco pelo Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES), visando à qualificação e humanização da atenção às urgências e emergências. A Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 336, de 24 de agosto de 2014, no Art. 1º estabelece o Protocolo Catarinense - Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco como instrumento de linguagem única adotado no Estado. Para que este projeto fosse executado organizadamente, foi constituída uma comissão de desenvolvimento e implantação, para que os pontos de atenção fossem acompanhados, conforme consta na Portaria SES nº 124, de 24 de fevereiro de 2014 (Santa Catarina, 2014a).

### **2.1.2 Novo Protocolo de Classificação de Risco: Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR)**

Após a implantação e revisão do Protocolo Catarinense - Sistema de Acolhimento e Classificação de risco, observou-se a necessidade de atualização deste protocolo, e partir daí foi constituído uma nova obra, mais moderna e com fundamentação científica atualizada, denominado: Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR) (Santa Catarina, 2022).

O PCACR foi apresentado na Câmara Técnica de Urgência e Emergência da SES/SC, como novo instrumento para o ACCR em agosto de 2022, e conforme Portaria SES nº 881 de 24 de agosto de 2022, foi posteriormente revisado, originando a 1ª Edição desta obra em outubro de 2022. Em novembro foi utilizado como projeto piloto em alguns hospitais do estado por um período de 30 dias e após esse período quase todas essas unidades permaneceram utilizando o novo protocolo, apesar de ter sido identificado a necessidade de alguns ajustes resultando na 2ª Edição do PCACR (Santa Catarina, 2022; Santa Catarina, 2023b).

Em julho de 2023 a CIB, por meio da Deliberação nº 335/2023, resolve definir o PCACR como instrumento a ser adotado no Estado de Santa Catarina, revogando a Deliberação CIB nº 138/2022 (Santa Catarina, 2023b).

O PCACR trata-se de um instrumento qualificado, visando melhorar o acesso aos serviços de urgência e emergência. O protocolo instrumentaliza o profissional classificador das Emergências Hospitalares e UPAs que mediante fluxogramas e seus respectivos descritores, consegue agilizar os atendimentos e reduzir os agravos à saúde dos pacientes. O

PCACR conta com 83 fluxogramas (clínicos, cirúrgicos, odontológicos, pediátricos e obstétricos), sendo 40 fluxogramas para adultos e 43 fluxogramas pediátricos)(Santa Catarina, 2023b). O registro da classificação de risco no prontuário do paciente é obrigatório em todas as unidades beneficiárias do PCACR (Brasil, 2004).

O Classificador deve realizar o atendimento em sala específica para o ACCR, após chamar o paciente, coletar história resumida sobre o que levou o paciente a buscar o atendimento, bem como realizar a aferição dos sinais vitais, com estes dados o classificador deve selecionar o fluxograma mais indicado para o paciente, devendo analisar cada descritor e escolher sempre pela prioridade Máxima (Vermelha) até encontrar o que se enquadra ao paciente, definindo assim a prioridade de atendimento do mesmo (Santa Catarina, 2023).

## **2.2 O acolhimento nos serviços de saúde**

Atualmente contamos com o Programa Nacional de Humanização (PNH) que tem como um dos seus propósitos o de reorganizar os serviços de emergência e introduzir o acolhimento com a avaliação da classificação de risco e o intuito é acolher todos os usuários que procuram os serviços de saúde com uma escuta qualificada, com o compromisso de compreender, escutar, acolher e dar respostas adequadas a estes pacientes, comprometidos com a humanização (Pereira; Ferreira, 2020).

O acolhimento com avaliação de classificação de risco não é somente uma nova ferramenta de organização dos serviços de emergência, mas também uma nova maneira de humanizar o atendimento ofertado ao cliente pela equipe, reorganizando os fluxos e garantindo que não somente a ordenação do atendimento seja melhorada, mas também impede que os problemas de saúde desses usuários sejam piorados por problemas como ansiedade, tempo de espera elevado e negligências. Porém, neste contexto, o acolhimento com avaliação da classificação de risco também é benéfico no atendimento ao doente grave, pois além de instituir mais agilidade no atendimento resultando em melhor organização do serviço e das demandas ainda é possível garantir a este usuário um atendimento mais humanizado não voltado apenas a sua dor física ou avaliação clínica, mas também psicossocial (Pereira; Ferreira, 2020; Oliveira *et al.*, 2016a; Beato *et al.*, 2011; Versa *et al.*; 2014).

É importante o enfermeiro criar uma relação de empatia com o doente, acolhendo-o e ouvindo as suas queixas, pois na maioria das vezes é no momento da classificação de risco através da conversa e da orientação que o enfermeiro consegue de maneira humanizada

diminuir a ansiedade, estresse, a dor e a impaciência deste usuário só por estar em uma unidade de emergência. A partir daí percebe-se o quanto este profissional é importante desde os primeiros contatos com os pacientes até a sua alta (Acosta; Duro; Lima, 2012; Sousa *et al*, 2019).

### 2.3 A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A DEMANDA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Segundo o Ministério da Saúde (2006) os serviços de urgência e emergência constituem importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência devido, principalmente, ao aumento no número de acidentes e violência urbana. A realidade da superlotação dos prontos-socorros brasileiros é agravada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes.

São muitos os desafios a serem superados nas Emergências Hospitalares e UPAs atualmente, são eles: superlotação, fragmentação do processo de trabalho, conflitos e assimetria de fluxos, desrespeito aos pacientes, entre outros (Brasil, 2023, p. 13).

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, conforme o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento (BRASIL, 2004). A classificação de risco serve como ferramenta organizadora das portas de entrada dos serviços de saúde, garantindo equidade no atendimento e na assistência, quebrando os paradigmas do “atendimento por ordem de chegada”. Pautado em evidências científicas, o processo de triagem/acolhimento garante brevidade no atendimento quanto ao grau de sofrimento, agravo à saúde e potenciais riscos, classificando e estratificando em diferentes níveis, referido por cores para facilitar a visualização e compreensão por parte dos usuários (Sacoman *et al*, 2019 *apud* Campolino, 2019).

### 2.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O enfermeiro inserido no serviço de urgência e emergência tem várias atribuições e responsabilidades, uma delas é a classificação de risco, pois o enfermeiro é o profissional recomendado e habilitado para tal função. O enfermeiro que atua na classificação de risco precisa ter habilidades e competências para realizar esta avaliação de forma rápida, concisa e objetiva (Souza *et al.*, 2011).

Antes de adentrar ao serviço de emergência, o primeiro contato do paciente com a unidade é através do enfermeiro (na maioria das vezes) pois é o enfermeiro que realiza a primeira coleta da história clínica, sintomas, aferição de sinais vitais, exame físico, existência ou não de alergias, medicações em uso, comportamento, expressão não verbal de dor e demais informações pertinentes, e com esses dados em mãos o enfermeiro precisa ter condições de analisá-los e estabelecer automaticamente a classificação de prioridade deste atendimento (Silva *et al.*, 2017; Ferreira *et al.*, 2017).

O enfermeiro é peça fundamental nesse cenário, uma vez que há respaldo através do Ministério da saúde para que esse profissional realize a classificação dos pacientes. A resolução nº 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem dispõe que a classificação de risco é atribuição privativa do enfermeiro (Caveião *et al.*, 2014). Para isso necessita ser capacitado para poder classificar conforme o protocolo utilizado pela unidade de saúde. É importante destacar que a classificação não é por ordem de chegada e sim pela prioridade clínica do doente (Tomasi, et al., 2013). No contexto da classificação de risco, faz-se necessário conhecimentos clínicos, habilidades gerenciais e técnicas para garantir que a atividade do profissional possua o rigor técnico-científico exigido (Cofen, 2012).

## 2.5 TEORIA DO ALCANCE DE METAS POR IMOGENE KING

Segundo George (2000), Imogene M. King foi uma enfermeira americana e teórica de enfermagem, nascida em 30 de janeiro de 1923 em West Point, Iowa, EUA. Ela cresceu em uma fazenda e frequentou escolas públicas locais. Em 1945, King se formou em enfermagem na Escola de Enfermagem do Hospital St. Johns, em St. Louis, Missouri. Em 1948 tornou-se Bacharel em ensino da enfermagem, e em 1957, conquistou o título de mestre em enfermagem, na faculdade de Ohio. Em 1961, obteve o título de Doutorado pela Universidade de Colúmbia, em New York. Realizou pós-doutoramento em desenho de pesquisa, estatística e computação. Trabalhou como consultora nas áreas de educação, de administração e

hospitalar. Foi membro do corpo docente da St. Johns Hospital School of Nursing, St. Louis; da Loyola University, Chicago; e da University of South Florida (McEwen e Wills, 2016)

Desde o seu surgimento, a enfermagem, denominada como ciência do cuidado, visa fundamentar sua prática baseando-se em conhecimentos científicos e não somente através da intuição e de forma empírica. A partir da necessidade de descrever os fenômenos pertencentes ao domínio da enfermagem, mediante referenciais próprios, as teorias de enfermagem foram desenvolvidas e estas conseguem apoiar e subsidiar as práticas (McEwen; Wills, 2016). Conforme o foco de atenção, às teorias são classificadas em teorias de necessidades, interacionistas e de resultados (Meleis, 1997).

Em 1981, foi publicada por Imogene King a Teoria do Alcance de Metas que descreve a atuação da enfermagem através de três sistemas que definem a interação entre enfermeiro e o paciente, são elas: o pessoal, o interpessoal e o social. O sistema pessoal engloba os conceitos de percepção, ego, imagem corporal, crescimento, desenvolvimento, tempo e espaço; o sistema interpessoal engloba os conceitos de papel, interação, comunicação, transação e estresse; já o sistema social, que se trata de grupos com interesses e necessidade em comum, que por si formam organizações e sociedades. Os metaparadigmas definidos por ela são: saúde, enfermagem, seres humanos e ambientes (Messner, 2006; Moreira; Araújo e Pagliuca, 2001, apud, King 1981).

O processo de enfermagem de King compreende que para cada contato enfermeiro e paciente, vai haver: interação inicial; diagnóstico, que vai detectar as necessidades do paciente estabelecimento de metas em consequência ao diagnóstico, que será em comum acordo entre enfermeiro e paciente; exploração e viabilização de meios comuns a ambos, para alcançar as metas traçadas; evolução, que é a avaliação contínua do alcance de metas e redefinição das metas quando necessário. Este processo é permeado de ação e reação (Silva; Oliveira; Sousa, 2005).

Imogene King (1981) entende que o enfermeiro pode contribuir para o indivíduo conseguir melhorar sua condição de saúde, através do aconselhamento tanto do paciente quanto de seus familiares, promovendo o alcance de propósitos direcionados e específicos, ou seja, o alcance de metas. A teoria do alcance de metas é útil tanto para pacientes em ambientes hospitalares, quanto para pacientes ambulatoriais ou presentes em comunidades, ao possibilitar ao enfermeiro a implementação de cuidados baseados em teoria e priorizando o desenvolvimento do cuidado com qualidade (Evans, 2015; King, 1997).



### 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os Procedimentos Metodológicos utilizados embasam a realização do estudo. A seguir será apresentado a modalidade utilizada nessa pesquisa, os sujeitos da pesquisa e os procedimentos de coleta e a análise dos dados. Bem como os preceitos éticos, que assegurem o cumprimento adequado das fases propostas.

#### 3.1 MODALIDADE DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem descritiva exploratória, baseada na teoria de análise de dados de Bardin. De acordo com Mussi *et tal.* (2019), a pesquisa qualitativa se torna relevante, ao permitir a análise de particularidades pontuais, e mediante interação investigativa concede a oportunidade de expressão dos sujeitos envolvidos no estudo, considerando suas subjetividades e opiniões.

Segundo Marconi e Lakatos (2005), a pesquisa descritiva vai (nesta ordem) observar, registrar e descrever as características de fenômenos relacionados aos estudos, de forma que as respostas obtidas nas entrevistas serão descritas. Por conseguinte, Silva e Menezes (2005) descrevem que o estudo exploratório visa estreitar a relação do pesquisador com o tema, tornando-o mais familiarizado com a temática e os fenômenos envolvidos ao problema que será investigado, levantando hipótese possibilitando o entendimento dos fatos e do contexto envolvido.

