



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DSAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO
PROFISSIONAL**

EDNEIDE BARBOSA DA SILVA

**DELIBERAÇÃO MORAL DA ENFERMEIRA FRENTE AOS PROBLEMAS ÉTICOS
VIVENCIADOS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

FEIRA DE SANTANA

2025

EDNEIDE BARBOSA DA SILVA

**DELIBERAÇÃO MORAL DA ENFERMEIRA FRENTE AOS PROBLEMAS ÉTICOS
VIVENCIADOS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Linha de Pesquisa: Avaliação e Gestão do cuidado, políticas, programas e serviços de saúde.

Orientador: Profa. Dra. Marluce Alves Nunes Oliveira
Coorientador: Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

FEIRA DE SANTANA

2025

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

S579d

Silva, Edneide Barbosa da

Deliberação moral da enfermeira frente aos problemas éticos vivenciados no acolhimento com classificação de risco / Edneide Barbosa da Silva. – 2025. 120 f.: il.

Orientador: Marluce Alves Nunes Oliveira

Coorientador: Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Feira de Santana, 2025.

1. Enfermeira. 2. Serviço de atendimento de emergência. 3. Acolhimento. 4. Deliberação. I. Oliveira, Marluce Alves Nunes, orient. II. Nascimento Sobrinho, Carlito Lopes. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU 614.5

Daniela Machado Sampaio Costa - Bibliotecária - CRB-5/2077

EDNEIDE BARBOSA DA SILVA

**DELIBERAÇÃO MORAL DA ENFERMEIRA FRENTE AOS PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Avaliação e gestão do cuidado, políticas, programas e serviços de saúde.

Aprovado em 06/02/2025

Marluce Alves Nunes Oliveira

Profa. Dra. MARLUCE ALVES NUNES OLIVEIRA
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS
(Orientadora)

[Assinatura]

Profa. Dr. CARLITO LOPES NASCIMENTO SOBRINHO
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS
(Coorientador)

Simone da Silva Oliveira

Profa. Dra. SIMONE DA SILVA OLIVEIRA
Faculdade Santíssimo Sacramento

(Titular)

Elaine Guedes Fontoura

Profa. Dra. ELAINE GUEDES FONTOURA

Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS
(Titular)

Adriana Braitt Lima

Profa. Dra. ADRIANA BRAITT LIMA
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS
(Titular)

Darci de Oliveira Santa Rosa

Profa. Dra. DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
Universidade Federal da Bahia- UFBA
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

A Deus PAI, Filho e Espírito Santo, por ter me conduzido o caminho e não me fazer desistir desse sonho.

A toda minha família por me apoiar e acreditar no meu potencial;

A meu companheiro, por toda torcida e compreensão nos momentos de ausência para dedicação a este projeto.

A minha orientadora e mentora Marluce Alves Nunes Oliveira, por sempre acreditar em mim desde quando expressei a vontade de participar da seleção do mestrado e por não me fazer desistir depois de três tentativas, por sempre me guiar para o melhor resultado, pela paciência e pela pessoa maravilhosa que é.

A meu coorientador Carlito Lopes Nascimento Sobrinho por fazer parte deste estudo e ter acrescentado conhecimento acerca da bioética clínica.

A banca examinadora, pelas orientações para o melhor resultado;

A turma 9 do Mestrado Profissional de Enfermagem da UEFS pelas trocas de experiências e companheirismo durante as aulas.

Ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES) da UEFS, em especial ao grupo de DILEMAS ÉTICOS e CONFLITOS MORAIS, pelo espaço, apoio e trocas de conhecimento.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS, que fizeram parte dessa trajetória acadêmica, buscando sempre nos proporcionar conhecimento.

As enfermeiras participantes desta pesquisa, que mesmo com as atribuições no serviço participaram com muita dedicação e desvelo.

A coordenação e diretoria do serviço, campo desta pesquisa, pelo apoio e por acreditar neste estudo.

Em especial agradeço ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por apoiar este estudo através de concessão de bolsa de estudo na modalidade de Mestrado, que foi fundamental para que esta pesquisa evoluísse da melhor forma possível.

Ao Ministério da Educação por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo bom trabalho, mantendo a qualidade de ensino no nosso país.

“As decisões prudentes não são necessariamente as mais certas. Porque, em ética, não existe certeza: há prudência ou imprudência. O objetivo da deliberação é tomar atitudes prudentes, não as decisões corretas. Posso me equivocar [...], ainda que com prudência, e salvar, apesar da imprudência”.

(Diego Gracia)

SILVA, Edneide Barbosa da. **Deliberação Moral da Enfermeira Frente aos Problemas Éticos Vivenciados no Acolhimento Com Classificação de Risco** 120 P. Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2025.

RESUMO

A classificação de risco é um dispositivo, que propõe organizar o atendimento de urgência e emergência por critério de gravidade clínica e não por ordem de chegada, bem como a conscientização do usuário e familiares que o atendimento será por ordem de urgência e tempo de espera do seu caso. Enquanto a Deliberação Moral é compreendida como um método de avaliação para facilitar a tomada de decisões efetivas diante a um problema ético vivenciado em ambiente laboral. Este estudo objetivou compreender a deliberação moral das enfermeiras frente aos problemas éticos vivenciados no Acolhimento com Classificação de Risco em unidade de pronto atendimento. Estudo qualitativo fundamentado no referencial teórico-metodológico da bioética deliberativa proposto por Diego Gracia. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o parecer nº 6760052. Participaram do estudo 08 (oito) enfermeiras que atuam em policlínica do interior da Bahia, os dados foram coletados nos meses de maio a agosto de 2024, por meio de entrevista semiestruturada e gravada após a autorização das participantes. As entrevistas levaram em média 40 minutos. No primeiro momento foi realizada a análise de conteúdo proposta por Bardin. No segundo momento foi aplicado uma vinheta com um problema ético vivenciado pela pesquisadora no ambiente laboral, relacionado a classificação de risco em unidade de pronto atendimento. Foi encontrado no primeiro momento de análise duas categorias: Classificação de risco no pronto atendimento e Vivência de problema ético no acolhimento e classificação de risco. O resultado revelou que o usuário é atendido inicialmente pela recepção da unidade, e busca-se saber sobre queixa principal e motivo que levou a procurar o atendimento. Elas compreendem que podem surgir problemas éticos durante esse processo, como os conflitos com usuários e familiares. O método da bioética deliberativa possibilitou a reflexão sobre o caso clínico e demonstra a sua importância, assim como este caso, percebe-se que problemas éticos podem emergir no ambiente laboral da enfermeira no contexto de pronto atendimento durante o Acolhimento com Classificação de Risco. Diante aos problemas éticos vivenciados por enfermeiras na classificação de riscos é necessário a deliberação moral das enfermeiras. Como produto deste estudo foi elaborado o Manual no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento com objetivo de nortear as enfermeiras no planejamento e execução das atividades de acolhimento nos serviços mediante a tomada de decisões como parte integrante do seu processo de trabalho.

Palavras-chave: Enfermeira. Acolhimento. Serviço de Atendimento de Emergência. Deliberação.

SILVA, Edneide Barbosa da. **Nurse's Moral Deliberation Faced with Ethical Problems Experienced in Reception With Risk Classification** 120 P. Dissertation [Master's]. State University of Feira de Santana, Feira de Santana, 2025.

SUMMARY

The risk classification is a device that proposes organizing urgent and emergency care based on criteria of clinical severity and not in order of arrival, as well as making users and family members aware that care will be in order of urgency and waiting time for their case. While Moral Deliberation is understood as an evaluation method to facilitate effective decision-making in the face of an ethical problem experienced in a work environment. This study aimed to understand the moral deliberation of nurses in the face of ethical problems experienced in Reception with Risk Classification in an emergency care unit. Qualitative study based on the theoretical-methodological framework of deliberative bioethics proposed by Diego Gracia. The research project was approved by the Ethics and Research Committee of the State University of Feira de Santana, under opinion no. 6760052. Eight (8) nurses who work in a polyclinic in the interior of Bahia participated in the study. Data were collected from May to August 2024, through semi-structured and recorded interviews after the participants' authorization. The interviews took an average of 40 minutes. Firstly, the content analysis proposed by Bardin was carried out. In the second moment, a vignette was applied with an ethical problem experienced by the researcher in the work environment, related to risk classification in an emergency care unit. In the first moment of analysis, two categories were found: Risk classification in emergency care and Experience of ethical problems in reception and risk classification. The result revealed that the user is initially attended to by the unit's reception, and seeks to find out about the main complaint and the reason that led to seeking care. They understand that ethical problems may arise during this process, such as conflicts with users and family members. The method of deliberative bioethics enabled reflection on the clinical case and demonstrates its importance, just like this case, it is clear that ethical problems can emerge in the nurse's work environment in the context of emergency care during Reception with Risk Classification. Faced with the ethical problems experienced by nurses when classifying risks, nurses' moral deliberation is necessary. As a product of this study, the Manual on Reception with Risk Classification in Emergency Care Units was created with the aim of guiding nurses in the planning and execution of reception activities in services through decision-making as an integral part of their work process.

Keywords: Nurse. Reception. Emergency Response Service. Deliberation.

SILVA, Edneide Barbosa da. **La deliberación moral del enfermero ante los problemas éticos vividos en la recepción con clasificación de riesgo** 120 P. Tesis [de Maestría]. Universidad Estatal de Feira de Santana, Feira de Santana, 2025.

RESUMEN

La clasificación de riesgos es un dispositivo que propone organizar la atención de urgencia y emergencia en función de criterios de gravedad clínica y no por orden de llegada, así como concienciar a los usuarios y familiares de que la atención será por orden de urgencia y tiempo de espera de su caso. Mientras que la Deliberación Moral se entiende como un método de evaluación para facilitar la toma de decisiones efectiva ante un problema ético vivido en un ambiente laboral. Este estudio tuvo como objetivo comprender la deliberación moral de los enfermeros frente a los problemas éticos vividos en la Recepción con Clasificación de Riesgo en una unidad de atención de emergencia. Estudio cualitativo basado en el marco teórico-metodológico de la bioética deliberativa propuesto por Diego Gracia. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Estadual de Feira de Santana, bajo dictamen n° 6760052. Participaron del estudio ocho (8) enfermeros que actúan en un policlínico del interior de Bahía, después de la autorización de los participantes. Las entrevistas duraron un promedio de 40 minutos. En primer lugar se realizó el análisis de contenido propuesto por Bardin. En el segundo momento, se aplicó una viñeta con un problema ético vivido por el investigador en el ambiente de trabajo, relacionado con la clasificación de riesgos en una unidad de atención de emergencia. En el primer momento de análisis se encontraron dos categorías: Clasificación de riesgo en la atención de emergencia y Experiencia de problemas éticos en la recepción y clasificación de riesgo. El resultado reveló que el usuario es atendido inicialmente por la recepción de la unidad, y busca conocer la queja principal y el motivo que motivó a buscar atención. Entienden que durante este proceso pueden surgir problemas éticos, como conflictos con los usuarios y familiares. El método de la bioética deliberativa permitió reflexionar sobre el caso clínico y demuestra su importancia, así como en este caso, es claro que pueden surgir problemas éticos en el ambiente de trabajo del enfermero en el contexto de la atención de emergencia durante la Recepción con Clasificación de Riesgo. Frente a los problemas éticos experimentados por los enfermeros a la hora de clasificar los riesgos, es necesaria la deliberación moral del enfermero. Como producto de este estudio se creó el Manual de Recepción con Clasificación de Riesgo en Unidades de Atención de Emergencia con el objetivo de orientar al enfermero en la planificación y ejecución de las actividades de recepción en los servicios a través de la toma de decisiones como parte integral de su proceso de trabajo.

Palabras clave: Enfermera. Recepción. Servicio de Respuesta a Emergencias. Deliberación.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------------|--|
| ACCR | Acolhimento com Classificação de Risco |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| BJC | Biblioteca Julieta Carteado |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| BIREME | Biblioteca Regional de Medicina |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEP | Comitê de Ética de Pesquisa |
| CEPE | Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| DM | Deliberação Moral |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MEDLINE | Literatura Internacional em Ciências da Saúde |
| MP | Mestrado Profissional |
| MS | Ministério da Saúde |
| NIPES | Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Estudos em Saúde |
| PCD | Pessoas Com Deficiência |
| POP | Protocolo Operacional Padrão |
| PPT | Produto Técnico Tecnológico |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de urgência |

| | |
|----------------|--|
| SESAB | Secretaria do Estado da Bahia |
| SCIELO | Scientific Electronic Library |
| SCR | Sistemas de Classificação de Risco |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo De Consentimento Livre e Esclarecido |
| TCE | Trauma Crânio Encefálico |
| TEA | Transtorno do Espectro Autista |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| UEFS | Universidade Estadual de Feira de Santana |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA | 11 |
| 2 APRESENTANDO O OBJETO DE ESTUDO | 13 |
| 3 O ENCONTRO DAS VOZES SOBRE A TEMÁTICA | 16 |
| 3.1O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO | 16 |
| 3.2 PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIRAS E A DELIBERAÇÃO MORA | 21 |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO DA DELIBERAÇÃO MORAL PROPOSTO POR DIEGO GRACIA | 24 |
| 5 METODOLOGIA..... | 27 |
| 5.1 TIPO DE ESTUDO | 27 |
| 5.2 CAMPO DO ESTUDO | 27 |
| 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 28 |
| 5.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 29 |
| 5.5 ANÁLISE DE DADOS..... | 31 |
| 6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 34 |
| 6.1 CARACTERIZANDO AS PARTICIPANTES..... | 34 |
| 7 COMPREENDENDO O MODO DE DELIBERAÇÃO MORAL DA ENFERMEIRA FRENTE A PROBLEMA ÉTICO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS À LUZ DA BIOÉTICA DELIBERATIVA DE DIEGO GRÁCIA | 48 |
| 8 DISCUSSÃO | 55 |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 60 |
| REFERÊNCIAS | 61 |
| APÊNDICE A- SÍNTESE DOS ARTIGOS ENCONTRADOS NAS BASES DE DADO | 66 |
| APÊNDICE B-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 68 |
| APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA | 69 |
| APÊNDICE D- MANUAL DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PRONTO ATENDIMENTO | 71 |
| ANEXO A- ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE | 116 |
| ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA..... | 117 |

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

A minha trajetória com a temática ética e bioética teve início na graduação em Enfermagem, no componente curricular Bioética e Deontologia na Enfermagem, na Faculdade Anísio Teixeira no município de Feira de Santana/BA, em 2014. Ao longo do semestre despertou-me a vontade de aproximar da temática ética, em especial os problemas morais, por meio de situações refletidas durante as aulas; ainda como graduanda em Enfermagem, atuei como bolsista em instituição de saúde privada, especializada no aparelho digestivo, por quatro anos (2014 a 2018), e, foi nessa vivência que pude observar situações de problemas éticos e deliberação moral da enfermeira, o que me levou a querer aprofundar esta temática.

Após quatro anos tive à oportunidade de atuar, como enfermeira assistencial, em unidade de pronto atendimento - Policlínica, distrito do município de Feira de Santana-Bahia, de 2020 até a presente data. Nessa unidade é utilizado o Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), da Política Nacional de Humanização (PNH) ou humaniza SUS. Esse protocolo é realizado por meio de processo de realização de uma ficha de atendimento do usuário que procura o serviço, logo após é encaminhado para sala de triagem ou sala de ACCR, lá é realizado pela enfermeira por meio da mensuração de sinais vitais e escuta das queixas principais, com os dados é classificado o risco do usuário de acordo a gravidade em - VERMELHO, AMARELO, VERDE OU AZUL.

O Humaniza SUS trabalha integrando trabalhadores, usuários e gestores no que se refere à produção e gestão do cuidado à saúde, acolher e reconhecer a necessidade de saúde do usuário e suas reais demandas conforme sua singularidade (Brasil, 2015).

De acordo com Brasil (2009) a classificação de risco é um dispositivo, que propõe organizar o atendimento de urgência e emergência por critério de gravidade clínica e não por ordem de chegada, além de outros objetivos, como: deixar o usuário e familiares cientes que o atendimento será por ordem de urgência e tempo de espera do seu caso.

A PNH, instituída no Brasil, tem por pressuposto reorganizar o Sistema Único de Saúde-SUS, já vigente para humanizar as relações entre a tríade: profissionais, usuários e gestores; nessa perspectiva são utilizadas tecnologias de trabalho que servem como ferramentas para construção de redes de serviços dentre as quais se destaca o ACCR (Sampaio *et al.*, 2022). Assim, o acolhimento é organizado a fim de que os usuários com sinais de gravidade tenham prioridade no atendimento.

Para Vitória (2021), o ACCR tem como prioridade atender em urgência e emergência, respaldada por critérios para identificar as prioridades dos usuários e não simplesmente a ordem

de chegada. Importante ressaltar que a classificação dos usuários é estabelecida no momento da triagem pela enfermeira, por meio da identificação da queixa principal; fluxograma específico; história clínica e sinais e sintomas apresentados (Brasil, 2002). Assim, o acolhimento é organizado a fim de que os usuários com sinais de gravidade tenham prioridade no atendimento.

Conforme Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Nº 661/2021^a, no Art. 1º, é ação privativa da enfermeira, “No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa da Enfermeira observada disposições legais da profissão (Conselho Federal de Enfermagem, 2021). Percebe-se a responsabilidade da enfermeira que atua em unidade de pronto atendimento e muitas vezes a incerteza para deliberar, pois ocorrem situações complexas e eticamente problemáticas.

A Deliberação Moral (DM) é compreendida como um método de avaliação para facilitar a tomada de decisões efetivas (Gracia, 2016).

Nesse contexto, essas situações levam a Enfermeira a buscar por meio dos princípios éticos e legais, exercer sua autonomia e tomar decisões. Portanto, é de responsabilidade da Enfermeira deliberar a classificação de risco daquele usuário, e a depender da sua decisão impactará diretamente no quadro de saúde, tanto para recuperação como o agravo.

Outra situação diz respeito à enfermeira ao classificar o usuário como vermelho (atendimento imediato), ou amarelo (atendimento semi-imediato), e pela estrutura inadequada em unidades de pronto atendimento, no que concerne a falta de leitos de estabilização, encontra-se diante de situação que exige deliberação moral.

2 APRESENTANDO O OBJETO DE ESTUDO

Para realizar a busca e examinar os principais focos dos temas abordados, a fim de promover a visibilidade ao estudo pretendido, buscou-se realizar o estado da arte, que para Cavalcante e colaboradores (2020), ocorre por meio de processo esquematizado de produção acadêmica existente.

O estado da arte se constituiu por meio de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) de publicações nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), *Scientific Electronic Library* (SCIELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Buscou-se nas seguintes bases de dados: BVS, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e PubMed. Os descritores utilizados foram “ética em Enfermagem”; “triagem” e “emergência”; e “deliberação”, com o conector booleano *and* e recorte temporal de 2018 a 2023, artigos em inglês, português e espanhol;

Na BVS foram encontrados nove (09) artigos, após a leitura dos títulos dois (02) eram duplicados, excluído um (01), restando oito (08) artigos, após leitura dos títulos e resumos três (03) desvelaram aproximação com a temática e objeto de estudo.

Na base de dados CAPES, com descritores “ética em Enfermagem”, “triagem” e “emergência”; “deliberação” com o conector booleano *and* e recorte temporal de 2018 a 2023, não foram encontrados estudos, quando colocado “ética em Enfermagem” *and* “deliberação”, resultou em quinze (15) artigos que após leitura dos títulos e resumos não tinham aproximação com a temática estudada e objeto de estudo. Entretanto, na base de dados da Pubmed com os descritores foram encontrados seis (06) artigos, após leitura dos títulos, resumo e objetivo foram reduzidos a dois (02) artigos que se aproximavam da temática.

Ademais, esses estudos tratam da temática ACCR, porém nenhum descreve sobre os problemas éticos e deliberação moral das enfermeiras no ACCR ele possibilitará refletir sobre a temática no meio acadêmico e profissional, a qual poderá favorecer e desvelar os problemas éticos vivenciados pelas enfermeiras, proporcionando o conhecimento e a deliberação moral fundamentadas nos princípios éticos e legais.

A Unidade de pronto atendimento é considerada crítica por ter quer promover atendimento rápido, ágil e sistematizado a fim de reduzir número de óbitos e complicações aos seus usuários, sendo assim componente chave para a assistência à saúde no Brasil (Zambonin *et al.*, 2019). Na unidade de urgência e emergência os problemas éticos podem ser vivenciados

por enfermeiras que utilizam o ACCR, e tem se constituído interesse para estudos, devido aos avanços das tecnologias na área de saúde que propicia a vivência de situações éticas que exige deliberação moral, por isso urge aprofundar refletir e discutir sobre esta temática.

O ACCR é utilizado na prática por equipe multiprofissional, porém é a enfermeira indicada para a avaliação do quadro clínico do usuário, pois apresenta habilidades de comunicação e avaliação em conjunto com o conhecimento dos princípios ético-legais e técnico-científicos (Campos *et al.*, 2020). Portanto, é considerado processo de trabalho da competência da enfermeira, no qual identifica os usuários de acordo com a gravidade, para tanto é necessário o conhecimento científico e postura ética, principalmente diante aos problemas éticos.

Conforme Resolução COFEN N° 661/2021, no Art. 1º, é ação privativa da enfermeira, “No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa da Enfermeira observada às disposições legais da profissão” (Conselho Federal de Enfermagem, 2021). Percebe-se a responsabilidade da enfermeira que atua em unidade de urgência e emergência e como fica vulnerável a vivenciar problemas éticos.

Considera-se que a diretriz da PNH, que faz parte do ambiente de trabalho da enfermeira e relaciona-se à escuta do usuário e suas queixas no momento, reconhecimento do seu processo de adoecimento, e responsabilidade pela resolução, isso com conhecimentos específicos (Vitória, 2021). Dessa forma, o acolhimento exige na coordenação cuidado responsável e resolutivo, com objetivo de romper e eliminar barreiras que interferem o acesso da população aos serviços de saúde e através da classificação de risco busca-se efetivar a equidade (Campos *et al.*, 2020).

Diante da necessidade de implantação da classificação de risco nas unidades de saúde brasileiras, o COFEN, por meio da Resolução n° 423/2012 estabeleceu competências e habilidades capazes de garantir o rigor técnico-científico do procedimento (Pereira; Ferreira, 2020). A atuação da enfermeira, muitas vezes considerada a principal responsável pelo sucesso da classificação de risco é essencial para orientar a avaliação do profissional, porém, sua implementação eficaz depende de redes de ajuda estruturadas e organizadas, capaz de garantir a continuidade e ajudar outros serviços de saúde quando necessário (Hermida *et al.*, 2018). Entretanto, pode acontecer de não ser possibilitado estrutura adequada para promover e garantir qualidade na assistência.

Para Sampaio e colaboradores (2022), pode ocorrer insatisfação dos usuários durante o processo de ACCR. Assim, as insatisfações podem desencadear situações na prática das

enfermeiras da unidade de urgência e emergência, quando tomam decisões que vão de encontro aos seus princípios éticos e morais.

Desde as origens milenares da cultura ocidental, o problema ético foi abordado, na procura por um fundamento de justiça, esses problemas éticos não se qualificam como verdadeiro e falso e atualmente onde se encontram as ciências que estudam o processo de conhecimento humano, os problemas éticos não podem ser verificados pela lógica racional (Adeodato, 2021).

Nesse contexto, Mendes e colaboradores (2021) afirmam que a reflexão ética do ser humano é contínua e constante que diz respeito a seus atos e ações, e a enfermeira vivencia, no seu processo de trabalho, por isso deve ter autonomia e conhecimento para agir diante dos problemas éticos. A decisão errada pode acontecer, pois é uma ação humana e o ser humano está sujeito a errar. Porém, quando se trata de atendimento de enfermagem, ressalta-se a bioética e os erros não devem acontecer.

Diante dessa realidade, é importante que a enfermeira tenha autonomia para deliberar ao emergir os problemas éticos nas unidades de pronto atendimento.

Diante do exposto emergiu a questão de investigação: Como as enfermeiras deliberam frente aos problemas éticos vivenciados no ACCR em unidade de pronto atendimento?

Diante da resposta foi definido como objetivo deste estudo como a Enfermeira delibera frente aos problemas éticos vivenciados no ACCR em unidade de pronto atendimento. Outra possibilidade do estudo é conhecer o que leva as enfermeiras a vivenciarem problemas éticos no processo de ACCR, bem como utilizar os protocolos existentes que direcionam a assistência ética e de qualidade.