#### 3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi realizado em dois hospitais localizados no interior do estado de Santa Catarina, um de grande e outro de médio porte. O hospital de grande porte atende em várias especialidades. É referência em média e alta complexidade desde clínica médica, cirurgia geral, até cirurgia cardiovascular, incluindo serviços de emergência, UTI Geral, cardiologia, neonatal e pediátrica. Já o hospital de médio porte atende pequena e média complexidade desde clínica médica, cirurgia geral e obstetrícia e conta com os serviços de UTI geral e emergência. A escolha das unidades se deve ao fato de terem recentemente implantado o novo Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco.

### 3.2.1 Entrada no Campo

A entrada no campo se deu após aprovação das instituições e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), sob o parecer de nº 7.032.956 (ANEXO I). Posteriormente foi realizada uma visita inicial aos serviços de urgência e emergência das instituições e identificado os profissionais aptos a participarem da pesquisa, momento esse onde os pesquisadores explicaram os objetivos da pesquisa, sua relevância e qualquer dúvida foi sanada.

### 3.3 POPULAÇÃO E SUJEITOS DA PESQUISA

A população de pesquisa foi composta por enfermeiros responsáveis pelo acolhimento com classificação de risco dos serviços de urgência e emergência dos referidos hospitais.

Foram critérios de inclusão para o estudo: os enfermeiros atuantes como classificadores de risco nos serviços de urgência e emergência que passaram por treinamento institucional interno para desempenhar tal função, que estejam atuando na função por pelo menos 90 dias e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinando o TCLE. Os critérios de exclusão consideraram-se os profissionais afastados dos serviços por férias, licenças ou quaisquer outros motivos que impossibilitassem este de estar exercendo suas atividades, que não estavam no local de pesquisa após três tentativas de entrevista, aqueles que não aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e aqueles que não assinaram o TCLE.

### 3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA

Aos profissionais interessados em participar da pesquisa, foi oportunizado o momento de leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não restando dúvidas o termo foi assinado, ficando uma cópia com o profissional e a outra foi arquivada sob posse dos pesquisadores. Dessa forma, foi estabelecido o contato do pesquisador com o entrevistado, tendo acesso às experiências e espontaneidade dos participantes.

Foi então aplicado o instrumento de coleta de dados, em ambiente privativo, e em oportuno tempo o entrevistado respondeu o formulário, que foi recolhido ao final da entrevista.

Os dados foram coletados através de entrevistas, mediante um instrumento de coleta de dados desenvolvido pelos pesquisadores, composto por 14 perguntas semiestruturadas. Conforme a clássica referência de Minayo (1994) a entrevista semiestruturada permite que o participante discorra sobre o tema proposto no estudo, sem que haja respostas condicionadas.

### 3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados durante as entrevistas foram transcritos na sua integralidade, e registrados em uma planilha no programa Microsoft Excel, servindo de banco de dados, onde as informações foram tratadas, agrupadas e analisadas conforme os pressupostos da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011).

A análise de conteúdo tem por objetivo analisar o que foi descrito durante a investigação, e posteriormente construir e apresentar concepções em torno do objeto de estudo. A análise do material coletado deve passar por um rigoroso processamento de dados, frente às fases definidas pela autora, como Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados ou interpretação (Bardin, 2011).

Nesse contexto, a análise de conteúdo é entendida como um conjunto de técnicas de “análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2004, p.41).

Para além da análise proposta por Bardin também utilizou-se a literatura vigente, conciliando com os conceitos encontrados sob a luz da teoria do alcance de metas proposta por Imogene King.

Após agrupamento dos dados obtidos, estes foram analisados para atender os objetos do estudo, buscando responder se a implantação foi realizada de forma que atenda a todos os preceitos éticos e se todas as exigências técnicas e éticas foram cumpridas.

### 3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu todos os preceitos éticos determinados pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os testes e pesquisas realizadas com seres humanos e dos direitos que lhe são assegurados, bem como suas complementares, e os demais aspectos éticos aplicáveis.

O estudo em questão, visando cumprir com todos os critérios éticos presentes na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, foi submetido para avaliação para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI). Os dados foram colhidos após a compreensão dos seus objetivos, métodos, riscos e benefícios e o aceite dos profissionais pesquisados em participar voluntariamente da pesquisa, com a assinatura do TCLE. Reforça-se que essa pesquisa foi voluntária e os entrevistados não sofreram nenhuma vantagem ou prejuízo decorrente da sua participação.

Há de se mencionar que toda pesquisa apresenta riscos e aqui não seria diferente, mas de toda forma esse estudo apresentou risco mínimo, devendo-se considerar o risco de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados. Para minimizar o risco de constrangimento, a pesquisa se deu de forma anônima, individualizada, em ambiente privativo. Para garantir o anonimato, os instrumentos de coleta de dados não contém nenhum tipo de identificação ou informação que identifique o profissional pesquisado, apenas suas respostas foram colhidas. Os instrumentos foram numerados sequencialmente e os dados foram tratados respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados.

Não foi identificado o constrangimento de nenhum dos pesquisados, mas, caso tivesse acontecido, a pesquisa teria sido interrompida até que o risco tivesse sido eliminado ou o entrevistado retirado a sua participação. Os pesquisados tinham ao seu dispor o serviço de psicologia do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) da UNIDAVI, caso queiram atendimento especializado.

Enquanto benefícios do estudo destaca-se a oportunidade de avaliar a qualidade da implantação do novo protocolo, bem como identificar as fragilidades deste processo. O estudo proporciona melhor entendimento deste processo adaptativo, podendo fornecer uma avaliação melhor dos resultados obtidos com a implantação, bem como ampliar o conhecimento da gestão acerca do andamento deste processo, fortalecendo a necessidade da utilização do PCACR.

#### 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentadas as etapas do processo de implantação segundo o Manual de Implantação do Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR) e se estas estão sendo cumpridas, conforme o discurso dos entrevistados, disposto em categorias e subcategorias. Os resultados obtidos na pesquisa e a análise foram realizados com base nos preceitos de conteúdo de Laurence Bardin (2011) e com base na Teoria do Alcance de Metas por Imogene King. Também ressaltam-se os discursos dos enfermeiros entrevistados, artigos e produções sobre o tema para a fomentação da discussão.

Durante o mês de setembro de 2024 foram convidados 32 enfermeiros classificadores. No entanto, 5 entrevistados não manifestaram interesse em participar da pesquisa, mesmo após três tentativas, tendo assim suas entrevistas canceladas. Com isso, participaram dessa pesquisa, 27 enfermeiros classificadores, com mais de 90 dias de atuação em classificação de risco.

O quadro abaixo expõe o processo de elaboração das categorias e subcategorias temáticas, conforme Bardin (2011), que diz que é necessária uma leitura minuciosa das falas dos pesquisados, para ser identificado o conteúdo temático, após organizá-lo e realizar posteriormente a categorização dos conteúdos, bem como suas subcategorias. Individualmente, cada categoria será discutida e analisada de modo a apresentar melhor compreensão sobre o assunto.

**Quadro 01: Categorias e Subcategorias de análise (continua)**

Categorias	Subcategorias	Apresentação do discurso	Apresentação do conteúdo
O processo de implantação	O processo de implantação segundo o Manual de Implantação do PCACR	<i>“Existem auditorias internas diárias realizadas pela coordenação do PS.”</i> (E1) <sup>1</sup>	Aborda as exigências para o cumprimento das etapas de implantação do PCACR.

<sup>1</sup> Entrevista respondida por E1 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

Capacitação e treinamento	Informatização do PCACR	<p>“(…) realizei a capacitação online fornecida pelo governo e tive treinamento ofertado pela instituição.” (E3)<sup>2</sup></p> <p>“Sim, pois facilita a escolha do descritor, com o sistema pronto.” (E26)<sup>3</sup></p>	Descreve sobre a importância da educação continuada, através de capacitações e também aborda sobre a relevância da informatização do novo protocolo.
Ações de monitoramento	Indicadores	“(…) a coordenação de enfermagem do PS, fica constantemente visualizando os acolhimentos, orientando caso julgue necessário.” (E18) <sup>4</sup>	Aponta sobre as ações de monitoramento necessárias, que devem ser realizadas a fim de encontrar possíveis falhas e promover melhorias contínuas.
Aplicabilidade na visão profissional	Registro em prontuário	“(…) devido a praticidade de ser online, sem necessidade de protocolos físicos, e direciona a classificação.” (E10) <sup>5</sup>	Trata da visão profissional acerca das facilidades e praticidades encontradas por meio da implantação do novo protocolo.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

<sup>2</sup> Entrevista respondida por E3 [Set., 2024] Entrevistadora: Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>3</sup> Entrevista respondida por E26 [Out., 2024] Entrevistadora: Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>4</sup> Entrevista respondida por E18 [Out., 2024] Entrevistadora: Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>5</sup> Entrevista respondida por E10 [Set., 2024] Entrevistadora: Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

#### 4.1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Os protocolos de saúde são conjuntos de diretrizes, procedimentos e instruções que padronizam a abordagem junto do paciente, em diferentes situações, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento, até o manejo de doenças específicas. Considerados instrumentos essenciais para a organização das ações de saúde, esses documentos são desenvolvidos com base em evidências científicas e práticas clínicas comprovadas, o que se torna indispensável para garantir a qualidade do atendimento, promovendo a segurança do paciente. Os protocolos surgem como uma contribuição na redução de erros e riscos, ao trazerem práticas seguras e cientificamente comprovadas (Werneck; Faria; Campos, 2009).

O Protocolo Catarinense — Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco, é um instrumento de linguagem única adotado em todo o estado de Santa Catarina. Com a necessidade de se instituir um protocolo mais atualizado, a partir da revisão do que já era utilizado no final de 2023 surgiu o Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR), trazendo uma fundamentação científica atualizada para reorganizar as portas de entrada dos serviços de urgência e emergência.

Observamos que o processo de implantação do PCACR exige o cumprimento de diversas etapas, além disso, evidenciamos que nos discursos dos entrevistados, algumas destas exigências são mencionadas, permitindo realizar uma análise mais precisa da implementação deste protocolo.

#### Quadro 02: Exigências de implantação do PCACR (continua)

Exigências de implantação do PCACR	Apresentação do discurso	Adequação ao PCACR
É necessário que a unidade beneficiária possua uma Comissão Interna de Acolhimento com Classificação de Risco.	<p>“Existem auditorias internas diárias realizadas pela coordenação do PS.” (E1)<sup>6</sup></p> <p>“A conferência é feita pela chefia do setor e comissão</p>	Não atende a exigência, pois as unidades beneficiárias pesquisadas não possuem esta comissão formada ou ela está organizada em desacordo com o Manual de

<sup>6</sup> Entrevista respondida por E1 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

	<i>de prontuários.” (E22)<sup>7</sup></i>	Implantação do PCACR.
O classificador obrigatoriamente deve ser capacitado para executar o Acolhimento com Classificação de Risco.	<i>“Sim, realizei apenas a capacitação online fornecida pelo governo.” (E2)<sup>8</sup></i>  <i>“Não finalizei.” (E7)<sup>9</sup></i>	As unidades beneficiárias atendem parcialmente esta etapa, pois ainda existem profissionais que não realizaram ou não finalizaram a capacitação.
A utilização informatizada do PCACR é pré-requisito para a sua implementação nas unidades beneficiárias das Emergências Hospitalares e UPAs.	<i>“Não, ainda não fizeram meu cadastro.” (E8)<sup>10</sup></i>  <i>“Sim, possuo acesso próprio ao sistema.” (E18)<sup>11</sup></i>	Atendido parcialmente, pois mesmo que seja minoria, ainda há profissionais sem acesso pessoal próprio ao sistema.
Quando a instituição beneficiária aderir ao PCACR, recomendamos que utilize o mesmo na íntegra.	<i>“Sigo a ordem do fluxograma.” (E2)<sup>12</sup></i>  <i>“O protocolo não permite utilizá-lo de outra forma.” (E21)<sup>13</sup></i>	As unidades beneficiárias atendem integralmente esta recomendação, pois todas as classificações de risco são feitas por meio do PCACR, seguindo seus fluxogramas.
O registro da classificação de risco no prontuário do paciente é obrigatório em todas as unidades beneficiárias do PCACR.	<i>“Não é integrado ao Tasy, temos que classificar em um sistema e depois jogar para o Tasy, o que nos faz perder tempo.” (E17)<sup>14</sup></i>	As unidades beneficiárias pesquisadas, atendem a exigência em sua totalidade e todas as classificações de risco são registradas em prontuário.