3 O ENCONTRO DAS VOZES SOBRE A TEMÁTICA

Neste capítulo será apresentado o encontro das vozes que se caracteriza pela discussão acerca da temática que se baseia na argumentação de autores possibilitando conhecimento e fundamentação de pesquisa, discussão ou estudo. A busca pela literatura consiste numa revisão sobre o tema.

A revisão de literatura consiste em um processo de investigação mais aprofundado (Vitória, 2021). Sendo assim, serão abordados os três subcapítulos: Acolhimento e classificação de risco em unidade de Pronto Atendimento; Problemas éticos vivenciados por Enfermeiras e a Deliberação Moral.

3.10 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Os primeiros Sistemas de Classificação de Risco (SCR) ou triagem surgiram no século XVIII, ligados a operações militares, nos quais os soldados eram atendidos no grau de risco de morte a receberem os primeiros atendimentos no próprio campo de batalha, mas somente na década de 1960 é que outros tipos de triagem tiveram protagonismo no que se refere à atenção em saúde; onde estes possuem estratégias para avaliação de grau de risco de urgência e emergência. Assim, uma classificação de risco organizada se constitui uma ferramenta útil, pois possibilita que usuários com maior grau de sofrimento sejam priorizados no atendimento de urgência e emergência (Sacoman *et al.*, 2019).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 2009, o programa ACCR, que inclui um processo dinâmico de identificação e priorização do atendimento, destinado a diferenciar casos críticos e de não críticos (Campos *et al.*, 2020).

Importante ressaltar que a classificação de risco vem sendo utilizada em vários países, como a Austrália, Espanha, Reino Unido e Canadá como ferramenta ordenadora do fluxo de usuários desde 2001, e no Brasil, para essa classificação seja utilizada foram criados diversos protocolos, que têm por objetivo atendimento imediato e acolhimento daqueles usuários que necessitam de prioridade adaptados com critérios de urgência e emergência (Secretaria do Estado da Bahia, 2017).

O Hospital Municipal de Paulínia, na capital de São Paulo, em 1993, foi a primeira unidade de saúde no Brasil a implementar o ACCR, por iniciativa do diretor técnico administrativo Adail Rollo, juntamente com o Dr. Flávio César de Sá, médico docente da

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que trouxe o protocolo canadense, adaptando-o à realidade local (Vitória, 2021).

A unidade de urgência e emergência constitui-se como setor crítico que requer atendimento rápido, ágil e sistematizado, a fim de reduzir o número de óbitos e complicações aos seus usuários, sendo uma componente chave para a assistência à saúde no Brasil (Zambonin *et al.*, 2019).

O atendimento de urgência/emergência é considerado diferenciado da atenção à saúde em que as decisões são tomadas, na maioria dos casos, em curto espaço de tempo. Assim, o serviço de atendimento de urgência do SUS, que por vezes apresenta altas demandas e superlotação, dificulta a priorização do atendimento (Campos *et al.*, 2020).

A Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017, disponibiliza que “Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde”, no Capítulo I, inciso V, considera classificação de riscos como “ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiras) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do usuário e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes” (Brasil, 2017).

No Brasil, a classificação de risco mais utilizada é o Protocolo de Manchester, que usa o sistema em cinco cores, que são: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. A cor vermelha corresponde os casos mais graves, e a azul, o menos graves, é utilizado em diversas instituições pelo mundo, como clínicas particulares e hospitais. Os critérios da classificação de risco em cores são: dor, sinais vitais, pressão, sintomas, entre outros (Brasil, 2021). Sabe-se que “O Protocolo de Manchester foi implantado inicialmente no *Manchester Royal Infirmary*, na cidade de Manchester (1997), e, desde então, é adotado como protocolo padrão em vários hospitais do Reino Unido” (Sacoman *et al.*, 2019).

Considera-se a classificação de risco uma ferramenta para organizar a lista de espera e propor ordem de atendimento diferente da ordem de chegada, tem ainda outros objetivos importantes, como: garantir atendimento imediato aos usuários com alto nível de risco, informando ao usuário que não está em risco imediato, bem como aos seus familiares, sobre o provável tempo de espera; a PNH, por si só, não garante a melhoria e qualidade do cuidado que são necessárias pactuações internas e externas dentro dos territórios nas redes de atenção à saúde (Brasil, 2015).

O Protocolo de Classificação de Risco do MS é uma ferramenta importante, mas sabe-se que não é suficiente, pois não foi elaborada para capturar aspectos subjetivos, emocionais, sociais, cultural, porque a avaliação do risco e a vulnerabilidade de todos não pode substituir interação, diálogo, escuta, respeito, para classificação de risco são utilizados quatro níveis de cores, do mais grave ao menos grave vermelho, amarelo, verde, azul (Brasil; 2021).

O acolhimento expressa aproximação e inclusão em relação a algo ou alguém; a PNH preconiza o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS; ética no que se refere ao compromisso com o outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida (Brasil, 2015).

O protocolo deve ser apropriado por toda a equipe que atua na urgência: enfermeiras, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais, funcionários administrativos; O documento deve explicitar de forma clara qual o risco é classificado recomenda-se identificar a classificação na ficha de atendimento e não diretamente no usuário (pulseira, por exemplo), uma vez que a classificação não é permanente podendo mudar decorrente de alterações do estado clínico e de reavaliações (Brasil; 2021).

A Figura 01, corresponde ao sistema de cores e tempo de atendimento para cada caso atendido na urgência e emergência.

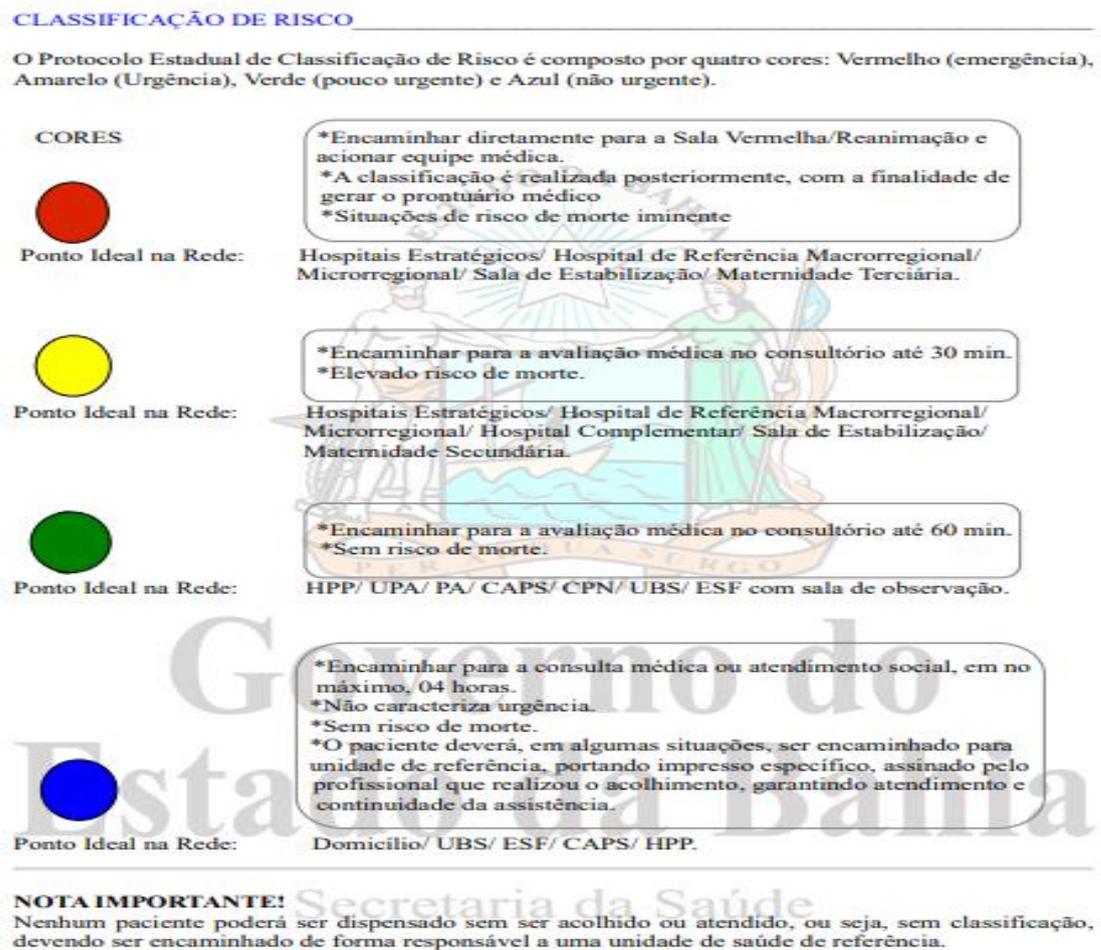


FONTE: Brasil (2021).

No estado da Bahia, em instância de governo estadual, o ACCR é instituído através do Protocolo Estadual de Classificação de Risco /Secretaria do Estado da Bahia (SESAB), visto que o próprio visa direcionar os gestores dos diversos pontos de atenção no processo de implantação da classificação de risco. O protocolo estadual foi criado baseado no Protocolo de Manchester®, sendo adaptado para 04 (quatro) cores: azul, verde, amarelo e vermelho. Com embasamento no perfil epidemiológico do Estado da Bahia.

Essa ferramenta descreve indicadores que visam classificar o risco de acordo com a queixa/evento/sintoma com graduando a prioridade clínica em uma das quatro cores: vermelho, amarelo, verde ou azul (Secretaria do Estado da Bahia, 2017).

Figura 02 - Sistema de cores e fluxograma conforme Protocolo estadual da Bahia.



Fonte: Secretaria do Estado da Bahia (2017).

As Policlínicas são Unidades de saúde que realizam atendimento, de acordo com a Portaria nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002, as policlínicas são estruturas de

complexidade intermediária entre a atenção primária à saúde e as unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige ao pronto socorro, além do objetivo de melhorar os fluxos da urgência (Brasil; 2002).

Na esfera municipal, de Feira de Santana-BA, existem UPAS 24h e Policlínicas que foram implantadas mesmo antes das UPAS, com o perfil de atendimento de um pronto atendimento de 24 horas, com o objetivo de atender às demandas de urgência e emergência no município a mesma utiliza os protocolos conforme preconiza a PNH (Brasil, 2011), seguindo o Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco do Ministério da Saúde (Prefeitura Municipal de Feira de Santana, 2014).

Sendo assim, a classificação de risco é de responsabilidade da enfermeira e ocorre durante a primeira etapa do processo assistencial, com queixa principal do usuário e com base em critérios pré-estabelecidos. Porquanto, a atuação da Enfermeira, muitas vezes considerada a principal responsabilidade pelo sucesso da classificação de risco é essencial para orientar a avaliação do profissional, porém sua implementação eficaz depende de redes de ajuda estruturadas e organizadas, capazes de garantir a continuidade e ajudar outros serviços de saúde quando necessário (Hermida, *et al.*, 2018).

Diante da necessidade de implantação da classificação de risco nas unidades de saúde brasileiras, o COFEN, por meio da Resolução nº 423/2012, “Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeira na atividade de classificação de riscos” (Conselho Federal de Enfermagem, 2012, p. 01). Essa resolução foi atualizada por meio da Resolução COFEN nº 661/2021 que dispõe sobre a realização da ACCR, a Enfermeira de ser submetida a treinamento com protocolo específico adotado na instituição, além de sala ambientada e recursos disponíveis para este fim (Conselho Federal de Enfermagem, 2021).

O COFEN (2021) traz ainda que deve haver um tempo estipulado de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, visando garantir a segurança do usuário e profissional. A Enfermeira responsável pela classificação de risco, não deve exercer outras atividades ao mesmo tempo em que classifica.

É importante ressaltar que no Art. 3º, da Resolução COFEN Nº 661/2021, o ACCR deve ser feito com base no processo de enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução COFEN nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS (Conselho Federal de Enfermagem, 2021).

3.2 PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIRAS E A DELIBERAÇÃO MORAL

No Brasil, as proposições que surgiram com a reforma sanitária e o SUS mudaram a produção em saúde, de acordo com o que a sociedade necessitava e com o avanço das tecnologias do cuidado. Nesse sentido, é necessário que a Enfermeira tenha habilidade de reflexão, de relação e competências técnicas, éticas e humanas; essas habilidades estão relacionadas com o cuidado em enfermagem, sendo que o pensamento crítico, que consiste em refletir sobre qualquer tema e ter a capacidade de julgar, analisar e determinar as melhores decisões efetivas, se faz importante na prática de enfermagem, justificando a condução os melhores diagnósticos de enfermagem (Luiz *et al.*, 2020).