<sup>7</sup> Entrevista respondida por E22 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>8</sup> Entrevista respondida por E2 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>9</sup> Entrevista respondida por E7 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>10</sup> Entrevista respondida por E8 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>11</sup> Entrevista respondida por E18 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>12</sup> Entrevista respondida por E2 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>13</sup> Entrevista respondida por E21 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>14</sup> Entrevista respondida por E17 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.



Encaminhamento mensal dos indicadores do PCACR e indicadores de perfil da unidade em instrumento de monitoramento.	<p><i>“Desconheço.” (E9)<sup>15</sup></i></p> <p><i>“Acho que sim.” (E17)<sup>16</sup></i></p>	Exigência não atendida, pois não existe conhecimento por parte dos profissionais classificadores sobre o envio destes indicadores.
Encaminhamento de relatório quadrimestral, com a justificativa quando do não alcance das metas e a descrição das ações realizadas para melhoria (quando necessário).	<p><i>“Não conheço.” (E13)<sup>17</sup></i></p> <p><i>“Não, desconheço.” (E14)<sup>18</sup></i></p> <p><i>“Desconheço.” (E16)<sup>19</sup></i></p>	Não atende a exigência do Manual de Implantação do PCACR, pois segundo dados colhidos não há conhecimento de relatório algum.
O classificador realizará um registro no prontuário do paciente, conforme os dados coletados. Esta evolução deverá conter informações mínimas de classificação de risco, conforme a Resolução COFEN nº 514/2016, que aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente.	<p><i>“O que está acontecendo, o que trouxe o paciente ao PS, quanto tempo está assim, histórico atual da doença, comorbidades, alergias e medicamentos de uso contínuo. (...) Adultos: FC, FR, Temperatura, peso, Sat, PA. Crianças: todos os citados anteriormente, exceto PA.” (E3)<sup>20</sup></i></p> <p><i>“Queixa principal, sinais e sintomas, início dos sintomas, persistências,</i></p>	As unidades beneficiárias atendem a estas exigências, pois conforme relatado pelos profissionais classificadores, estes coletam as informações mínimas exigidas pela Resolução COFEN nº 514/2016.

<sup>15</sup> Entrevista respondida por E9 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>16</sup> Entrevista respondida por E17 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>17</sup> Entrevista respondida por E13 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>18</sup> Entrevista respondida por E14 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>19</sup> Entrevista respondida por E16 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>20</sup> Entrevista respondida por E3 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

	<p><i>tratamento, histórico de saúde, fatores de risco. (...)</i></p> <p><i>PA, FC, FR, Sat,</i></p> <p><i>Temperatura e HGT SN.”</i></p> <p>(E21)<sup>21</sup></p>	
--	---	--

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

#### 4.1.1 O processo de implantação segundo o Manual de Implantação do PCACR

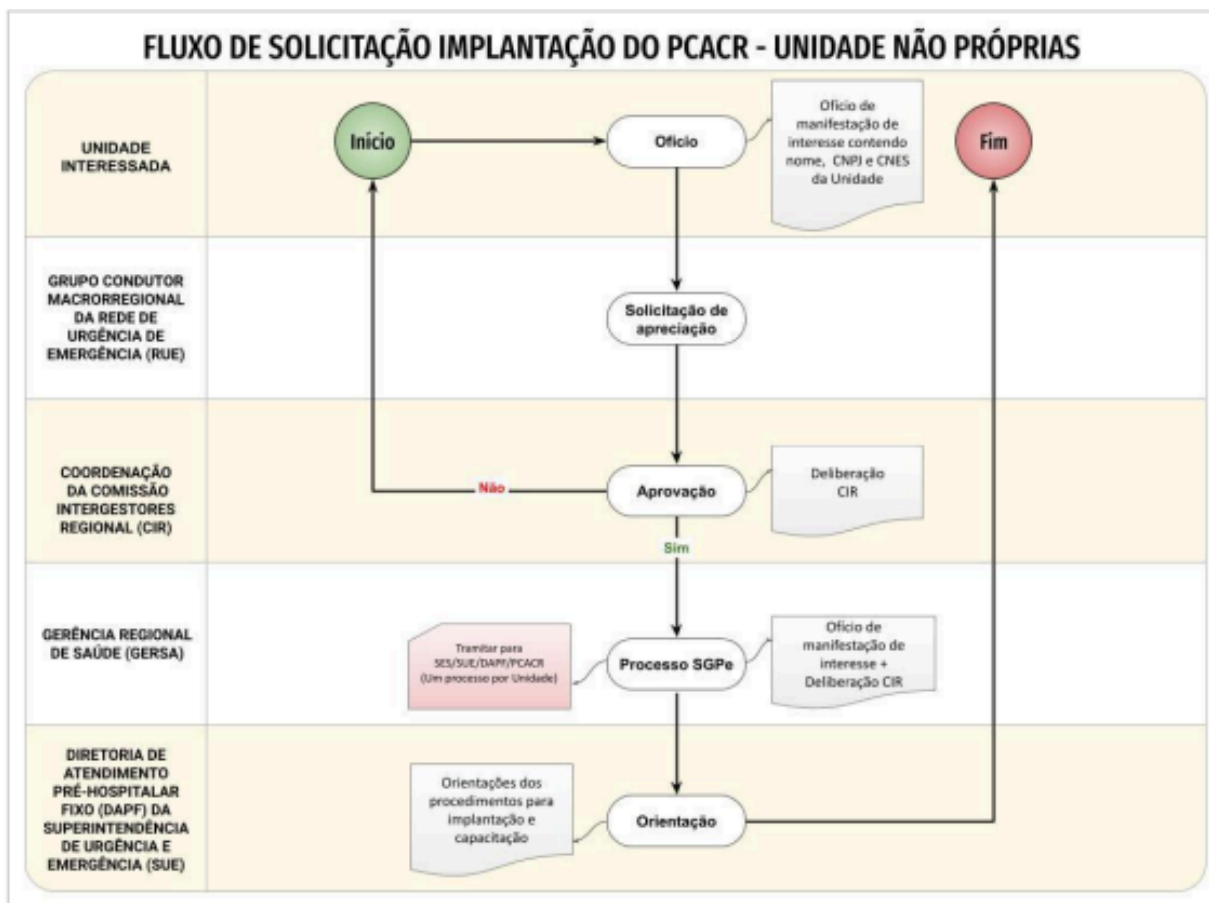
A organização e a classificação são partes imprescindíveis no trabalho da enfermagem desde o surgimento da profissão até os dias atuais, ela se apresenta como forma de cuidado ao priorizar situações que não diminuem a importância das demais. Dessa forma Imogene King ao escrever a Teoria do Alcance de Metas apresentou um modelo de classificação. Este modelo este que reúne três sistemas que interagem entre si, o ser em sua esfera individual contemplando o sistema pessoal, o convívio grupal representa o sistema interpessoal, e por fim a sociedade como um todo forma o sistema social (Silva e Braga, 2011).

Com a atualização do protocolo foi também criado um manual, visando orientar e conduzir as instituições e seus gestores no processo de implantação e implementação do PCACR, para que todo esse processo ocorra conforme a SES/SC. Vale ressaltar que o protocolo é gratuito, e com a devida autorização qualquer unidade de Emergência Hospitalar e UPA poderá utilizá-lo. O processo de implantação se inicia com a solicitação, portanto, é necessário seguir o fluxo de solicitação:

O prestador da unidade quando contratualizada com a SES/SC ou o gestor municipal quando a unidade sob gestão municipal, interessada enviará a solicitação via ofício ao Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência (RUE) que encaminhará para Comissão Intergestores Regional (CIR) da Macrorregião, para apreciação, a qual irá conduzir a solicitação para a Gerência Regional de Saúde (GERSA), que enviará para a SUE/DAPF, para as orientações dos procedimentos para implantação e organização das capacidades (Santa Catarina, p. 9-10, 2023c).

<sup>21</sup> Entrevista respondida por E21 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

Figura 01: Fluxo de solicitação



Fonte: Santa Catarina, 2023.

Após aceite da SES/SC, a instituição precisará realizar algumas adaptações e reorganizações nas unidades de urgência e emergência para atender a todos os critérios mínimos exigidos no processo de implantação e implementação do PCACR.

Primeiramente, podemos citar a necessidade da unidade beneficiária possuir a Comissão Interna de Acolhimento com Classificação de Risco, que irá conduzir a avaliação dos processos de trabalho com o PCACR. Segundo o Manual de Implantação do PCACR (2023) deve ser composta por no mínimo:

Dois profissionais enfermeiros da unidade de urgência e emergência, dois multiplicadores do PCACR da instituição, dois profissionais médicos da unidade de urgência e emergência, e um representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, quando houver.

As comissões hospitalares, compostas por profissionais de diversas áreas, têm papel fundamental na gestão das instituições de saúde, e vários aspectos reforçam essa importância.

As comissões atuam na promoção de qualidade e segurança do paciente, inclusive no desenvolvimento de protocolos e orientações que visam minimizar o risco e elevar a qualidade da assistência prestada. Dentre as várias atribuições de uma comissão, as mais importantes incluem produzir indicadores que auxiliam na avaliação dos serviços prestados permitindo um acompanhamento sistemático de áreas que necessitam de melhorias e com isso facilita as tomadas de decisões e a implementação de políticas de melhorias. Outro ponto importante que torna fundamental a existência de comissões no âmbito hospitalar é o fato de as mesmas terem acesso direto à gestão, o que garante que as informações e propostas sejam consideradas nas decisões administrativas, reforçando ainda mais a relevância dos indicadores (Martins *et al*, 2012).

Foi possível observar que ambas as instituições participantes da pesquisa não possuíam formadas a Comissão Interna de Acolhimento com Classificação de Risco, e que apenas de maneira informal, pela chefia das unidades de urgência e emergência ou pela sua coordenação, realizavam a avaliação das classificações e do processo de trabalho nas classificações e acolhimento, podendo ser evidenciados com base nos discursos apresentados pelos entrevistados:

“Existem auditorias internas diárias realizadas pela coordenação do PS.” (E1)<sup>22</sup>

“(…) a enfermeira gerente do PS costuma verificar se está sendo aplicado de maneira correta.” (E12)<sup>23</sup>

“(…) a coordenação de enfermagem do PS, fica constantemente visualizando os acolhimentos, orientando caso julgue necessário.” (E18)<sup>24</sup>

Diante dos discursos apresentados podemos observar que os próprios colaboradores das instituições desconhecem a formação desta comissão, e é possível constatar que existem ações de monitoramento realizadas por chefias, coordenadores e responsáveis dos setores de emergência, mas em desacordo com o manual de implementação do PCACR, seja pelo número de profissionais exigidos ou pelos métodos de monitoramento..

Apesar de haver esforços por parte das coordenações das próprias unidades de urgência e emergência em controlar, avaliar e corrigir possíveis erros e falhas, a formação desta comissão é imprescindível para que todos os processos existentes em uma unidade de emergência hospitalar sejam devidamente analisados.

---

<sup>22</sup> Entrevista respondida por E1 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>23</sup> Entrevista respondida por E12 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>24</sup> Entrevista respondida por E18 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

Outro ponto importante e necessário acerca da implementação do PCACR é que a sua utilização deve ser feita na íntegra, pois isto assegura que as diretrizes e práticas estabelecidas no protocolo sejam seguidas. A utilização do PCACR envolve acompanhamento regular das métricas estabelecidas no protocolo, como a taxa de usuários atendidos, tempos de espera e reclassificações, sendo estas, fundamentais para a avaliação do desempenho do serviço. Com estes dados registrados é possível realizar reavaliações contínuas dos usuários, ajudando a identificar áreas de melhoria e garantir que as metas sejam alcançadas (Santa Catarina, 2023c).

Com base nas informações coletadas nas entrevistas, é possível observar que a maioria dos profissionais entrevistados utilizam do PCACR na íntegra, e o fato de ele ser informatizado contribui, pois para chegar a classificação do paciente, existem dados e informações a serem coletados e etapas a serem cumpridas para que se possa chegar até a seleção e escolha dos fluxogramas e descritores adequados, obrigando o usuário a utilizar todas as ferramentas disponibilizadas pelo sistema. Podemos evidenciar isso nos discursos abaixo. Quando questionado os profissionais se estes realizavam a classificação da forma que era disponibilizado pelo PCACR.

“Sim, sigo a ordem do fluxograma.” (E2)<sup>25</sup>

“Sim, o protocolo não permite utilizá-lo de outra forma.” (E21)<sup>26</sup>

Os protocolos são elaborados com base nas melhores evidências disponíveis e visam facilitar as tomadas de decisões, garantindo a efetividade e segurança no atendimento ao paciente (Vieira *et al*, 2020). Portanto, é muito importante que o PCACR seja utilizado na íntegra, pois ele foi estruturado e elaborado com base em evidências científicas atualizadas, o que o torna seguro, além de ser um facilitador na hora de realizar as classificações de risco.

Além disso, outro ponto que se torna importante no processo de implementação do PCACR é a adequação da estrutura física da instituição para atender os requisitos solicitados no manual. O mais importante aqui é a sala de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), pois a correta estruturação e organização desta contribuirá para resultados mais assertivos e positivos se tratando de situações de emergências e/ou de risco.

Segundo o Manual de Implantação do PCACR, a ambiência da sala de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um aspecto muito importante a ser considerado. Portanto, a sala de ACCR deve ser ampla e bem ventilada, a visualização da sala de espera

---

<sup>25</sup> Entrevista respondida por E2 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>26</sup> Entrevista respondida por E21 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

pelo enfermeiro é bem importante para identificar rapidamente a possível chegada de pacientes graves ou até mesmo a piora do estado de saúde de algum paciente que esteja aguardando atendimento. A privacidade do paciente deve ser garantida, inclusive o uso de cortinas ou barreiras visuais deve ser considerado, sem comprometer a observação do ambiente. A sala deve ser acessível a pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, conforme as diretrizes da Lei Federal nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000b).

Como exposto por Silva e Braga (2011) King define espaço como uma área física demarcada e pelo comportamento dos que ocupam, ressaltando assim que até o ambiente influencia na interação entre enfermeiro e paciente. Sua teoria abrange alguns conceitos, dos quais chamam a atenção; a interação, a comunicação, a percepção, o ser, o estresse, o tempo e o ambiente. Dessa forma a classificação de risco por si só já se torna um ambiente hostil para o cliente, contudo medidas que visem a aplicabilidade da ambiência tornam a classificação de risco mais acolhedora e favorecem o trabalho dos profissionais da saúde.

O mobiliário deve estar disposto para não obstruir a movimentação dos pacientes, especialmente para pacientes em cadeiras de rodas e macas, além de possuir um fluxo adequado, com pelo menos duas portas para facilitar a movimentação e transporte de pacientes. Para melhorar o processo de trabalho, o ACCR deve ter um acesso fácil aos consultórios e à sala vermelha. Além de também ser essencial que a sala esteja equipada com materiais e mobiliários necessários, como um lavatório, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), computador, impressora e demais materiais indispensáveis para a realização da classificação de risco (Monitor multiparamétrico, esfigmomanômetro e estetoscópio, termômetro axilar somente, balança, material para identificação de prioridade clínica (ex.: pulseiras e etc). Estes são elementos fundamentais para garantir um atendimento de qualidade, promovendo um ambiente que favoreça a comunicação e a eficiência no processo de acolhimento com classificação de risco.

Conforme descrito por Oliveira *et al* (2022) a ambiência em saúde não se limita apenas a aspectos físicos, é fundamental por diversas razões que envolvem inclusive interações humanas, dentre elas podemos citar a construção de relação de confiança entre profissional e paciente, o que é essencial para a humanização do cuidado. De outro lado, a ambiência também promove melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde, pois ambientes acolhedores promovem o descanso e a interação entre os colaboradores e isto pode aumentar a motivação e a satisfação no trabalho, impactando diretamente na qualidade do atendimento prestado.

É possível destacar que a ambiência em saúde vai além dos aspectos estéticos, ao conseguir impactar diretamente na qualidade do cuidado e na experiência de todos os indivíduos envolvidos. Dando ênfase ao PCACR no que se refere a ambiência, observou-se durante o diálogo nas pesquisas que os enfermeiros relataram que as unidades pesquisadas pouco atendiam as exigências de implantação e implementação do novo protocolo, pois as salas de acolhimento com classificação de risco de ambas as unidades não são ventiladas e amplas, se limitando a ambientes pequenos e apertados, com a instalação de apenas uma porta, não sendo integrados a nenhum outro ambiente.

A privacidade dos pacientes só é garantida se a porta for fechada, o que impossibilita o profissional de visualizar a sala de espera. O acesso a pessoas com deficiência também é prejudicado, devido ao tamanho das salas e disposição dos mobiliários que obstrui o fluxo de cadeiras de rodas e macas. Quanto à disponibilidade de materiais, referiram que os equipamentos dispostos atendem as necessidades para a realização da classificação de risco.

Quando falamos sobre o ambiente ser projetado para facilitar o fluxo de atendimentos, este é o ponto que mais chama atenção, pois conforme trazido no Manual de Implantação do PCACR (2023), as salas de ACCR devem ser projetadas interligar e facilitar o acesso aos consultórios e a sala vermelha (sala de emergência), a disposição do mobiliário deve permitir uma movimentação eficiente, contribuindo para a agilidade, principalmente no atendimento aos casos de emergência.

De forma geral, observa-se uma necessidade de as unidades beneficiárias pesquisadas se adequarem a esta exigência de implantação do PCACR, pois é uma etapa que contribui e muito para a eficácia do atendimento, que por muitas vezes exige uma rápida intervenção e o fluxo do ambiente, bem como a disposição do mobiliário e a localização da sala de ACCR contribuem para resultados positivos.

## 4.2 CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO

Com a implantação de um novo sistema, uma nova metodologia ou até mesmo um novo protocolo, é esperado que exista a necessidade de atualizar e capacitar os profissionais atuantes nestas áreas para poderem entender, compreender e aprender como funcionam estas atualizações.

O processo de implantação em si pode enfrentar diversas dificuldades que impactam sua eficácia e aceitação. A mudança de práticas pode esbarrar com resistência por parte das

equipes de saúde. Profissionais acostumados a métodos tradicionais e por vezes ultrapassados podem ser relutantes em adotar novos protocolos, o que pode dificultar a implementação, mas a capacitação fornecerá a esses profissionais, mais segurança para a utilização de uma nova ferramenta (Sacoman *et al*, 2019).

Segundo Leopardi (1999), para King o conceito de Self se refere a tudo o que o indivíduo no caso o ser pensa sobre si, engloba desde sua capacidade de ser e fazer, é a consciência da existência individual constituída de seus pensamentos e sentimentos. Este conceito não diz respeito apenas ao paciente, na díade enfermeiro-paciente o self de ambos precisam estar alinhados junto das metas. Sendo assim, para que a capacitação e treinamento ocorram de forma satisfatória, os profissionais necessitam estar abertos e dispostos a aprender novas formas de atender o seu cliente.

A capacitação dos profissionais de saúde é de extrema importância por diversas razões, não apenas na melhora da qualidade do serviço prestado, mas também por aumentar a satisfação dos profissionais de saúde na totalidade, que se sentem mais preparados e confiantes em suas habilidades (Oliveira *et al*, 2016b).

A capacitação de profissionais de enfermagem permite que os mesmos adquiram conhecimentos e habilidades atualizadas, resultando em maior qualidade de atendimento aos pacientes, garantindo que estes estejam preparados para enfrentar os desafios da prática clínica principalmente em situações de urgência e emergência, tornando estes profissionais capazes de atender o usuário integralmente, e em consonância a isso, profissionais capacitados conseguem reconhecer e responder adequadamente a situações críticas, aumentando as chances de acerto e reduzindo riscos (Celeste *et al*, 2021).

Segundo o Manual de Implantação do PCACR (2023), o enfermeiro classificador obrigatoriamente deve ser capacitado para operacionalização do protocolo, isto garante a adequada utilização. Por este motivo, a Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC) disponibilizou gratuitamente em sua plataforma de Educação a Distância (EaD) um módulo específico para capacitação do profissional, que deve replicar seus conhecimentos e realizar capacitações internas do protocolo.

Durante as pesquisas e entrevistas, foi evidenciado através dos relatos dos mesmos, que alguns profissionais não realizaram ou não concluíram a capacitação ofertada pela SES/SC, conforme discursos apresentados abaixo, quando questionado a estes profissionais se os mesmos haviam realizado a capacitação online.



“Não finalizei.” (E05)<sup>27</sup>

‘Não.’ (E13)<sup>28</sup>

Sendo assim, é válido ressaltar que os profissionais que não concluíram a capacitação online também não poderão ser cadastrados para ter acesso pessoal ao aplicativo criado pela DTIG da SES/SC, pois este cadastro é condicionado à conclusão da capacitação.

Os profissionais multiplicadores serão responsáveis por repassar seus conhecimentos para os profissionais classificadores das Emergências Hospitalares operacionalizar o PCACR, já que o profissional não capacitado não pode utilizar o PCACR. Os multiplicadores são profissionais das unidades beneficiárias, seja ele um classificador das unidades de urgência e emergência ou um profissional do Núcleo de Educação Permanente da unidade, se houver, devidamente qualificado para tal função.

Quando questionado aos entrevistados sobre a realização de capacitações internas, a grande maioria deles relata que não passaram por nenhum tipo de capacitação ou treinamento interno fornecido pela instituição, ou por algum profissional multiplicador, relatam que apenas realizaram a capacitação online, fornecida pelo ESPSC. E com base nos discursos apresentados abaixo, podemos observar que não foram instituídas iniciativas por parte das instituições objetos desta pesquisa para a realização de treinamentos internos, identificado a necessidade de disponibilizar a estes profissionais capacitações e treinamentos internos, por meio do setor de educação continuada para garantir melhorias nos atendimentos em classificação de risco.

“Realizei apenas a capacitação online fornecida pelo governo.” (E2)<sup>29</sup>

“Apenas a capacitação do governo.” (E11)<sup>30</sup>

Definidos por parâmetros subjetivos e objetivos, os protocolos que direcionam a classificação de risco dos pacientes, devem ser periodicamente revisados e adaptados pela instituição de saúde. Mas os protocolos não são os únicos responsáveis pelo sucesso da classificação de risco, surgem apenas como um norteador, e sua implementação depende, além de diversos fatores, também de profissionais qualificados com capacitação prévia (Hermida *et al.*, 2018).

---

<sup>27</sup> Entrevista respondida por E5 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>28</sup> Entrevista respondida por E13 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>29</sup> Entrevista respondida por E2 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>30</sup> Entrevista respondida por E11 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

Com base nos discursos apresentados fica evidenciado fragilidades nesta etapa, devido a não realização de treinamentos e capacitações internas, uma vez que estas atividades internas servem também para sanar eventuais dúvidas ou evitar eventuais problemas que pudessem ocorrer neste período inicial de adaptação.

#### **4.2.1 Informatização como etapa para implementação do PCACR**

A aplicabilidade das teorias de enfermagem no dia a dia de cuidado do paciente visa proporcionar maior facilidade no dia a dia dos profissionais, se assemelhando com o processo de informatização da assistência. A Teoria do Alcance de Metas apesar de aparentar significativa complexidade, se mostra simples em sua aplicação (George, 2000).

A informatização permite a automação dos processos, reduzindo a carga de trabalho manual e minimizando erros. Isso resulta em um fluxo de trabalho mais eficiente, onde as informações são acessíveis e gerenciáveis. A padronização de protocolos é facilitada pela informatização. Sistemas eletrônicos podem incorporar diretrizes e protocolos de atendimento, garantindo que todos os profissionais sigam as mesmas práticas recomendadas, melhorando a consistência dos atendimentos (Bender *et al*, 2024).

Para implementação do PCACR nas unidades beneficiárias, sua utilização informatizada é pré-requisito, por facilitar a coleta de dados, reduzir o tempo de classificação de risco e tornar mais seguro e confiável a sua aplicação, com o intuito de minimizar significativamente os erros humanos, dependentes do profissional classificador. Por este motivo a DTIG criou um aplicativo para disponibilizar as unidades beneficiárias do PCACR, visando tornar mais precisa a sua aplicabilidade. Este aplicativo será disponibilizado por meio de um Link de conexão com a internet (Santa Catarina, 2023c).