A ética é muito importante na formação dos profissionais de saúde, sendo um dos princípios fundamentais que estão descritos na resolução do Conselho Federal de Enfermagem, pois dispõe que a Enfermeira atue de acordo com preceitos éticos e legais, exercendo os princípios da ética e da bioética (Oliveira; Coelho; Moraes-Partelli, 2023).

Cabe salientar que são essenciais que sejam investidos ainda na formação da Enfermeira ainda na graduação, para promover segurança a ela, além de apoio das instituições para aqueles já inseridos no mercado de trabalho (Menegon, *et al.*2022).

A Enfermeira, em sua prática, precisa aliar-se aos conhecimentos científicos, tecnológicos, humanos e éticos para a promoção do cuidado do usuário que será submetido ao atendimento de saúde em unidade de pronto atendimento. Ela fica vulnerável ao vivenciar problemas éticos.

O processo de decisão está relacionado à boa comunicação em local que proporcione a organização; esses contribuem para decisões coerentes e mais assertivas, em cenários atuais e com grande movimentação (Menegon *et al.*, 2022).

Para Melo e colaboradores (2020, p. 03),

A profissão de enfermagem, o direcionamento de uma decisão deve partir à luz do Código de Ética da Profissão de Enfermagem (CEPE), de modo que esse possa refletir acerca das regras, os deveres e obrigações, ou seja, o que é preciso fazer, respeitando os princípios da bioética da autonomia, beneficência, não maleficência e a justiça.

A deliberação é considerada “[...] como um julgamento intelectual seletivo, quando se é apresentado a várias possibilidades que podem consistir em diversas variáveis, e que,

usualmente, pode conduzir à definição de um determinado modo de agir ou de uma ideia” (Silva; Simões; Andrade, 2021 p. 11). Ressaltam que a deliberação moral não é um processo que surgiu na modernidade, mas que está na sociedade há séculos (Silva; Simões; Andrade; 2021).

De acordo com Menegon e colaboradores (2022) a deliberação é resultado de situações que trazem dúvidas a partir de problemas que exigem resoluções. Nesse sentido, pode ser definida como gerenciamento de uma escolha para determinada ação, como um ato de ordem cognitivo. Ainda de acordo com o autor, o termo está ligado à autonomia, empoderamento e liderança, definindo autonomia entre enfermeiras e gestores de saúde para deliberação moral no ambiente de trabalho (Menegon *et al.* 2022).

Ressaltam que a deliberação moral não é um processo que surgiu na modernidade, mas que está na sociedade há séculos (Silva; Simões; Andrade; 2021).

Para Zoboli (2017), a deliberação moral consiste em um meio sistematizado e contextualizado de análise dos eventos vivenciados, acontecimentos históricos e culturais ao cabo do qual é possível explicar, argumentar e justificar as eleições morais feitas.

Nesse contexto, o ACCR também poderá ser o instrumento para direcionar o fluxo do usuário no serviço de saúde em unidades de pronto atendimento, promovendo o cuidado resolutivo, ético e humanizado. Estudo realizado por Vitória (2021) demonstra que na classificação de risco, podem surgir problemas éticos.

A Enfermeira nestes casos deve analisar entre seguir o ACCR ou levar em consideração as questões humanas e éticas. Então questiono o que deve ser feito nessa situação? A ação de deliberar sobre um conflito ético, os processos de evolução das decisões fazem sobressair uma ação racional e importante. Torna-se necessária a dúvida, a ocorrência de reflexão dos valores morais individuais e do coletivo quando no momento da ação, para fazer emergir a prática da Bioética Deliberativa (Oliveira *et al.*, 2021).

Os desafios enfrentados pelas Enfermeiras no ACCR, no serviço de pronto atendimento, estão relacionados a problemas de estrutura e recursos materiais, déficit de conhecimento e informação da população sobre a relevância da classificação de risco, ausência de capacitação profissional, alta demanda de atendimento para apenas uma Enfermeira, e reclamações dos usuários e acompanhantes pelo tempo de espera longo (Vitória; 2021).

Nesse contexto, estudo de Vitória (2021) aborda que nos serviços de emergência investigados, o ACCR ainda não contempla o que pede a humanização propostos pelo MS, precisando de melhorias no que concerne a sinalização do ambiente, atuação dos trabalhadores

conforme a proposta do acolhimento com classificação de risco, conforto aos usuários e funcionamento dos mecanismos de contrarreferência.

Podem ocorrer situação de, ao admitir o usuário na unidade de pronto atendimento, agravarem o quadro por déficit de recurso, demora de atendimento ou falta de SAMU para remoção deste, bem como a escassez de leito em unidade de alta complexidade, podendo agravar o quadro do usuário.

Em unidades de pronto atendimento, não se dispõe de estrutura de alta complexidade. Nesse sentido, ao chegar o usuário com traumas graves, ao admiti-lo, a Enfermeira e o médico plantonista se veem em uma situação em que a família não quer aguardar a regulação e transferência para uma unidade hospitalar, pela demora que pode ocorrer nesse processo. E os mesmos, por conseguirem transporte, querem levar por conta própria. Nesse contexto, existe tanto a possibilidade de agravamento deste usuário no percurso quanto o agravamento na unidade por não dispor de estrutura.

Além disso, o déficit de orientação ou entendimento, os usuários com demandas ambulatoriais buscam o serviço de pronto atendimento. Seguindo o protocolo, eles são classificados com prioridade azul e, devido à alta demanda das urgências, esperam muito tempo para serem atendidos. Nessas situações, a Enfermeira tem que decidir entre referenciar esse usuário para uma Unidade de Saúde da Família (USF) ou mantê-lo na unidade para aguardar atendimento.

Percebe-se que, os usuários não buscam a USF, por ficar migrando de uma unidade a outra, por ora invadem a sala de triagem da unidade pela demora no atendimento. Nesse sentido, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), deve estar interligada, para que o encaminhamento seja ideal para a demanda deste usuário, seja Unidade Básica de Saúde (UBS), policlínicas, UPA ou hospitais (Vitória; 2021).

Faz-se necessário o uso de práticas deliberativas para que haja implementação de métodos que possam desenvolver habilidades éticas na prática da Enfermeira e, ao mesmo tempo, possam reforçar o diálogo entre usuário e Enfermeira e a diminuição de ocorrência de problemas morais entre as Enfermeiras (Oliveira *et al.*, 2021).

Assim, a deliberação moral por ser um julgamento intelectual seletivo, considera-se importante na condução de problemas éticos vivenciados por Enfermeiras na prática em unidade de pronto atendimento frente a ACCR.

4 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO DA DELIBERAÇÃO MORAL PROPOSTO POR DIEGO GRACIA

Para o presente estudo, foi eleito o modelo de DM proposto por Dr. Diego Gracia, nascido em Madrid, em 21 de maio de 1941, formou-se em Medicina em 1970 pela Universidade de Salamanca com Prêmio Extraordinário. Foi aluno Interno por oposição da Cadeira de Psiquiatria, doutor em 1973, pela Universidade Complutense de Madrid e diploma em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade de Salamanca, Especialista em Psiquiatria e ampliou seus estudos em Nassau, Heidelberg, Paris e em diversos centros nos Estados Unidos (Entralgo, 1990).

Conforme Entralgo (1990), Diego Gracia atuou como Professor Associado de História da Medicina (Antropologia Médica) em 1978 e, desde 1979, como professor de História da Medicina na Universidade Complutense. Foi vice-reitor da mesma faculdade de 1981 a 1983, diretor do Mestrado em Bioética da UCM e diretor da Fundação Xavier Zubiri; além de presidente do Conselho Curador da Fundação de Ciências da Saúde e diretor do seu Instituto de Bioética.

Diego Gracia publicou, artigos, capítulos de livros e livros como: 'Teologia e medicina na obra de Miguel Servet' (1981), 'Ética da qualidade de vida' (1984), 'A verdade vai. Ler Zubiri' (1986), 'História da medicina' (1987), 'Fundamentos de bioética' (1989), 'Primum non nocere: O princípio da não maleficência como fundamento da ética médica' (1990), 'Procedimentos de decisão em ética clínica' (1991), 'Ética e vida: Estudos em bioética' (4 vols, 1998), 'Medice, cura te ipsum: Sobre a saúde física e mental dos profissionais de saúde' (2004), 'Como arqueiros no alvo: Estudos em bioética' (2004) (Entralgo, 1990).

O método DM ressalta as singularidades das situações, sem deixar de ressaltar as questões referentes às obrigações éticas, visto que vincula as partes necessárias para uma visão mais ampla das experiências ou dos problemas avaliados (Gracia, 2016).

De acordo com Jesus (2023, p. 23),

O procedimento para a deliberação deve passar pelos 09 passos a seguir: 1) Apresentação do caso; 2) Discussão dos aspectos clínicos; 3) Identificação dos problemas éticos; 4) Problema ético escolhido; 5) Determinar os valores em conflito; 6) Identificar os cursos de ação extremos; 7) Buscar os cursos de Ação Intermediários; 8) Analisar os cursos de Ação Ótimo; 9) Decisão Final e 10) Utilização das provas de consistência para amparar a decisão realizada.

Por se tratar de um método, a DM é constituída como um procedimento de análise para a tomada de decisões práticas. Está estruturada nas seguintes fases: Primeira fase - Apresentação do caso clínico e discussão dos aspectos clínicos e éticos do caso; segunda fase - Identificação dos problemas morais apresentados; eleição do principal problema moral; identificação dos cursos de ação possíveis (extremos, intermediários e ótimos); terceira fase - Deliberação sobre o curso de ação ótimo; decisão final (Santos *et al.*, 2021).

Uma opção que pode ajudar Enfermeiras a tomar decisões ancora-se na análise da situação, utilizando-se como ferramenta para a deliberação moral; essa é uma ação que está envolvida não só pelo conhecimento técnico-científico, mas também por elementos subjetivos, nem sempre a decisão tomada constitui a melhor opção, quando avaliada sob outros aspectos que não os utilizados por quem analisou o conflito (Luz *et al.*, 2019).

Esse percurso permite que, diante de um problema ético, seja necessária investigação sobre os fatos, valores e deveres, a fim de deliberar a ação que traga resolução sobre a situação em questão. A partir da DM, é possível aumentar a incerteza dos profissionais para tomar uma decisão ética, pois a abordagem apropriada da complexidade de situações eticamente problemáticas permite ponderar as circunstâncias específicas de cada caso; os resultados alcançados fazem parte de um processo que precisa sempre ser reavaliado e por consequência, passível a mudanças, e que requer revisões e retomadas (Santos *et al.*, 2021).

A DM, método proposto por Gracia, possibilita receber a demanda das pesquisas em bioética e trazer a perspectiva empírica com a normativa na construção do conhecimento, contribuindo para que o pesquisador descreva criticamente os resultados encontrados, com o intuito de propor cursos de ação para a prática (Santos *et al.*, 2021).

Diversas situações que envolvem problemas éticos são desafiadoras para a prática profissional, de difícil condução, porque são difíceis de conduzir e trazem insegurança e dúvidas, gerando comprometimento no interesse e no bem-estar da pessoa ou da família, além de afetar a conduta do profissional, possibilitando vários cursos de ação para sua solução, o que demanda posicionamento moral deliberado para alcançar a decisão mais razoável (Ferraz; Brito, 2022).

Nesse contexto Enfermeiras precisam desenvolver a competência ética, necessária para lidar com os problemas éticos no processo de cuidar de usuários em unidades de urgência e emergência. De acordo com Ferraz e Brito (2022), a deliberação moral tem influência em múltiplas dimensões que estão ligadas ao conhecimento e à experiência profissional; protocolos institucionais; características organizacionais; códigos de ética e leis do exercício profissional; comunicação; colaboração interprofissional; e intuição. A experiência da moralidade pode

trazer consigo o sofrimento para o profissional quando há impossibilidade de exercer a deliberação, sendo fonte de construção de sujeitos e identidades, o que pode repercutir significativamente sobre a prática profissional.

Ressalta-se a importância de utilizar a deliberação moral como ferramenta no processo de análise de situações e de tomada de decisões, objetivando buscar resoluções concretas e prudentes, já que possibilita que as Enfermeiras desvelam as lacunas na compreensão de um problema ético e percebam as diferenças de valores e deveres entre os envolvidos. (Luz *et al.*, 2019).