Segundo Pinochet (2011), atualmente, a informatização dos sistemas em saúde se torna essencial, pois a adoção destas tecnologias de informação auxilia na automatização e integração de processos, reduzindo redundâncias e aumentando a eficiência operacional. Isto permite que as organizações de saúde otimizem os fluxos de trabalho, trazendo consigo dados precisos. A informatização facilita o acesso e o compartilhamento de informações entre diferentes setores e profissionais de saúde, o crucial para a continuidade do cuidado e a coordenação entre os serviços.

Evidencia-se que os entrevistados em sua maioria possuem acesso pessoal ao aplicativo online disponibilizado pelo SES/SC, com acesso feito a partir de um e-mail pessoal

e senha. No entanto, apesar de o aplicativo ser gratuito e de fácil cadastramento, sendo somente necessária solicitação da instituição beneficiária para cadastro de profissional classificador, existe uma parcela significativa de profissionais sem acesso pessoal, que recorrem ao acesso de outros profissionais.

Podendo observar essa inadequação quando questionamos os entrevistados se possuíam acesso pessoal ao aplicativo, a maioria responde que sim:

“Sim.” (E10)<sup>31</sup>

“Sim, possuo acesso próprio ao sistema.” (E16)<sup>32</sup>

“Sim.” (E26)<sup>33</sup>

Embora os entrevistados possuam mais de 90 dias atuando como classificadores, no entanto, alguns ainda não possuem acesso pessoal ao sistema.

“Não, aguardando a instituição realizar o cadastro.” (E2)<sup>34</sup>

“Não, ainda não fizeram meu cadastro.” (E8)

<sup>35</sup>“Não, uso de outra pessoa.” (E25)<sup>36</sup>

Como já citado anteriormente o protocolo torna obrigatória a conclusão da capacitação online oferecida pelo ESPSC, e concomitantemente a isso o acesso pessoal ao aplicativo também é obrigatório e o uso de usuários e senhas de acesso de terceiros é vedado, porém, há uma parcela de profissionais que atuam de modo irregular, que ignoram essas exigências quando recorrem ao perfil de colegas.

A atuação do profissional correta se faz necessária, pois só assim será possível um controle de indicadores reais e fidedignos, o que permitirá uma análise mais apurada do processo de implementação do PCACR.

### 4.3 AÇÕES DE MONITORAMENTO

---

<sup>31</sup> Entrevista respondida por E10 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>32</sup> Entrevista respondida por E16 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>33</sup> Entrevista respondida por E26 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>34</sup> Entrevista respondida por E2 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>35</sup> Entrevista respondida por E8 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>36</sup> Entrevista respondida por E25 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

Apesar de sua importância, os protocolos precisam de avaliações contínuas e acompanhamentos rotineiros, a fim de detectar possíveis falhas ou erros advindos da utilização incorreta do mesmo, muitas vezes ocasionado por um processo de trabalho insatisfatório e desestimulante, principalmente na fase de implementação. Desta forma é necessário um planejamento adequado para que todos os processos do protocolo sejam realmente eficazes (Werneck; Faria; Campos, 2009).

#### 4.3.1 Indicadores

De acordo com Silva e Braga (2011), dentro da Teoria do Alcance de Metas o planejamento da assistência para King se dá através da coleta de dados, pois possibilita o enfermeiro através de sua percepção atuar de forma assertiva e resolutive, focado nas reais necessidades. Na contemporaneidade a coleta de dados continua sendo de suma importância, contudo a enfermagem dispõe de outras ferramentas que auxiliam o planejamento da assistência de enfermagem, sendo um exemplo os indicadores.

O monitoramento de indicadores no contexto do PCACR é uma prática essencial para avaliar a eficácia do protocolo e assim garantir a sua qualidade. Os indicadores devem ser claramente definidos e relacionados aos objetivos do PCACR, permitindo a avaliação do desempenho das unidades de urgência e emergência e UPA's e neste contexto entra a responsabilidade da Comissão Interna de Acolhimento com Classificação de Risco, pois esta é a responsável pelo monitoramento desses indicadores diretamente. A coleta de dados deve ser sistemática e regular, permitindo uma análise contínua do desempenho em relação aos indicadores estabelecidos (ex.: dados sobre tempos de atendimento, taxas de reclassificação, eficácia do acolhimento e etc) (Santa Catarina, 2023).

Durante as entrevistas foi possível observar que apesar de não existir uma Comissão Interna de Acolhimento com Classificação de Risco em conformidade com o Manual de Implantação do PCACR, existem esforços por parte das instituições e coordenações de urgência e emergência em realizar ações de monitoramento, a fim de acompanhar indicadores e realizar melhorias na aplicação do PCACR, como disposto abaixo:

“(...)a enfermeira responsável pelo PS está sempre conferindo e quando necessário ela corrige os enfermeiros da triagem.” (E2)<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Entrevista respondida por E2 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

“(...)a chefe do setor acompanha cada classificação, nos orientando como melhorar de acordo com cada situação.” (E4)<sup>38</sup>

“(...)a coordenação de enfermagem do PS, fica constantemente visualizando os acolhimentos, orientando caso julgue necessário.” (E18)<sup>39</sup>

“(...)pela coordenação. Monitoramento das classificações para os devidos ajustes.” (E27)<sup>40</sup>

Os dados coletados devem ser analisados e apresentados em relatórios periódicos, que podem ser utilizados para informar a equipe sobre seu desempenho e para orientar decisões sobre melhorias no processo de acolhimento e classificação de risco e também sobre a necessidade de implementar ações corretivas quando necessário, esse feedback deve ser fornecido pela comissão à equipe. Sendo assim, o monitoramento dos indicadores deve acompanhar ações de educação e capacitação para os profissionais, garantindo que todos estejam cientes dos objetivos do PCACR, garantindo que a sua aplicabilidade seja efetiva e o atendimento aos pacientes, seja realizado de forma qualificada e humanizada (Santa Catarina, 2023b; Santa Catarina, 2023c).

Mensalmente a unidade beneficiária deve encaminhar à SUE/DAPF relatório dos indicadores pela Comissão Interna de Acolhimento com Classificação de Risco, conforme instrumento de monitoramento (Anexo III) e conforme cronograma exposto abaixo (Figura 2). Este relatório precisa abordar sobre o alcance das metas e métricas do PCACR, descrevendo ações já realizadas ou programas de melhorias se for necessário (Santa Catarina, 2023).

---

<sup>38</sup> Entrevista respondida por E4 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>39</sup> Entrevista respondida por E18 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>40</sup> Entrevista respondida por E27 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

**Figura 02: Cronograma para encaminhamento mensal dos indicadores e encaminhamento de relatórios quadrimestrais**

ATIVIDADE	PRAZO
Encaminhamento mensal dos indicadores do PCACR e indicadores de perfil da unidade em instrumento de monitoramento (Anexo 2 do Manual de Implantação)	Envio para <a href="mailto:dapf.pcacr@saude.sc.gov.br">dapf.pcacr@saude.sc.gov.br</a> até o dia 10 de cada mês
Encaminhamento de relatório quadrimestral, com a justificativa quando do não alcance das metas e a descrição das ações realizadas para melhoria (quando necessário)	Envio para <a href="mailto:dapf.pcacr@saude.sc.gov.br">dapf.pcacr@saude.sc.gov.br</a> até o dia 10 dos meses de Abril, Agosto e Dezembro

Fonte: Santa Catarina, 2023b.

Os indicadores do PCACR e os indicadores de perfil da unidade devem ser disponibilizados pelas unidades beneficiárias, e estes permitem a avaliação conforme as métricas estabelecidas pelo PCACR da qualidade do atendimento prestado pela unidade. A emissão destes dados será através do sistema de informação utilizado pela unidade.

- **Indicadores do PCACR:**

- Taxa de usuários da unidade de urgência e emergência beneficiária com registros do atendimento conforme métricas estabelecidas no PCACR;
- Taxa de atendimentos de prioridade baixa e mínima na unidade de urgência e emergência beneficiária;
- Tempo médio de espera, em minutos, por período, para o ACCR;
- Tempo médio, em minutos, por período, da realização do ACCR;
- Tempo médio de espera, em minutos, por período, até o atendimento médico, segundo prioridade máxima (vermelha) do PCACR;
- Tempo médio de espera, em minutos, por período, até o atendimento médico, segundo prioridade alta (laranja) do PCACR;
- Tempo médio de espera, em minutos, por período, até o atendimento médico, segundo prioridade média (amarela) do PCACR;

- Tempo médio de espera, em minutos, por período, até o atendimento médico, segundo prioridade baixa (verde) do PCACR;
- Tempo médio de espera, em minutos, por período, até o atendimento médico, segundo prioridade mínima (azul) do PCACR;
- Taxa de usuários que foram reclassificados pelo classificador de risco;
- Taxa de usuários com tempo alvo da prioridade vencido que foram reclassificados pelo classificador de risco;
- Taxa de assertividade da classificação de risco.

Fonte: Santa Catarina, 2023b.

- **Indicadores do perfil da unidade beneficiária.**

- Percentual de acolhimento com classificação de risco por prioridade;
- Percentual de acolhimento com classificação de risco por fluxograma do PCACR;
- Percentual de acolhimento com classificação de risco por especialidade;
- Percentual de acolhimento com classificação de risco por período do dia;
- Percentual de acolhimento com classificação de risco por município de residência do usuário.

Fonte: Santa Catarina, 2023b.

Os indicadores são fundamentais por várias razões, ao fornecerem dados essenciais para a formulação de melhorias e políticas internas, permitindo que os gestores tomem decisões informadas, auxilia no planejamento e monitoramento, permitindo que as intervenções e ajustes sejam direcionadas às necessidades específicas de determinada população. Promove transparências e permite comparações entre diferentes populações, ajudando a identificar disparidades e a promover a equidade (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo Helou Filho e Otani (2007), os indicadores fornecem dados quantitativos que ajudam a identificar áreas que necessitam de melhorias com base em dados concretos e a monitorar o progresso ao longo do tempo, com o estabelecimento de metas claras e mensuráveis. A gestão por indicadores reduz a dependência de intuições e percepções pessoais, promovendo uma abordagem mais científica e objetiva.

O monitoramento sistemático dos indicadores no contexto do PCACR apoia a sua eficácia e contribui para um ambiente de cuidado mais eficiente e garante a qualidade do

atendimento em unidades de urgência e emergência. A definição dos indicadores, que estão alinhados com os objetivos do protocolo, permitem uma avaliação precisa do desempenho e também destaca e evidencia áreas e processos que necessitam de melhorias.

Conforme citado anteriormente, observou-se um comprometimento por parte das instituições e coordenações em monitorar as classificações, o que demonstra uma cultura de melhoria contínua por parte destas. Os relatos dos profissionais evidenciam esse esforço coletivo para garantir que os processos de ACCR sejam ajustados conforme as necessidades, o que reflete uma preocupação genuína com a qualidade do atendimento prestado.

#### 4.4 APLICABILIDADE NA VISÃO PROFISSIONAL

Na classificação de risco por ser um ambiente relacionado a episódios críticos, de dor aguda, e por vezes em situações de urgência e emergência, desafiam o profissional enfermeiro a ter uma conduta que objetiva o estabelecimento do vínculo entre profissional e paciente. King apresenta em sua teoria que o objetivo da enfermagem está em ajudar os pacientes a alcançarem saúde por meio do alcance das metas estipuladas no sistema interpessoal (Silva e Braga, 2011).

O estabelecimento do relacionamento de confiança no sistema interpessoal na classificação de risco apesar de ficar prejudicado objetiva o mesmo que em outros ambientes que oferecem serviços à saúde. Visto que o enfermeiro necessita constatar aspectos subjetivos e objetivos em um curto espaço de tempo, explorando do profissional enfermeiro o máximo do raciocínio clínico em situações de pressão.

O processo de trabalho em classificação de risco envolve várias práticas que visam otimizar o atendimento em serviços de urgência e emergência. A triagem é realizada para classificar os pacientes de acordo com a gravidade de suas condições, é um processo dinâmico que não apenas categoriza os pacientes, mas também os direciona para o ambiente de cuidado mais adequado. A utilização de protocolos de classificação de risco pode levar à mecanização da relação entre o profissional e o paciente, podendo resultar em uma abordagem menos humanizada, onde as necessidades individuais dos pacientes não são consideradas completamente (Sacoman *et al*, 2019).

O PCACR é visto como uma ferramenta que instrumentaliza os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, para realizar a classificação de risco eficazmente. A Resolução COFEN 661/2021 estabelece a classificação de risco como atividade privativa do enfermeiro



capacitado especificamente para o protocolo adotado pela instituição. Isso permite uma avaliação mais precisa das condições dos pacientes e a priorização do atendimento com base na gravidade de seu quadro clínico.

A implementação do PCACR requer que os profissionais sejam capacitados e treinados para utilizar os fluxogramas e descritores do protocolo, como já discutido anteriormente a grande maioria dos profissionais está apto para realizar as classificações com por meio do protocolo. Conforme especificações do Manual de Implantação do PCACR (2023) a formação contínua dos profissionais é essencial para que os profissionais se sintam seguros e competentes na aplicação do protocolo, garantindo que a classificação de risco seja realizada de maneira adequada e em tempo hábil.

Quando questionado aos profissionais entrevistados se eles percebiam maior agilidade nas “triagens” com a implantação do PCACR, a grande maioria respondeu que sim. Porém há profissionais que relataram que atrapalha, pois não é um sistema integrado ao Tasy (sistema utilizado pelas instituições), conforme relato abaixo:

“(…) pois não é integrado ao Tasy, temos que classificar em um sistema e depois jogar para o Tasy, o que nos faz perder tempo.” (E17)<sup>41</sup>

Há também profissionais que relatam que a procura por descritores adequados atrapalha ou até mesmo atrasam as classificações e acolhimentos, pois não encontram descritores que se enquadram para classificar os pacientes.

“(…) quando os sintomas não batem com os descritores do fluxograma utilizado.” (E4)<sup>42</sup>

“Perco tempo classificando, pois tenho que procurar descritores.” (E6)<sup>43</sup>

“Falta descritores, difícil interpretação.” (E9)<sup>44</sup>

Em contrapartida, a maioria dos profissionais descreve os descritores como uma facilidade, ao auxiliar e respaldar o profissional na hora de classificar o paciente adequadamente, e descrevem como positiva a utilização destes descritores, conforme evidenciado nos discursos abaixo:

---

<sup>41</sup> Entrevista respondida por E17 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>42</sup> Entrevista respondida por E4 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>43</sup> Entrevista respondida por E6 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>44</sup> Entrevista respondida por E9 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

“Reduz o tempo pois é bem direto e me dá mais agilidade no processo.”  
(E14)<sup>45</sup>

“Sim, agora é só assinalar, ganhando tempo e agilidade nos atendimentos.”  
(E18)<sup>46</sup>

“Sim, pois com o protocolo, além de permitir uma classificação justa e mais precisa, nós como enfermeiros acabamos ficando mais respaldados, auxiliando na justificativa de ter usado determinado fluxograma/descritor.”  
(E25)<sup>47</sup>

Segundo Peixoto & Brito (2015) os protocolos proporcionam um atendimento qualificado, garantindo que os profissionais sigam as diretrizes baseadas em evidências científicas. Eles fornecem um respaldo aos profissionais, principalmente em situações onde as decisões precisam ser rápidas e fundamentadas

Os protocolos proporcionam segurança tanto para os enfermeiros quanto aos pacientes, ao estabelecerem diretrizes claras e padronizadas para a prática de enfermagem, sendo elaborados com base em diretrizes atualizadas, ajudando a reduzir a variabilidade nas ações e a garantir que todos os profissionais sigam as melhores práticas. (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021).

Outro ponto importante e bastante relatado durante as entrevistas foram algumas fragilidades encontradas no protocolo. Conforme relatado o protocolo emergência muitas queixas isoladas que não seriam necessariamente consideradas queixas graves e que não apresentam risco de evolução. Conforme relatos descritos abaixo:

“O protocolo emergência muitas coisas que não seriam consideradas emergências se fossem classificadas fora do protocolo, o que atrapalha um pouco. Por ex: uma febre isolada de 37,8 é laranja.” (E1)<sup>48</sup>

“O PCACR acabou emergenciando mais descritores, ou seja, antes era amarelo passou a ser laranja.” (E18)<sup>49</sup>

O principal objetivo do PCACR é garantir uma avaliação mais precisa das condições dos pacientes, para garantir que aqueles que se encontram em situação mais grave recebam atendimento em tempo hábil. De forma geral a implementação do PCACR foi positiva, porém

<sup>45</sup> Entrevista respondida por E14 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>46</sup> Entrevista respondida por E18 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>47</sup> Entrevista respondida por E24 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>48</sup> Entrevista respondida por E1 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>49</sup> Entrevista respondida por E18 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

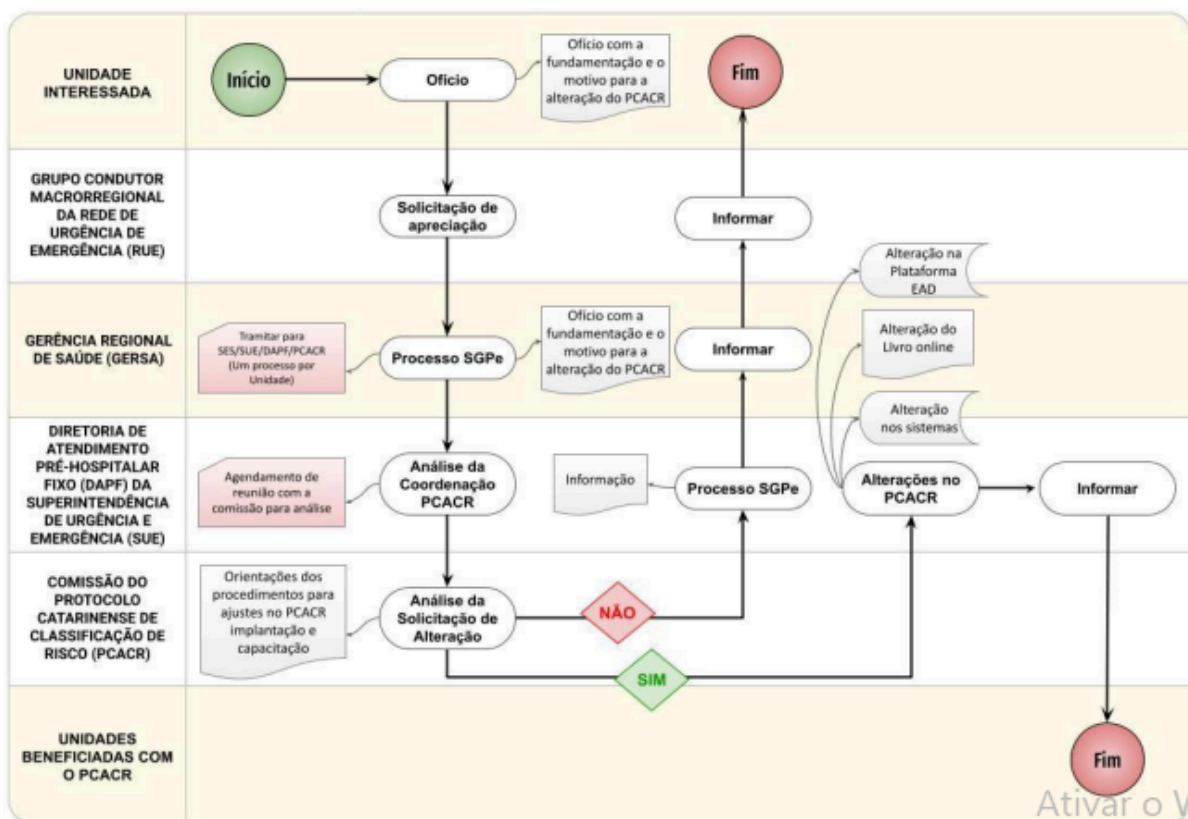
ainda revela desafios significativos, como a falta de integração com o sistema interno utilizado pelas instituições e a dificuldade em encontrar descritores adequados, o que pode atrasar as triagens e conseqüentemente os atendimentos, e esta falta de adequação pode levar a classificações inadequadas.

Além disso, algumas preocupações sobre a sua eficácia foram geradas quando o protocolo trata como urgência queixas que não deviam ser tratadas com a mesma urgência que casos críticos, comprometendo a qualidade do atendimento. Portanto é fundamental que as instituições pesquisadas considerem essas fragilidades, para que caso identifiquem alguma necessidade de alteração, solicitem junto aos órgãos competentes os ajustes necessários do protocolo.

Caso a unidade beneficiária identifique alguma necessidade de alteração do PCACR, não poderá alterar sem autorização da SES/SC e Comissão do PCACR. Quando for identificada a necessidade de qualquer alteração a unidade beneficiária deverá:

“Encaminhar a sugestão fundamentada cientificamente para GERSA que irá encaminhar via Sistema de Gestão de Protocolo Eletrônico (SGP-e) para a SUE/DAPF, para análise da Coordenação do PCACR que discutirá na Comissão de Implantação e Revisão do PCACR a qual, se julgar necessário, fará as devidas mudanças no Protocolo que deverá ser atualizado e informado em todas as unidades beneficiadas.” (Santa Catarina, p 22, 2023).

**Figura 03: Fluxo de solicitação de alteração do PCACR**



Fonte: Santa Catarina, 2023b.

#### 4.4.1 Registro em prontuário

O classificador deverá registrar obrigatoriamente as informações em prontuário, devendo conter todos os dados coletados. A Resolução COFEN nº 514, de 5 de maio de 2016, aprova o Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente, fundamental para orientar os profissionais de enfermagem sobre os registros em prontuários. Isso garante que as informações sejam registradas de forma clara e objetiva, assegurando que os dados sejam completos, precisos e atualizados, contribuindo para a continuidade do cuidado e a proteção dos direitos do paciente conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Santa Catarina, 2023).

A LGPD, ou Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, estabelece normas para a coleta, uso, tratamento e armazenamento de dados pessoais, tendo como objetivo principal proteger os direitos fundamentais de privacidade e liberdade dos

indivíduos, garantindo que seus dados sejam tratados de forma ética e transparente (Brasil, 2018).

A partir da Resolução COFEN nº 514/206, o PCACR recomenda, o registro de dados mínimos pelo enfermeiro classificador no ACCR:

**Figura 04: Dados mínimos para registro realizado pelo classificador**

- Data e hora do procedimento;
- Nome do acompanhante da criança ou idoso;
- Problemas/saúde/doença/lesão/situação/duração: breve histórico (relatado pelo paciente, familiar ou testemunhas);
- Alergias;
- Antecedentes Patológicos;
- Sinais vitais de acordo com o fluxograma adotado;
- Sinais objetivos identificados;
- Resultado de exames realizados;
- Registrar o resultado da classificação;
- Encaminhamento do paciente conforme classificação;
- Nome completo e COREN do responsável pelo ACCR.

Fonte: Santa Catarina, 2023c.

O PCACR traz consigo perguntas norteadoras que servem para obter mais informações sobre o problema/saúde/lesão/doença/situação que trouxe o paciente a unidade, por exemplo:

“O que está sentindo? O que o trouxe neste serviço? Há quanto tempo tem o problema? Quais os mecanismos de trauma (lesão por arma de fogo ou branca, queda de altura e/ou acidentes em via de trânsito)? Faz uso de medicamentos? Possui algum problema de saúde? Já sentiu essa dor antes? Onde estava quando iniciou os sintomas?” (Santa Catarina, p32, 2023c).

Durante a pesquisa, os profissionais entrevistados foram questionados sobre quais perguntas norteiam o acolhimento com classificação de risco realizados por eles e as respostas seguem um padrão, e atendem mínimo exigido pelo PCACR, conforme podemos evidenciar nos discursos abaixo:

“O que aconteceu, faço perguntas direcionadas a queixa (tempo de início, se fez uso de medicações para a queixa) alergias e comorbidades. SSVV:

Adultos: PA, Sat, FC, FR, Peso e Temperatura. Crianças: Sat, FC, FR e Temperatura.” (E8)<sup>50</sup>

“Queixa principal, sinais e sintomas, início dos sintomas, persistências, tratamento, histórico de saúde, fatores de risco. SSVV: PA, FC, FR, Sat, Temperatura e HGT SN.” (E21)<sup>51</sup>

“O que está acontecendo, o que trouxe o paciente ao PS, quanto tempo está assim, histórico atual da doença, comorbidades, alergias e medicamentos de uso contínuo. SSVV: Adultos: FC, FR, Temperatura, peso, Sat, PA. Crianças: todos os citados anteriormente, exceto PA.” (E24)<sup>52</sup>

Ao analisar as respostas dos profissionais entrevistados, percebe-se uma padronização nas perguntas que orientam o acolhimento com classificação de risco. Essa uniformidade sugere uma aderência ao mínimo exigido pelo PCACR, o que é positivo, pois indica um comprometimento com a segurança e a qualidade do atendimento ao paciente.