É importante ressaltar a necessidade de qualificar as equipes de forma permanente na rotina do trabalho, como previsto no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e na Portaria n. 2048, do MS. Essa norma oferece opções para a possível prática deliberativa, que faz a autoavaliação profissional e a autoeducação necessárias para a condução de problemas éticos que emergem nos cenários práticos (Oliveira *et al.*, 2021). No entanto, nas perspectivas das Enfermeiras que vivenciam a deliberação moral, surge um cenário concreto de conflitos, que consagra uma distância dos atores sociais envolvidos (Oliveira *et al.*, 2021).

Neste contexto, o estudo da deliberação moral possibilitará reflexões sobre as experiências morais e éticas por Enfermeiras, frente aos problemas éticos no cotidiano assistencial, e nas relações sociais e a dimensão de cuidado, em um local de trabalho que envolvem problemáticas e situações adversas, em especial no ACCR.

5 METODOLOGIA

Método significa seguir um plano, organizar, sistematizar, técnica e procedimento. Dessa forma, a metodologia visa definir o tipo de pesquisa científica com andamento do pensamento científico, em dado momento histórico, vale ressaltar que o conhecimento científico não vem do senso comum e sim o oposto (Silva; Paiva, 2022).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo, fundamentado no referencial teórico-metodológico da bioética deliberativa proposto por Diego Gracia. Para Minayo (2014, p. 57), a pesquisa qualitativa “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam”.

5.2 CAMPO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Feira de Santana/BA, situada a 118,4 km da capital, Salvador, e é o principal entroncamento rodoviário deste estado. A população de Feira de Santana é de 657.948 habitantes no ano de 2024, continuando a ser a segunda cidade mais populosa do estado e a maior cidade do interior nordestino em população (IBGE, 2022).

O campo faz parte das Redes de Atenção à Saúde do município de média complexidade, atendendo toda a população do distrito de Humildes e proximidades, além da população em trânsito, pois se localiza próximo às margens da BR 101 e BR 324, ficando a 17 km do centro da cidade de Feira de Santana/BA.

A Policlínica que tem por missão: atender ao usuário do SUS com quadros clínicos agudos de qualquer natureza, prestar apoio às unidades básicas de saúde e saúde da família, reduzir a sobrecarga dos hospitais mais complexos que atualmente respondem a esta procura, ser um local de estabilização de usuários críticos para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, ser um local de saúde do sistema e da população, apoiando o desenvolvimento de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviços que contribuam

para a avaliação e planejamento do atendimento emergencial (Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA, 2023).

Sua estrutura possui uma sala de triagem de ACCR, uma Sala vermelha e de estabilização, uma sala de sutura e curativo, uma recepção, uma sala de espera dos usuários, uma enfermaria pediátrica e isolamento com um leito, enfermaria masculina com dois leitos, enfermaria feminina com dois leitos, um consultório médico, um posto de enfermagem e sala de medicação, uma sala de assistência social, sala de coleta de exames laboratoriais, dois banheiros um para usuários com chuveiro e outro para funcionários, um banheiro só para banho de funcionários, um conforto para médico e equipe de enfermagem, uma Central de material esterilizado, copa, uma sala de gerência administrativa e de enfermagem, uma sala de almoxarifado e farmácia.

A equipe de trabalhadores é formada pelo serviço administrativo, gerencial, farmácia, almoxarifado, serviço social e assistencial como médico e enfermagem; sendo (12) Enfermeiras assistenciais, (01) Enfermeira de vigilância epidemiológica, (01) coordenadora de enfermagem e (16) técnicas de enfermagem.

Importante destacar que a referida unidade atualmente dispõe de Protocolo Operacional Padrão-POP, intitulado Acolhimento e Classificação de Risco, que contém fluxograma e normas de atendimento, com especificidades de como deverá funcionar o passo a passo do atendimento, durante o processo de construção deste estudo foi atualizado pela pesquisadora a pedido da diretoria, sendo parte do produto deste estudo.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo oito (08) Enfermeiras, que atuam na sala de Acolhimento e Classificação de Risco da Policlínica; sendo que no total de Enfermeiras que atuam na assistência são onze (11). Optou-se por oito (08) participantes por considerar que no estudo qualitativo não importa o número e foi considerada a saturação de dados.

Por ser um ponto crucial na pesquisa qualitativa, ao se afirmar que uma pesquisa atingiu o ponto de saturação, o responsável pela pesquisa indica que nenhuma nova informação, códigos ou temas foram gerados a partir da fonte de dados. O conceito de saturação foi originalmente cunhado por Glaser e Strauss na *Grounded Theory* (GT) como um elemento específico de comparação constante na análise da GT (Glaser; Strauss, 2017).

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares e se ocupa nas Ciências Sociais com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado (Minayo, 2014),

Foi utilizado como critério de inclusão ser Enfermeira com mais de seis meses atuando na unidade no distrito de Humildes, no cuidado direto ao usuário no pronto atendimento por um período mínimo de seis meses e que estivesse em pleno exercício das suas atividades e foram excluídas a que não estiveram no momento da coleta de dados e em gozo de férias ou licenças.

5.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos meses de maio a agosto de 2024 e ocorreram após submissão e apreciação do projeto de pesquisa na instituição em questão e posteriormente, parecer consubstanciado favorável do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da UEFS nº 6.760.052.

No primeiro momento da coleta de dados, foi realizada a entrevista semiestruturada, que, para Gil (2010), é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessem à investigação. Constou de duas partes: a primeira, com a caracterização dos participantes: codinomes; gênero; idade; estado civil; tempo de formada; logradouro; tempo de atuação em setor de triagem na unidade de urgência e emergência; carga horária de trabalho semanal; outros vínculos empregatícios; outros setores de atuação; e capacitação/aperfeiçoamento.

As entrevistas ocorreram em sala reservada da unidade e, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE - A), foram coletados os dados por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B); e gravação das entrevistas (após autorização) por meio de aplicativo de gravação de áudio do celular da pesquisadora e foram armazenadas em uma pasta no e-mail da pesquisadora, a entrevista durou em média 40 minutos.

A segunda parte da investigação referentes aos problemas éticos vivenciados pela Enfermeira no acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento e como deliberação teve duas questões de aproximação: 1. Como realiza o acolhimento e classificação de risco em unidade de pronto atendimento? 2. Fale-me sobre problemas éticos vivenciados no acolhimento e classificação de risco em sua prática.

No segundo momento da coleta de dados foi aplicado uma vinheta que conforme Polit e Beck (2011, p. 385) são “descrições breves de eventos ou situações aos quais os respondentes devem reagir, podem ser fictícias ou baseadas em fatos reais e são estruturadas para revelar

informações sobre percepções, opiniões ou conhecimento dos respondentes acerca dos fenômenos”.

A vinheta descreve um problema ético vivenciado pela pesquisadora durante o seu trabalho como Enfermeira na classificação de risco em unidade de pronto atendimento. Para Zoboli (2016), trata-se de um caso clínico em que há diversas saídas morais possíveis e os profissionais não sabem qual decisão seguir.

O caso trata de um idoso vítima de queda em domicílio que possuía necessidade de atendimento imediato, conforme descrito a seguir:

Em julho de 2022, chega à unidade de pronto atendimento um idoso, trazido em cadeira de rodas por familiar (filho), com relato de queda da própria altura em banheiro do seu domicílio. O familiar relata que o encontrou caído há cerca de 20 minutos. Ao passar pela sala de triagem e ACCR, foi indagado ao idoso se ele se recordava do ocorrido, o mesmo respondeu que sentiu tontura e a visão escureceu e depois não se recordava o que ocorreu, somente quando filho o chamou que recobrou a consciência. Ao exame físico: Lúcido, orientado, hipoativo, queixa de cefaleia, pupilas isocóricas e dor em joelho esquerdo, presença de pequena lesão cortante superficial e com presença de sangue em região temporal esquerda e laceração em joelho esquerdo; SSVV: **P.A** 110X80 mmhg; **HGT**: 69 mg;dl; **PULSO**: 54 bpm; **SPO2**: 95 %;. Considerando o quadro apresentado e SSVV apresentados, foi classificado no ACCR como amarelo e encaminhado para atendimento médico, onde foi avaliado e prescrito, limpeza e antissepsia em lesão e sutura simples e observação por 6 horas por possível Trauma Crânio Encefálico (TCE). Após 01 hora de observação, filho do idoso, solicita a enfermagem informando que pai está agitado e apresentou 01 episódio de vômito, ao avaliar o idoso, o mesmo apresenta agitação psicomotora, anisocoria e rebaixamento de nível de consciência logo após, médico plantonista foi acionado e solicitado que usuário fosse encaminhado para sala vermelha a fim de estabilizar, sendo reclassificado no ACCR como vermelho; porém a unidade somente disponha de uma sala de estabilização que já havia sido ocupada há cerca de 30 minutos.

Após a leitura da vinheta pelas participantes foi apresentada três questões norteadoras:

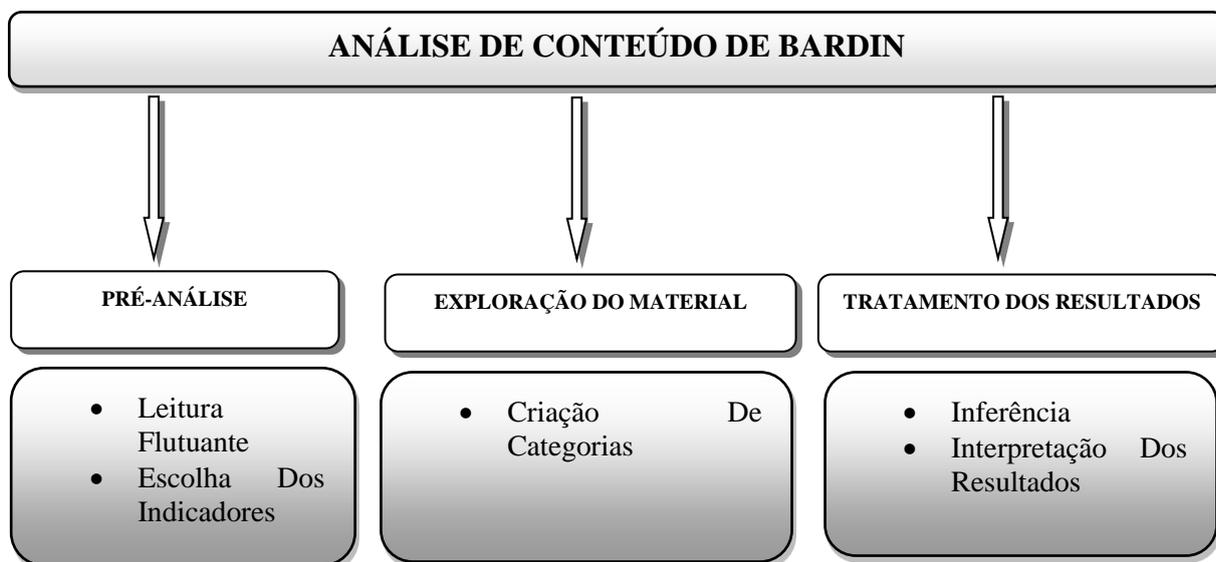
- 1) Considerando sua vivência em pronto atendimento no Acolhimento e Classificação de Risco questiona-se: Na sua percepção existe problema ético nesta situação? Justifique sua resposta.
- 2) Fale-me se considera classificação adotada correta ou não? Justifique sua resposta.
- 3) O que você recomendaria como caminho para resolução deste problema? Justifique sua resposta.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

No primeiro momento da análise e interpretação dos dados, foi utilizada a análise do conteúdo proposto por Bardin. Para Bardin (2016 p.48), “A Análise de Conteúdo é: Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens”.

A análise de conteúdo de Bardin (2016) foi realizada em três fases: (1) pré-análise; (2) exploração do material; (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na fase 1, realiza-se a leitura "flutuante" para elaborar os objetivos e a sistematização dos conteúdos das mensagens, com a intenção de escolher documentos para a base de análise final.