Entretanto, a padronização também aponta para a necessidade de constante avaliação e aprimoramento dos protocolos, a fim de garantir que as perguntas e os procedimentos adotados não apenas cumpram os requisitos mínimos, mas também respondam de forma dinâmica às complexidades e especificidades de cada caso clínico.

---

<sup>50</sup> Entrevista respondida por E8 [Set., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>51</sup> Entrevista respondida por E21 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

<sup>52</sup> Entrevista respondida por E24 [Out., 2024] Entrevistadora Débora Popenga. Rio do Sul, 2024.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, as unidades de saúde pesquisadas atendem parcialmente às exigências do Manual de Implantação de PCACR. Quando falamos do acesso pessoal ao sistema do PCACR, das capacitações, da formação de Comissão Interna de Acolhimento com Classificação de Risco e das ações de monitoramento, por mais que não estejam em completa conformidade com o processo de implementação, há esforços por parte das instituições em se adequar completamente, sendo possível observar ações e adequações em curso, com o objetivo de atender a todas as exigências.

A análise dos resultados da pesquisa oferece uma visão abrangente das práticas de acolhimento com classificação de risco adotadas pelos profissionais de saúde. A adesão ao mínimo exigido pelo PCACR demonstra um esforço consistente para estruturar e padronizar o atendimento, com o objetivo de garantir segurança e minimizar variações nos cuidados oferecidos. Esse comprometimento com as diretrizes contribui para a criação de um ambiente de atendimento mais seguro e organizado, especialmente em situações de urgência e emergência, onde decisões rápidas e criteriosas são cruciais.

O Protocolo Catarinense também enfatiza a necessidade de formação contínua dos profissionais classificadores, visando à padronização dos atendimentos e garantir o sucesso da implantação deste protocolo, pois é essencial que os profissionais estejam bem treinados e informados sobre as diretrizes do protocolo para utilizá-los corretamente. A adesão integral a estas diretrizes é fundamental para melhor aplicabilidade do PCACR, isto significa que todos os profissionais que utilizam esta ferramenta devem seguir as orientações do protocolo de forma integral.

Este estudo permite observar que, embora simples, as etapas do processo de implantação do PCACR são fundamentais para o alcance dos objetivos propostos pelo próprio protocolo, pois cada uma delas foi planejada para o sucesso do processo de classificação de risco, visando à redução de erros humanos e padronização.

É importante ressaltar que de um modo geral, a maioria dos profissionais atribui como positiva a implantação deste novo protocolo, tecendo elogios e descrevendo várias facilidades encontradas a partir do processo de trabalho por meio do PCACR, além de sentir maior segurança e confiança na hora de atribuir uma classificação ao paciente, por conta do respaldo que os profissionais têm através do protocolo.

Portanto, embora a pesquisa tenha evidenciado que os profissionais seguem as diretrizes de forma adequada, aponta-se para a necessidade de revisão periódica dos

protocolos e práticas adotadas, visando à inserção de estratégias que equilibrem segurança e personalização do atendimento, assegurando que o protocolo se mantenha atualizado e eficaz frente às demandas do sistema de saúde. Essa abordagem pode proporcionar benefícios substanciais, incluindo uma maior satisfação dos pacientes, o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e pacientes e a melhoria dos desfechos de saúde.

A Teoria do Alcance de Metas é aplicável em diversos contextos, permitindo que enfermeiros implementem cuidados baseados em evidências e priorizem a qualidade do atendimento. O processo de enfermagem de King contempla várias etapas da classificação de risco em si, desde a interação inicial na díade enfermeiro-paciente, a identificação das necessidades do paciente até a avaliação contínua do progresso em direção às metas estabelecidas, isso torna o cuidado mais centrado no paciente e adaptável às suas individualidades.

É necessário destacar que existe a necessidade de implementar algumas adaptações das metas a serem alcançadas para que o processo de implantação ocorra de forma coesa, atendendo tanto as diretrizes quanto às necessidades individuais de cada paciente.

Em suma, a presente investigação proporcionou uma visão clara sobre o quanto o processo de implantação de um protocolo ou um novo processo de trabalho pode enfrentar desafios a serem superados. Os objetivos e a pergunta de pesquisa ficam satisfeitas, na medida em que essa investigação permitiu explorar e compreender de forma clara e detalhada como se deu o processo de implantação do PCACR, percorrendo cada etapa e aspectos envolvidos, elucidando cada um destes.

Em última análise, os resultados indicam que a prática de acolhimento com classificação de risco, embora bem fundamentada, pode ser aprimorada por meio de abordagens que integrem protocolos e humanização, permitindo que os profissionais atendam de forma mais ampla às complexas necessidades dos pacientes.



## REFERÊNCIAS

- ABBÊS C.; MASSARO A. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um Paradigma**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília/DF. Série B. Textos básicos em Saúde. 1a Edição. 2004. disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 01 outubro 2024.
- ACOSTA, A.M; DURO, C.L.M; LIMA, M.A.D.S. Atividade do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n.4, p.181-190, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/23.pdf>>. Acesso em: 01 novembro 2024.
- BEATO, M. F., *et al.* **A importância da classificação de Risco em um Pronto Socorro**. UNIVAP - Universidade do Vale do Paraíba, 2011.
- BENDER, J. D., *et al.* **O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. 1-9, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19882022>. Acesso em: 15 outubro 2024.
- BRASIL. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2000.
- BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Urgência e Emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência/** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.
- BRASIL b. **Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002**. Brasília, DF: MS, 2002. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>. Acesso em: 01 outubro 2024.
- BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em:

<[http://bvsmms.saudegov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saudegov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)>. Acesso em: 18 outubro 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm). Acesso em: 19 outubro 2024.

CAMPOLINO, M. A. **Adaptação do protocolo de acolhimento com classificação de risco implantado nas unidades de pronto atendimento de Florianópolis: construção coletiva**. 2019. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215241?show=full>>. Acesso em: 25 setembro 2024.

CAMPOS, T. S. *et al.* Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 33, pp. 1-11, 2020.

CAVEIÃO, C., *et al.* **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 8, 2023. ISSN 2447-0961 SANTOS, S.C. Desafios ao enfermeiro na classificação de risco em unidade mista. *Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria*, v. 4, n.1, 2014, p. 189-196, 2014.

CELESTE, L. E. N. *et al.* Capacitação dos profissionais de enfermagem para atuar em situações de urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, e443101220521, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20521>.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 423, de 09 de abril de 2012**. Normatiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na classificação de risco. Brasília- DF. Disponível em:<<http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen>>. Acesso em: 01 setembro 2024.

Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de conselheiro Federal nº 44/2023/COFEN**. Enfermeiro. Encaminhamento de paciente sintomático, sem avaliação médica. Classificação de risco. Brasília- DF. Disponível em:<<https://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-federal-no-44-2023-cofen/#:~:text=Em%20seu%20artigo%201%C2%B0,as%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20legais%20da%20profiss%C3%A3o.%E2%80%9D>> Acesso em: 01 outubro 2024.

FEIJÓ, V. B. E. R., *et al.* **Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco.** [internet] 2015;39(106): 627-636. Disponível: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n106/627-636/pt>>. Acesso em: 25 setembro 2024.

FERREIRA, W. F. D. S. *et al.* Urgência e emergência nas dimensões da pessoa idosa: Sistema Manchester. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 6, p. 283-293, 2017.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional.** 4s ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

HELOU FILHO, E. A. H.; OTANI, N. (2007). A Utilização de Indicadores na Administração Publica: a lei no. 12.120/2002 do Estado de Santa Catarina. **Revista De Ciências Da Administração**, 9(17), 111–131. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/%x>. Acesso em: 19 outubro 2024.

HERMIDA, P. M. V. *et al.* Classificação de risco em unidade de pronto atendimento: discursos dos enfermeiros. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2017; 25:e19649. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/915683/19649-101587-1-pb.pdf>>. Acesso em: 15 outubro 2024.

JUNQUEIRA, M. da S., *et al.* (2023). A atuação do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de emergência. *Revista Contemporânea*, 3(8), 10926–10941. <https://doi.org/10.56083/RCV3N8-055>

KELLY, K. **Referring patients from triage out of emergency department to primary care settings: one successful emergency department experience.** *J Emerg Nurs*, v.20, n.6, p. 458-63, 1994.

KING, I. M. **King's Theory of Goal Attainment in practice.** *Nurs SciQ* [on-line]. 1997;10(4):180-5. Disponível em:<<https://doi.org/10.1177/089431849701000411>>. Acesso em: 19 outubro 2024.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática.** Ed. Papa-livros, Florianópolis, 1999.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

- MARTINS, C., *et al.* Comissões hospitalares: a produção de indicadores de gestão hospitalar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 97-107, jan./jun. 2012. Disponível em:  
<http://www.webartigos.com/articles/69072/1/INSTRUMENTOS-DE-GESTAO-E-QUALIDA-DE-NOS-SERVI%C3%87OS-DE-SA%C3%9ADE/pagina1.html>. Acesso em: 15 outubro 2024.
- MCEWEN, M; WILLS, E.M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed: 2016.
- MELEIS, A . I. **Theoretical nursing: development and progress**. 3. ed. Philadelphia/New York: Lippincott, 1997.
- MESSNER, P. R. **Professional model of care: using king's Theory of Goal Attainment**. Nurs Sci Q. 2006; 19(3):227-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0894318406289887>. Acesso em: 19 setembro 2024.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 2ª ed. Petrópolis: vozes, 80p. 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Indicadores de Saúde: Elementos conceituais e práticos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.
- MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. DE; PAGLIUCA, L. M. F. Alcance da teoria de king junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Revista gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.74-89, jan. 2001.
- MUSSI, R. F. F; *et al.* Pesquisa quantitativa e/ou qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, v. 7, n. 2, p. 414-430, 2019. Disponível em:<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/41193>> Acesso em: 19 outubro 2024.
- OLIVEIRA, C., *et al.* **Acolhimento e ambiência hospitalar: percepção de profissionais da saúde**. Acta Paul Enferm., v. 35, eAPE03216, 2022. Disponível em:  
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO032166>. Acesso em: 15 outubro 2024.

OLIVEIRA, P. E. P. *et al.* A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016a.

OLIVEIRA, M. P. R., *et al.* Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016b. DOI:  
<https://dx.doi.org/10.201590/1981-52712015v40n4e02492014>.

PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M.. **Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde**. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 1053–1064, out. 2015.

PEREIRA, K. C.; FERREIRA, W. F. S. Classificação de riscos no atendimento de urgência e emergência: Contribuição do Enfermeiro. **Revista Jurídica Uniandrade**, v. 1, n. 35, p. 1-12, 2020.

PINOCHET, L. H. C. **Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde**. *O MUNDO DA SAÚDE*, São Paulo, 2011; 35(4): 382-394.

SACOMAN, T.; M., *et al.* **Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência**. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 43, n. 121, p. 354-367, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <[doi.org/10.1590/0103-1104201912105](https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105)>. Acesso em: 24 setembro 2024.

SANTA CATARINA. **Deliberação 336/CIB/14, de 24 de agosto de 2014**. Protocolo Catarinense de Classificação de Risco. Florianópolis: SES, 2014. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/deliberacoes-cib/deliberacoes-2014-cib?limit=20&limitstart=180>>. Acesso em: 18 outubro 2024.

SANTA CATARINA. **Portaria SES nº 881 de 24 de agosto de 2022**. DOE/SC nº 21.844, p.14 de 26 de Agosto de 2022.

SANTA CATARINA a. **Deliberação 335/CIB/2023, de 27 de julho de 2023**. Protocolo Catarinense de Classificação de Risco. Florianópolis. Disponível em:<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2023/21625-335-27-07-deliberacao-335cib-2023-novo/file>>. Acesso em: 18 outubro 2024.

SANTA CATARINA b. **Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR)**. Florianópolis, 2023. 2ª Edição. Disponível em:

<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-urgencias-rue/protocolo-catarinense-de-acolhimento-com-classificacao-de-risco-pcacr/21765-pcacr-2-edicao-versao-online/file>>. Acesso em: 01 setembro 2024.