Fluxograma 01- Análise de Bardin



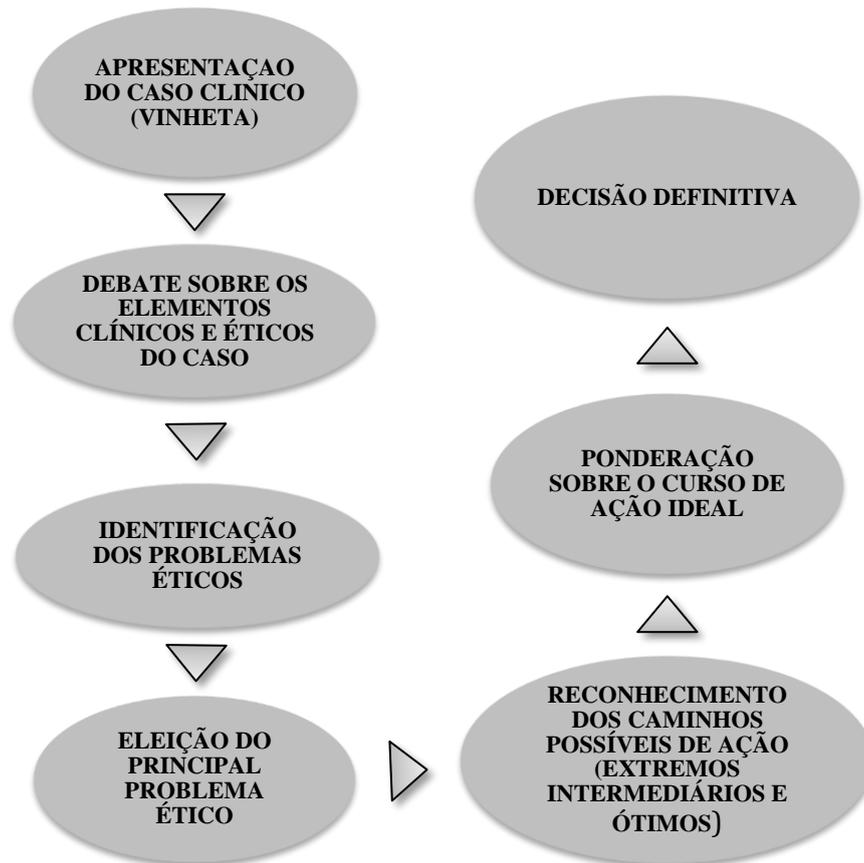
Fonte: Elaboração da autora fundamenta em BARDIN (Silva, 2025)

A fase dois atribui códigos para desmembrar ou enumerar, através de unidades selecionadas. Ocorre, ao final da exploração do material, as codificações dos dados. As unidades de registro podem ser uma palavra, um tema, um acontecimento ou um personagem (Bardin, 2016). A codificação ou categorização é tida como: 'É um processo de redução dos dados pesquisados, pois as categorias de análise representam o resultado de um esforço de síntese de uma comunicação, destacando-se, nesse processo, seus aspectos' (Rodrigues, 2019, p. 30).

A fase três consistiu em realizar operações com a finalidade de organizar os resultados, revelando a essência da análise (Bardin, 2016).

No segundo momento, foi analisado o conteúdo da vinheta, inspirado na experiência da autora na Policlínica em que atua como Enfermeira, considerado a partir de problema ético vivenciado em sua prática profissional.

Fluxograma 02- Análise guiada pelo método da Deliberação Moral



Fonte: Elaboração da autora fundamentada em GRACIA (Silva, 2025)

Esse momento de análise foi guiado pelo método de DM na etapa de Deveres, foi fundamentada em Gracia (2001), que consiste na resolução de um problema ético, que não cabia escolher entre duas ou mais respostas possíveis e sim criar a alternativa prudente para resolvê-lo. Então, para deliberar sobre os deveres foi necessária a identificação dos cursos de ação, que são entendidas como as saídas morais possíveis, a fim de buscar soluções distantes dos extremos, para eleger o melhor caminho para a tomada de decisão (Zoboli; Santos, 2017). Para realizar a deliberação sobre os deveres, foi importante identificar as possíveis ações, como alternativas morais viáveis, e buscar resoluções que evitem extremos, a fim de escolher o melhor caminho para a tomada de decisões (Jesus, 2023).

Conforme Santos e colaboradores (2019), o método de DM é classificado como processo de avaliação para decisões na prática e se estrutura nas seguintes etapas: apresentação do caso clínico e discussão do caso clínico debate sobre os elementos clínicos e éticos do caso; identificação dos problemas éticos, eleição do principal problema ético; reconhecimento dos caminhos possíveis de ação (extremos intermediários e ótimos); ponderação sobre o curso de ação ideal e decisão definitiva. Esse caminho permite que, frente a um problema, possa-se seguir o caminho ético, realizando a investigação necessária sobre os fatos, valores e princípios para decidir a melhor estratégia.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado conforme as normas preconizadas pela Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e da Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

Foi enviado o documento ao setor de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, solicitando autorização para a realização da pesquisa no campo escolhido. Após a autorização, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), número do encaminhamento para avaliação CAAE 77573524.2.0000.0053, e aprovação pelo parecer consubstanciado: 6760052, e do setor de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Após foi agendada reunião com a coordenação de enfermagem, a diretora da unidade e Enfermeiras, para apresentar a proposta da pesquisa, de posse da autorização institucional, foram marcados, de comum acordo, os dias da coleta de dados com as participantes.

As participantes foram esclarecidas quanto às justificativas e objetivos desta pesquisa e aos procedimentos a serem adotados. Para manter o anonimato das participantes, foram utilizados codinomes com a letra “E” e números, exemplo: E01, E02... de acordo com a ordem das entrevistas. Após serem esclarecidas a respeito dos possíveis riscos e benefícios, e havendo a aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias, uma ficando com a participante e outra com a pesquisadora.

Os possíveis riscos desta pesquisa foram desconforto, constrangimento ao responder às perguntas, medo de suas falas se tornarem públicas, inibição por expor suas opiniões ou relatos, receio de represálias. Para minimizar esses riscos a pesquisadora assistirá imediata e integral, o sigilo foi resguardado, e a entrevista foi aplicada em local reservado. A participação não acarretou custos nem teve compensação financeira.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão abordados o resultado e a discussão do estudo, apresentando a caracterização dos participantes, bem como o primeiro momento de análise. São apresentadas as categorias e subcategorias empíricas que emergiram a partir das entrevistas.

6.1 CARACTERIZANDO AS PARTICIPANTES

Foram entrevistadas 08 (oito) Enfermeiras que atuam na Policlínica de Humildes. A idade variou entre 28 (vinte e oito) e 45 (quarenta e cinco) anos; o tempo de formação entre 03 (três) e 20 (vinte) anos; já o tempo de atuação no setor de triagem na unidade de urgência e emergência é de 01 (um) ano a 12 (doze) anos, com jornada de trabalho entre 30 (trinta) e 36 (trinta e seis) horas semanais. Destas profissionais, 05 (cinco) têm mais de um vínculo empregatício, e 03 (três) profissionais atuam na instituição em que foi realizada a entrevista. Todas as entrevistadas informaram que possuem curso de pós-graduação.

QUADRO 1 – Características profissionais das participantes do estudo. Feira de Santana, 2025.

| PAR | TF | TAU | CHS | OV | OSA | CCA |
|-----|----|-----|-----|----|---------------|--|
| 1 | 14 | 10 | 36 | N | N | PGs: UTI, Neonatologia e Pediatria |
| 2 | 06 | 05 | 36 | N | Home - care | PG Urgência e Emergência |
| 3 | 12 | 01 | 30 | S | Urg. e Emerg. | Mestrado em andamento |
| 4 | 20 | 12 | 30 | S | Ensino | PGs: Saúde Coletiva; Urgência e Emergência, Docência Ens. Sup.; Obstetrícia e Neonatologia |
| 5 | 06 | 05 | 30 | S | CC | PG Urgência e Emergência |
| 6 | 03 | 02 | 36 | N | Hemod. | PG Ginecologia e Obstetrícia |
| 7 | 13 | 10 | 36 | S | Ambul. | PG Nefrologias |
| 8 | 11 | 10 | 36 | S | Seg.Pub | PG Urgência e Emergência |

Fonte: Dados da Pesquisa

LEGENDA:

PAR - Participante;
 TF - Tempo de formado;
 TAU - Tempo de atuação na unidade;
 CHS - Carga horária semanal;
 OV - Outros Vínculos;
 OSA - Outros setores de atuação;
 CCA - Cursos de Capacitação ou aperfeiçoamento

QUADRO 2 – Vivências da enfermeira no processo de Acolhimento e Classificação de Riscos na Unidade de Pronto Atendimento, Feira de Santana, 2025.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIAS |
|---|--|
| 1 - ATUAÇÃO NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO | 1.1 – VIVÊNCIAS NA RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO AO USUÁRIO |
| | 1.2 – VIVÊNCIAS NO PROCESSO DE TRIAGEM E DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO |

Fonte: Dados da Pesquisa

CATEGORIA I-PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Nesta categoria, os relatos das participantes revelam que elas vivenciam o acolhimento com classificação de risco, realiza a triagem no pronto atendimento.

1.1 Recepção e acolhimento ao usuário

Os depoimentos revelam que a atendente da recepção apenas procura saber o que a pessoa tem, mas o acolhimento é feito pela enfermeira da classificação de risco.

O acolhimento e a classificação de risco são realizados na unidade de atendimento. Assim que o paciente chega à unidade ele é **recepcionado** pelas atendentes. **As atendentes perguntam o que o paciente está sentindo.** (E 01) Grifo nosso

Então, o paciente chega geralmente a gente já tá na triagem. Então, a gente escuta porque **as meninas da recepção perguntam o que eles têm.** (E 06) Grifo nosso

Para a E01 e E06, a recepção ao usuário é realizada por atendentes que buscam saber o que ele está sentindo. Entretanto, apenas a enfermeira deve ouvir a queixa principal do usuário, conforme preconizado pela Resolução nº 423/2021 do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem, 2021), além da competência técnica, existe a privacidade que muitas vezes o ambiente da recepção não oferece ao usuário. Nesse contexto, entende-se que o protocolo de ACCR orienta todos os trabalhadores da saúde na ação de seu conteúdo para uma prática segura.

O protocolo de classificação de risco do MS deve ser propriedade da equipe que atua na urgência, enfermeiras, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais e funcionários administrativos (Brasil, 2009). O protocolo deve explicitar de forma clara qual o

risco é classificado recomenda-se identificar a classificação na ficha de atendimento e não diretamente no usuário (pulseira, por exemplo), uma vez que a classificação não é permanente podendo mudar decorrente de alterações do estado clínico e de reavaliações (Brasil, 2009).

Os depoimentos revelam que o acolhimento é realizado no primeiro contato com o usuário na triagem.

[...] Esse **é o primeiro momento de contato que a gente vai ter com o paciente, né?** Então, assim, eu gosto de acolher esse paciente **olhando-o como um todo**, aferindo os sinais vitais, trabalhando com a ética profissional. Com respeito, né? [...] (E02) **Grifo nosso**

[...] O acolhimento ele não é um socorro, né? Então **é um serviço, né? E é assim a qualquer momento a gente pode estar acolhendo esses pacientes. Mas geralmente o acolhimento que é feito é através da triagem, [...]** (E03) **Grifo nosso**

E a nossa realização é do acolhimento. **A gente tem um processo de triagem, né? Que é onde a gente vai avaliar o paciente como um todo, né? Fazer anamnese do paciente para ouvir esse paciente e a gente através também dos parâmetros, que são os dados vitais** e do como se encontra o quadro clínico do paciente. (E05) **Grifo nosso**

Para E02, E03 e E05 o acolhimento é um processo humanizado, ao qual se deve ter um olhar holístico, além de aferir os dados vitais, a fim de classificar o risco de forma correta. Já a E03 e a E05 revelam o acolhimento como um serviço que pode ser prestado a qualquer momento, mas que geralmente é realizado já na triagem, quando os usuários trazem suas queixas principais, dados vitais e, por meio da escuta, para poder classificar o risco.

Percebe-se que as participantes concordam que é na triagem do acolhimento que ocorre o primeiro contato com o usuário, momento em que também, são realizados os demais procedimentos, a exemplo da escuta qualificada e humanizada, aferição de sinais vitais e, por fim, a classificação de risco.

A PNH preconiza o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS; O acolhimento expressa aproximação e inclusão em relação a algo ou alguém; acolher é reconhecer a necessidade de saúde do usuário e suas reais demandas conforme sua singularidade (Brasil, 2015).

Conforme a diretriz da PNH, faz parte do ambiente de trabalho da Enfermeira e relaciona-se à escuta do usuário e suas queixas no momento, reconhecimento do seu processo

de adoecimento, e responsabilidade pela resolução, isso com conhecimentos específicos (Vitória, 2021).

Neste contexto o agir ético se refere ao compromisso com o outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida (Brasil, 2015).

Conforme a diretriz da PNH, faz parte do ambiente de trabalho da Enfermeira e relaciona-se à escuta do usuário e suas queixas no momento, reconhecimento do seu processo de adoecimento, e responsabilidade pela resolução, isso com conhecimentos específicos (Vitória, 2021).

Os depoimentos revelam que o acolhimento se refere ao espaço físico onde realizam a triagem por meio da anamnese.

O acolhimento é realizado através da triagem em uma sala específica. É uma sala pequena, às vezes confortável, às vezes não. É que às vezes a gente vê que não, não oferece tanto a questão da privacidade para o paciente, né? Antigamente já foi pior. Por não ter uma sala específica, era exposto na frente de outras pessoas. **Hoje, essa salinha, mesmo sendo pequena e não tão confortável, ela conseguiu melhorar do que já foi. Então, ou seja, acolher e classificar num ambiente que o paciente consiga se sentir à vontade, seguro ao ponto dele e expor, né? Às vezes até coisas íntimas e de suma importância.** [...] No caso acolher ele dentro daquilo que ele precisa, porque às vezes tem pacientes são diferentes, né? O olhar de acordo o comportamento e a queixa. (E08) **Grifo nosso.**

As participantes E07 e E08 destacam a importância do espaço físico para garantir a privacidade do usuário durante o acolhimento e a triagem e a realização da anamnese.

O acolhimento exige cuidado responsável e resolutivo, com objetivo de romper e eliminar barreiras que interferem no acesso da população aos serviços de saúde e por meio da classificação de risco busca-se efetivar a equidade (Campos *et al.*, 2020). Portanto, entende-se que os profissionais de saúde realizam o acolhimento ao usuário e sua família, mas cabe às Enfermeiras tanto esta atividade quanto a atividade de classificação de risco.

1.2 Processo de Triagem na classificação de risco

Os depoimentos das participantes apresentam, a triagem é como um processo de avaliação, anamnese, escuta e mensuração de sinais vitais, a fim de classificar o risco do usuário. Consideram a triagem com o espaço físico de atendimento, bem como o primeiro contato com o usuário.

A gente chama para triagem faz anamnese, pergunta o que ele tá sentindo, se tem pressão alta [...], se é diabético e diante das respostas a gente vai classificando [...]. (E06) Grifo nosso.

Através da triagem, **então é o primeiro contato que nós temos com os pacientes é geralmente na triagem, onde a gente ouve os problemas** trazidos pelos pacientes [...]. (E 3) Grifo nosso.

A gente **tem um processo de triagem, né?** [...], **onde a gente vai avaliar o paciente como um todo [...], fazer anamnese do paciente para ouvir este paciente** e a gente **através dos parâmetros, né?** [...] **que são os dados vitais [...], colher as informações** da história atual da doença, história pregressas [...], alergias e o que trouxe a unidade de urgência e emergência. (E05) Grifo nosso

Nos relatos de E06, E03 e E05 revelam que na triagem dos usuários realizam a anamnese e buscam conhecer a partir das informações colhidas, por meio dos sinais e sintomas classificam os riscos.

A classificação de risco é de responsabilidade da enfermeira e ocorre durante a primeira etapa do processo assistencial, com queixa principal do usuário e com base em critérios pré-estabelecidos. Porquanto, a atuação da enfermeira, muitas vezes considerada a principal responsabilidade pelo sucesso da classificação de risco é essencial para orientar a avaliação do profissional, porém, sua implementação eficaz depende de redes de ajuda estruturadas e organizadas, capaz de garantir a continuidade e ajudar outros serviços de saúde quando necessário (Hermida, *et al.*, 2018).

No Art. 1º, da Resolução COFEN Nº 661/2021, dispõe que:

No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa da Enfermeira, observadas as disposições legais da profissão. § 1º Para executar a Classificação de Risco e Priorização da Assistência, a Enfermeira deverá ter curso de capacitação específico para o Protocolo adotado pela instituição, além de consultório em adequadas condições de ambiente e equipamentos para desenvolvimento da classificação. § 2º Para garantir a segurança do paciente e do profissional responsável pela classificação, deverá ser observado o tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, com limite de até 15 (quinze) classificações por hora.

Os primeiros SCR ou triagem surgiu no século XVIII, ligados a operações militares, no qual os soldados eram atendidos no grau de risco de morte a receberem os primeiros atendimentos no próprio campo de batalha, mas somente na década de 1960, que outros tipos de triagem tiveram protagonismo no que se refere à atenção em saúde; onde possuem estratégias

para avaliação de grau de risco de urgência e emergência, assim, uma classificação de risco organizada se constitui uma ferramenta útil, pois possibilita que usuários com grau maior de sofrimento sejam priorizados no atendimento de urgência e emergência (Sacoman *et al.*, 2019).

É realizada anamnese e escuta qualificada pra realizar a classificação de risco. As Enfermeiras revelam a classificação de risco pelas queixas e anamnese e a mensuração dos sinais vitais. Porém não se reportam ao uso do protocolo para determinar a cor da classificação de risco na triagem

Os depoimentos expressam que, na classificação de risco, é realizada a anamnese, interrogando sobre a história pregressa do usuário, as principais queixas e a medicação que faz uso.

[...] como enfermeira da classificação de risco, **o paciente é feito a anamnese, perguntadas principais queixas. Quantos dias se fez uso de algum medicamento em casa, se já esteve em outra unidade, os principais sintomas que estão sentindo. E aferição de sinais vitais [...]** (E 01) Grifo nosso

Classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento. Ele é uma atividade privativa do enfermeiro, **onde enfermeiro recepciona esse paciente, busca saber as informações, colher as informações da história atual da doença, histórias pregressas passadas, médicos, histórias de alergia e o que trouxe o paciente até a unidade de urgência emergência.** (E 04) Grifo nosso

Bem, aqui na nossa unidade, é assim que o paciente chega, faz a ficha, **ele é classificado ou ele entra na sala de acolhimento onde fazemos a anamnese e, de acordo com essa anamnese, é aferido os sinais vitais. Nós classificamos esse paciente de acordo com a cor, para que seja logo feito o atendimento.** (E 07) Grifo nosso

[...] Então, **a classificação de risco já é pelas queixas que a gente vai lá classificar o vermelho, amarelo, verde ou azul.** [...] (E 08) Grifo nosso

Enquanto enfermeiro de triagem e de classificação de risco. **Esse é o primeiro momento de contato que a gente vai ter com o paciente, né? [...].** Para que eu possa dar uma prioridade nesse atendimento, se realmente tiver necessidade de priorizar, né? [...] **eu vou saber qual a classificação que eu vou poder dar a esse paciente, se esse paciente realmente ele tem prioridade no atendimento ou não.** (E 02) Grifo nosso

Para E01, E04, E07 e E02, a realização da triagem com classificação de risco requer a coleta das informações do usuário, por meio da anamnese, como histórico de saúde anterior, doenças pré-existentes, alergias, uso de medicações, história atual e queixa principal que o levou ao serviço naquele momento. Isso reflete que as entrevistadas possuem conhecimento no processo de triagem no ACCR.

Campos e colaboradores (2020), em seu estudo, revelam que a análise do estado clínico deve ser realizada por um especialista qualificado, não ultrapassando cinco minutos. Essa análise abrange uma mescla de informações provenientes da identificação das questões apresentadas pelo usuário e de evidências observadas a partir da avaliação de sua condição geral. Assim, trata-se de um recurso fundamentado em sinais e sintomas de alerta, visando possibilitar a categorização por graus de gravidade.

Para E 02, a partir das informações obtidas do usuário no momento da triagem, é classificado de acordo com a cor que define a prioridade de atendimento. Dessa forma, possibilita que o usuário busque o serviço de urgência e emergência confiante e seguro que será atendido de acordo com a prioridade.

A classificação é realizada através da detecção e subsequente priorização das pessoas que requerem atenção imediata ou rápida e, em seguida, dos casos com menor gravidade clínica. Os usuários são categorizados conforme a severidade clínica, o grau de desconforto e o risco à sua própria saúde (Sacoman *et. al.*, 2019).

O usuário é categorizado em um dos níveis conforme a urgência: emergência, sinalizada pela cor vermelha e com tempo de espera de zero minutos; urgente, representada pela cor amarela e com tempo máximo de espera de até sessenta minutos; pouco urgente, indicada pela cor verde e com tempo de espera de até cento e vinte minutos; e não urgente, denotada pela cor azul, com um tempo de espera de até duzentos e quarenta minutos. Para cada categoria, há um tempo estabelecido para o atendimento médico e para a reavaliação realizada por enfermeira (Campos *et al.*, 2020).

As participantes compreendem a triagem como um processo em que praticam a escuta das queixas do usuário o que levou a buscar atendimento a unidade, bem como anamnese a mensuração dos sinais vitais, é um processo pelo qual será determinado qual será a classificação de risco deste usuário.

Diante do que dispõe a resolução COFEN Nº 661/2021, a Enfermeira é a responsável para realizar a classificação de risco, entretanto percebe-se que a demanda nas unidades de urgência e emergência pode ser um desafio para garantir a segurança da classificação.

CATEGORIA II - VIVÊNCIA DE PROBLEMA ÉTICO NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Nesta categoria é desvelado pelas participantes aspectos das vivências de problemas éticos que emergem do processo de acolhimento e classificação de risco.

QUADRO 3 – Vivências da enfermeira frente os Problemas éticos que emergem durante o processo de acolhimento e classificação de riscos na Unidade de Pronto Atendimento.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIAS |
|--|---|
| 2 – VIVÊNCIAS DE SURGIMENTOS DE PROBLEMAS ÉTICOS DURANTE SUA ATUAÇÃO ENFERMEIRA NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO | 2.1 – PROBLEMAS ORIUNDOS DE RELAÇÕES CONFLITUOSAS DA ENFERMEIRA COM OS USUÁRIOS E/OU COM FAMILIARES |
| | 2.2 – PROBLEMAS ORIUNDOS DA OMISSÃO OU INSUFICIÊNCIA DE INFORMAÇÕES DA EQUIPE OU DO FAMILIAR |
| | 2.3 – PROBLEMAS ORIUNDOS DE INADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA DO LOCAL DE ATENDIMENTO |
| | 2.4 – PROBLEMAS ORIUNDOS DA ESCASSEZ DE RECURSOS MATERIAIS E / OU DA ALTA DEMANDA DE USUARIOS |

Fonte: Dados da Pesquisa

2.1 Problemas oriundos de relações conflituosas da Enfermeira com os usuários e/ou familiares

Os depoimentos das participantes demonstram a relação com a comunicação de quadros clínicos delicados que muitas vezes o usuário prefere manter o sigilo, porém a família procura a Enfermeira e cria situações de conflitos por ela decidir preservar a autonomia do usuário e o direito do sigilo. As participantes relatam situações e problemas éticos que emergem nos conflitos com usuários e familiares no atendimento de ACCR.

Uma situação que vivenciei foi uma menor [...], estava relatando dores pélvicas de grande intensidade, e **o genitor estava presente na hora da classificação de risco**. A família e o genitor não sabiam que ela tinha uma vida sexual ativa, e **gerou todo um transtorno eu fiquei receosa em pedir para conversar em particular porque o genitor não autorizou**. (E 07) Grifo nosso.

Problemas que eu já vivi na questão do acolhimento são **adolescentes com suspeita, né? [...] quadro bem possível de uma gestação, onde por ser menor, esta acompanhada de seus familiares e é visível aquele choque, onde você não pode detalhar ali muita coisa, você entende que naquele**

momento requer uma ética na situação de saber até onde você vai [...] (E08) Grifo nosso.

Para E07 e E08, os problemas éticos vivenciados dizem respeito ao fato de a usuária ser menor de idade e apresentar um quadro de possível gestação, não querendo revelar isso a seus genitores ou responsável no momento do atendimento.