SANTA CATARINA c. **Manual de Implantação do Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR)**. Florianópolis, 2023. Disponível em:

<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-urgencias-rue/protocolo-catarinense-de-acolhimento-com-classificacao-de-risco-pcacr/21764-manual-de-implantacao-do-pcacr-rev-26-09-2023/file>>. Acesso em: 01 setembro 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Guia de elaboração de protocolos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1ª edição. 2021. 64 p.

SILVA, A. M. da; OLIVEIRA, M. A. de; SOUSA, A. M. de. Estrutura de sistemas abertos de Imogene King: consistência semântica do conceito percepção em estudos empíricos. Online **Brazilian Journal of Nursing**, v. 4, n. 3, p. 77-86, 2005. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453970011>. Acesso em: 01 novembro 2024.

SILVA, E. L da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. UFSC, Florianópolis, 4a. edição, v. 123, 2005. Disponível em:

<[https://tccbiblio.paginas.ufsc.br/files/2010/09/024\\_Metodologia\\_de\\_pesquisa\\_e\\_elaboracao\\_de\\_teses\\_e\\_dissertacoes1.pdf](https://tccbiblio.paginas.ufsc.br/files/2010/09/024_Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes1.pdf)>. Acesso em 19 outubro 2024

SILVA, E. A. O. *et al.* Atitudes dos profissionais da enfermagem frente ao risco de suicídio na emergência hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 7, p. 215-228, 2017.

SILVA, J. V; BRAGA, C. G. (orgs.). **Teorias de Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2011.

SOUSA, K. H. J. F., *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 2019;40:e20180263. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>>. Acesso em: 18 outubro 2024.

SOUZA, C. C., *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino- Am. Enfermagem** [online], 2011, v.19, n.1, p. 26-33. ISSN 0104-1169.

TOMASI, M; ALVES, F.L; ESPÍNDULA, B.M. Reflexão sobre a classificação de risco para os enfermeiros no atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, Goiânia, v.4, n.4, p.1-15, 2013.

VERAS, J. E. G. L. F. *et al.* Classificação de risco em pediatria: construção e validação de um guia para enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 913–922, set. 2015.

VERSA, G. L. G. S. *et al.* Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, n. 3, p. 21- 28, 2014.

VIEIRA, T. W., *et al.* Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 5, e20200050, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>. Acesso em: 19 outubro 2024.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. de; COSTA, K. F. **Protocolos em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 - Há quanto tempo você atua na classificação de risco?

---

---

---

2 - Você participou de alguma capacitação realizada pela instituição após a implantação do PCACR?

---

---

---

3 - Realizou também o curso online ofertado pelo Governo do Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria do Estado de Saúde? Se não, por quê?

---

---

---

4 - A Diretoria de Tecnologia da Informação e Governança Eletrônica (DTIG) da SES/SC criou um aplicativo para disponibilizar para as unidades beneficiárias e tornar o PCACR mais preciso na sua aplicabilidade, você possui acesso pessoal a este aplicativo? Se não, por quê?

---

---

---

5 - Qual critério você utiliza na hora de selecionar apenas um dos descritores, quando o paciente apresenta mais de uma queixa?

---

---

---



6 - Quando da utilização do fluxograma, você o utiliza partindo da prioridade máxima (vermelha) a mínima (azul) na hora de selecionar o descritor adequado? Ou realiza de outra forma? Por quê?

---

---

---

7 - Você se sente mais seguro realizando a classificação de risco por meio da metodologia do novo protocolo? Por quê?

---

---

---

8 - Quais as principais facilidades e/ou dificuldades você encontrou na utilização do novo protocolo de classificação de risco?

---

---

---

9 - Foi realizada alguma adaptação do PCACR para melhorar a aplicabilidade do protocolo? Você poderia descrevê-la?

---

---

---

10 - Você percebe maior agilidade nos atendimentos com a utilização do PCACR? Se sim, por quê?

---

---

---

11 - Existe alguma ação de monitoramento interno para avaliar se a utilização do PCACR está sendo feita corretamente? Se sim, qual?

---

---

---

12 - Você avalia a implantação do PCACR como positiva para a melhoria do fluxo de atendimentos? Por quê?

---

---

---

13 - Quais dados são coletados com o paciente (acerca dos sintomas apresentados) para a classificação de risco de adultos e crianças?

---

---

---

14 - Quais sinais vitais são aferidos para a classificação de risco de adultos e crianças?

---

---

---

## ANEXOS

## ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise da Implantação do Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco em unidades de urgência e emergência.

**Pesquisador:** DIOGO LAURINDO BRASIL

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 81358524.5.0000.5676

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.032.956

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem descritiva exploratória, baseada na teoria de análise de dados de Bardin. O estudo será realizado em dois hospitais localizados no interior do estado de Santa Catarina, um de grande e outro de médio porte. A população de pesquisa será composta por enfermeiros responsáveis pelo acolhimento com classificação de risco dos serviços de urgência e emergência dos referidos hospitais. Para atingir o propósito da pesquisa será aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas. Estima-se 30 participantes de pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral:

Analisar se a implantação do Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR) foi realizada conforme exigências do MS e SES.

Objetivos Específicos:

Observar se todas as etapas de implantação do Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR) foram cumpridas pela instituição;

Avaliar se o enfermeiro está habilitado para realizar a classificação de risco conforme o PCACR e segue seu fluxograma.

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

**Bairro:** JARDIM AMERICA

**CEP:** 89.160-932

**UF:** SC

**Município:** RIO DO SUL

**Telefone:** (47)3531-6026

**E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.032.956

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Há de se mencionar que toda pesquisa apresenta riscos e aqui não seria diferente, mas de toda forma esse estudo apresenta risco mínimo, devendo-se considerar o risco de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados. Para minimizar o risco de constrangimento, a pesquisa se dará de forma anônima, individualizada, em ambiente privativo. Para garantir o anonimato os instrumentos de coleta de dados não conterão nenhum tipo de identificação ou informação que identifique o profissional pesquisado, apenas suas respostas serão colhidas. Os instrumentos serão numerados sequencialmente e os dados serão tratados respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados. Caso seja identificado o constrangimento do pesquisado, a pesquisa será interrompida até que o risco tenha sido eliminado ou o entrevistado retire a sua participação. Os pesquisados terão ao seu dispor o serviço de psicologia do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP) da UNIDAVI, caso queiram atendimento especializado.

**Benefícios:**

Enquanto benefícios do estudo destacam-se a oportunidade de avaliar a qualidade da implantação do novo protocolo, bem como identificar as fragilidades deste processo. O estudo proporciona melhor entendimento deste processo adaptativo, podendo fornecer uma avaliação melhor dos resultados obtidos com a implantação, bem como ampliar o conhecimento da gestão acerca do andamento deste processo, fortalecendo a necessidade da utilização do PCACR.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante de cunho acadêmico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todas as pendências ponderadas pelo Comitê foram sanadas e apresentadas junto com a Carta Resposta às pendências.

**Recomendações:**

Sugere-se a publicação dos resultados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do Exposto, das pendências que foram sanadas e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS no 466 de 2012, Resolução CNS no 510 de 2016, LEI N° 14.874/2024 e Norma Operacional no 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13  
**Bairro:** JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932  
**UF:** SC **Município:** RIO DO SUL  
**Telefone:** (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.032.956

aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do Exposto, das pendências que foram sanadas e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS no 466 de 2012, Resolução CNS no 510 de 2016, LEI Nº 14.874/2024 e Norma Operacional no 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2354463.pdf	06/08/2024 05:39:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/07/2024 19:08:44	DEBORA POPENGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Debora.pdf	31/07/2024 19:07:32	DEBORA POPENGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Debora.docx	31/07/2024 19:06:42	DEBORA POPENGA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	31/07/2024 19:05:25	DEBORA POPENGA	Aceito
Outros	Carta_Resposta_as_Pendencias_29_as_sinado.pdf	31/07/2024 19:04:32	DEBORA POPENGA	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_da_equipe_de_pesquisa.pdf	01/07/2024 15:08:57	DEBORA POPENGA	Aceito
Outros	Termo_de_Utilizacao_de_dados.pdf	01/07/2024 15:08:23	DEBORA POPENGA	Aceito
Outros	Anuencia_hrav.pdf	01/07/2024 15:04:07	DEBORA POPENGA	Aceito
Outros	Anuencia_hbj.pdf	01/07/2024 15:03:51	DEBORA POPENGA	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista.pdf	01/07/2024 15:02:50	DEBORA POPENGA	Aceito
Outros	NEAP.pdf	01/07/2024 14:56:37	DEBORA POPENGA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/07/2024	DEBORA POPENGA	Aceito

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13  
**Bairro:** JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932  
**UF:** SC **Município:** RIO DO SUL  
**Telefone:** (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.032.956

Orçamento	Orcamento.pdf	14:55:19	DEBORA POPENGA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_para_pesquisa_envolvendo_seres_humanos.pdf	01/07/2024 14:54:06	DEBORA POPENGA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DO SUL, 27 de Agosto de 2024

---

**Assinado por:  
JOSIE BUDAG MATSUDA  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13  
**Bairro:** JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932  
**UF:** SC **Município:** RIO DO SUL  
**Telefone:** (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

## ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE


**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJÁ**

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**
**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CATARINENSE DE  
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, \_\_\_\_\_ residente e domiciliado

\_\_\_\_\_,  
portador da Carteira de Identidade, RG nº \_\_\_\_\_ nascido (a) em  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa “ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CATARINENSE DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O objetivo geral desta pesquisa é: Analisar se a implantação do Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR) foi realizada conforme exigências do MS e SES.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará a: Apresentar e expor como está sendo realizada a implantação do novo protocolo pela instituição e de que forma os enfermeiros estão utilizando a nova ferramenta.
3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: os enfermeiros atuantes como classificadores de risco nos serviços de urgência e emergência que passaram por treinamento institucional interno para desempenhar tal função, que estejam atuando na função por pelo menos 90 dias e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa assinando o TCLE.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de: coleta de dados através de entrevistas, mediante um instrumento de coleta de dados desenvolvido pelos pesquisadores, composto por 14 perguntas semiestruturadas, e que após a aprovação do Comitê de Ética foi validada com um profissional de enfermagem que não faz parte da amostra final, o tempo aproximado para responder o questionário será de 20 minutos. O estudo será realizado no pronto-socorro de dois hospitais na microrregião do Alto Vale do Itajaí.
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso, se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por números e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis.
6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios: a oportunidade de avaliar a qualidade da implantação do novo protocolo, bem como identificar as fragilidades deste processo. O estudo proporciona melhor entendimento deste processo adaptativo, podendo fornecer uma avaliação melhor dos resultados obtidos com a implantação, bem como ampliar o conhecimento da gestão acerca do andamento deste processo, fortalecendo a necessidade da utilização do PCACR.
7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir a vontade para



continuar. A pesquisadora se comprometerá a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde na Clínica de Psicologia do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), no município de Rio do Sul, em Santa Catarina; caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista.

8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a DIOGO LAURINDO BRASIL, responsável pela pesquisa no telefone (47) 3531-6000, ou no endereço R. Guilherme Gemballa, 13 – Jardim América, Rio do Sul – SC, 89160-932.
9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: DIOGO LAURINDO BRASIL, [diogolaurindo@unidavi.edu.br](mailto:diogolaurindo@unidavi.edu.br), (47) 3531-6000 e DÉBORA POPENGA, [debora.popenga@unidavi.edu.br](mailto:debora.popenga@unidavi.edu.br), (47) 99169-9040.
10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
13. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa na mostra acadêmica do curso de enfermagem realizada na UNIDAVI, na apresentação final do Trabalho de Conclusão de Curso em banca aberta ao público, ou na Biblioteca de Trabalhos no site <https://www.unidavi.edu.br/bibliotecatrabalhos/consultartrabalho> após aprovação.
14. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024..

---

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

---

Responsável pelo projeto: DIOGO LAURINDO BRASIL – ENFERMEIRO – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM Nº 339413. Endereço para contato: R. Guilherme Gemballa, 13 – Jardim América, Rio do Sul – SC, 89160-932. Telefone para contato: (47) 3531-6000; E-mail: diogolaurindo@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531- 6026. etica@unidavi.edu.br.