Estas situações, muitas vezes, geram dilemas para a Enfermeira, pois o CEPE no Art. 52, prescreve que é dever do Profissional de enfermagem “Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal” (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2017), porém o dilema surge quando se tem como usuário uma adolescente que percebe-se ter autonomia, mas necessita de uma pessoa responsável para o acompanhá-la no momento do atendimento. Na realidade, muitas vezes, o adolescente vem acompanhado dos seus genitores, e, por medo e falta de comunicação com a família, omitem a informação, o que pode ocasionar situações diversas na condução durante a triagem.

No parágrafo 18, a Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, do Conselho nacional dos direitos da criança e do adolescente, determina que é “Direito à confidência dos seus dados clínicos, bem como Direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na Instituição, pelo prazo estipulado em lei” (Brasil, 1995). Nesse sentido, entende-se que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) podem nortear a tomada de decisão nas situações vivenciadas por E07 e E08.

A confidencialidade profissional é um preceito essencial na enfermagem e infringir a privacidade do usuário constitui um delito e uma violação ética. A divulgação do sigilo só é permitida de acordo a artigo 52, “§ 2º O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência” (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2017). Nesse contexto, pode ser em circunstâncias severas, tais como: comunicar às autoridades sobre uma enfermidade que possa comprometer a saúde da população, violência contra conjugue e abuso sexual.

As vivências de relações conflituosas com familiares e usuários ocorrem durante atendimento no ACCR.

[...]como a sociedade vai para cima da enfermagem e tudo é culpa da enfermagem. E recai sobre a questão da enfermeira, da equipe de

enfermagem. Então, esse é uma problemática também que a gente tem que lidar com isso dentro da unidade. [...] (E 03) Grifo nosso.

[...] Eles perguntam logo você é a médica ou a enfermeira? E quando é respondido que é enfermeira, que ali era a triagem que vai passar para o médico. Então, tem algumas divergências de informações, da triagem para o atendimento médico[...]. Então, um dos principais problemas éticos que tem é esse conflito de informações [...] (E 01) Grifo nosso.

[...] não sabendo que tem outros pacientes, né? que tá com a classificação de urgência e emergência que devem ser atendidos logo de imediato. E onde esses pacientes onde a classificação são verdes, eles têm que esperar. Então, se eles não entendem isso, então eles começam, entendeu? Com palavras de baixo calão, começam a querer falar que vai denunciar, entendeu? Começam [...] as agressões verbais, né? Com o profissional [...] (E 05) Grifo nosso

As participantes E03, E01 e E05 trazem em seus relatos conflitos relacionados à desvalorização da profissão e hierarquia médica, como os usuários e familiares não reconhecem a autonomia da Enfermeira no ACCR e, muitas vezes, ocorrem agressões verbais.

Conforme a Resolução nº 661/2021, do COFEN, o Art. 1º determina que, "No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência é privativa da Enfermeira, observadas as disposições legais da profissão" (Conselho Federal de Enfermagem, 2021). Percebe-se a responsabilidade da Enfermeira que atua em unidade de pronto atendimento e, muitas vezes, a incerteza para deliberar, pois ocorrem situações complexas e eticamente problemáticas.

De acordo E05, os usuários não têm o conhecimento do funcionamento do protocolo, que não é realizado por ordem de chegada e sim por gravidade o que pode gerar conflitos.

Para Sampaio e colaboradores (2022), as insatisfações dos usuários durante o processo de ACCR podem ocorrer. Assim, as insatisfações levam a Enfermeira a vivenciar situações na prática na unidade de urgência e emergência, ao tomar decisões que vão de encontro aos seus princípios éticos e morais.

Percebe-se que, por falta de orientação ou entendimento, os usuários com demandas ambulatoriais buscam o serviço de pronto atendimento e ao realizar a triagem, seguindo o protocolo, são classificados com prioridade azul, e devido à alta demanda das urgências, esperam muito tempo para serem atendidos. Nessas situações, a Enfermeira tem que decidir entre referenciar esse usuário para uma USF, ou mantê-lo na unidade para aguardar atendimento.

2.2 Problemas oriundos da omissão ou insuficiência de informações da equipe ou do familiar

Nesta subcategoria, é desvelado nos relatos das Enfermeiras que os problemas vivenciados ocorrem por conta da omissão de informações por parte dos usuários, tanto por medo de julgamentos de pessoas próximas, que muitas vezes os acompanham, ou por não querer expor sua situação para a Enfermeira da triagem, por achar que a resolutividade do seu caso somente será dada pelo profissional médico. Outra situação diz respeito ao fato de não entender a autonomia da Enfermeira, o que pode induzir a erros de classificação de risco, bem como divergências de informações em relação à triagem e ao atendimento médico.

Quando os familiares ou o próprio paciente **relatam suas queixas, seus sintomas que estão apresentando de uma forma ou omite alguma informação e quando chega no atendimento médico, eles relatam outros sintomas [...]. Quando é respondido que é a enfermeira que ali era a triagem, aí fala que vai passar para o médico[...].** (E01) Grifo nosso.

[...] A gente vivencia muitos problemas éticos no acolhimento com classificação de risco, **muitas vezes o paciente omite alguns fatores ou os familiares acrescentam alguns informes ou omitem outros, e a gente induz ao erro essa classificação de risco.** Então, é uma realidade dentro das unidades de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência. [...] (E 04) Grifo nosso

As participantes E01 e E04 relatam que, no momento da triagem, existe a omissão de dados dos usuários e familiares, mas quando são encaminhados para o médico fornecem mais informações que seriam necessárias para classificação de riscos, induzindo ao erro. Portanto, é de suma importância que a Enfermeira estabeleça uma relação de confiança com o usuário, além de manter a privacidade durante o ACCR, para que ele consiga passar todas as informações possíveis.

Campos e colaboradores (2020) descrevem em seu estudo que essa prioridade demanda critérios claros que orientem a efetivação do cuidado em um ambiente que exige ações rápidas. Ademais, procura-se estabelecer uma conexão com os usuários e seus parentes durante o acolhimento, visando proporcionar um espaço seguro que minimize ansiedades e dores, onde a comunicação se torna uma ferramenta relacional fundamental.

[...] A **gente tá na triagem com esse paciente.** E a pessoa que já conhece ele já tá na unidade vem para a porta da triagem ouvir, **as vezes ele não quer**

contar para o vizinho o que tá sentindo. E aí fica na porta da sala vermelha esperando a gente dizer alguma coisa. E são questões que a gente tem que lidar apenas com os familiares, não com vizinho, com amigo, com ninguém. Quem tem que repassar a informação é a família e não a gente da enfermagem. **Então, esse é um dos maiores problemas éticos para mim.** [...] (E 06) Grifo nosso

No relato de E06, ressalta-se que ocorre no momento que realiza a triagem pessoas que são próximas fiquem observando, o que leva ao constrangimento do usuário que se recusa a revelar para outras pessoas a sua situação. É necessário manter a privacidade durante a triagem, ou seja, não permitir que outras pessoas participem do atendimento caso seja possível ou da vontade dele, salvo em outras situações que se torna necessária a presença de outra pessoa.

Conforme Vitória (2021), a diretriz da PNH diz que faz parte do ambiente de trabalho da Enfermeira a escuta do usuário e suas queixas, reconhecer o processo de adoecimento e ter responsabilidade pela resolução das demandas, isso com conhecimento técnico científico. Dessa forma, o acolhimento exige cuidado responsável e resolutivo, com objetivo de romper e eliminar barreiras que interferem no acesso da população aos serviços de saúde e através da classificação de risco busca-se efetivar a equidade (Campos *et al.*, 2020).

2.3 Problemas oriundos de inadequação da estrutura física do local de atendimento

Nesta subcategoria, as participantes revelam que a estrutura física da unidade não é adequada e existe a escassez de recursos.

[...] é que o enfermeiro, ele tem que estar capacitado para ter uma tomada de decisão imediata e eficaz para encontrar a melhor solução. **Então percebe-se, né?, que existe a escassez de recurso, a demanda alta de paciente e a unidade não é estruturada.** (E 01) Grifo nosso.

Porque um paciente que tem um trauma ele pode sim agravar, né? Para mim, mais tarde e aí agravando como ele agravou e não **podendo prestar uma assistência melhor, né? Assim, uma assistência mais ampla em uma sala melhor que me dê um suporte melhor.** [...] (E 02) Grifo nosso.

[...] **Por ser uma unidade menor, que tem precária estrutura física,** que de certa forma coloca o profissional em “xeque” ali, trazem questões de vulnerabilidade e risco social mesmo [...], **tem que lidar com essas situações de estar fazendo classificações em cima de classificações, não porque existe a real necessidade,** mas porque a gente tem que saber lidar com essas problemáticas [...] (E 03) Grifo nosso.

Para E01, E02 e E03, a estrutura deficiente, escassez de recursos da unidade e alta demanda ocasiona uma assistência sem qualidade. Uma estrutura física adequada, em que exista sala ampla, possibilita uma assistência com qualidade.

O estudo realizado por Sampaio e colaboradores (2022) traz que a grande procura por assistência nos serviços de urgência foi identificada como a principal razão para a superlotação dos serviços analisados, o que, frequentemente, restringe o tempo de serviço prestado ao usuário e afeta de forma negativa a qualidade do serviço, acolhimento, escuta e classificação de risco. Isso pode causar estresse e confusão tanto para quem presta o serviço quanto para quem está à espera dele.

Conforme Campos e colaboradores (2020), em seu estudo, apontam que a estrutura física, falta de materiais e equipamentos além das demandas de usuários são os principais obstáculos para a aplicação correta do ACCR. As entrevistadas relatam que com a equipe multidisciplinar ocorrem desafios em aplicar a conduta estabelecida.

2.4 Problemas oriundos da escassez de recursos materiais/ou da alta demanda de usuários

Os depoimentos apresentam insuficiência na estrutura física, e recursos tecnológicos

[...] porque na unidade só dispunha de um leito que logo em seguida foi, foi ocupado. E aí, na hora de prestar socorro a esse. Não há mais medidas de atendimento[...] (E 04) Grifo nosso.

[...] foi só a unidade dessa única sala de estabilização. [...] E aí, o que acontece? A unidade que não tinha um suporte maior por ter só uma sala de estabilização. [...] (E 05) Grifo nosso.

É uma sala pequena, às vezes confortável, às vezes não. É que às vezes a gente vê que não, não oferece tanto a questão da privacidade para o paciente, né? [...] (E 08) Grifo nosso.

Os relatos de E04, E05 e E08 revelam que a unidade não oferece suporte adequado no que diz respeito à estrutura física e leitos que possam atender aos usuários, sala de estabilização suficiente e local adequado que ofereça a privacidade. Em outro momento, E05 desvela que o usuário não entende que, na classificação de risco, existe a prioridade no atendimento levando a conflitos inclusive com palavras de baixo calão.

Para E01, a unidade não é estrutura, pois existe a escassez de recursos e alta demanda, que é classificada como um dos problemas vivenciados na unidade.

Então percebe se [...] que existe a escassez de recurso, **a demanda alta de paciente. A unidade não é estruturada** (E 01) Grifo nosso.

A atuação da Enfermeira, muitas vezes considerada a principal responsável pelo sucesso da classificação de risco, é essencial para orientar a avaliação do profissional, porém sua implementação eficaz depende de redes de ajuda estruturadas e organizadas, capazes de garantir a continuidade e ajudar outros serviços de saúde quando necessário (Hermida *et al.*, 2018). Entretanto, pode acontecer de não ser possibilitada a estrutura adequada para promover e garantir a qualidade na assistência.

Diante desse contexto, a classificação de risco pode ser prejudicada, uma vez que, para não haver a superlotação na unidade, o usuário é atendido de maneira rápida, ocasionando atendimento sem qualidade. O estudo de Santos e colaboradores (2021) descreve o protocolo de classificação de risco, determinando que cada cor estipula um tempo de atendimento, sendo o verde classificado como o menos urgente, podendo ser atendido até cento e vinte minutos. Neste caso, o usuário deve ser sempre informado sobre esses critérios utilizados para a classificação. Dessa forma, conhecer o processo de classificação de risco pode minimizar os problemas que surgem em relação à demanda, compreendendo que a prioridade de atendimento se dá pelo grau de risco de morte ao qual o usuário estiver exposto.

Para Sampaio e colaboradores (2022), pode ocorrer insatisfação dos usuários durante o processo de ACCR. Assim, as insatisfações podem desencadear situações na prática das Enfermeiras da unidade de urgência e emergência.

7 COMPREENDENDO O MODO DE DELIBERAÇÃO MORAL DA ENFERMEIRA FRENTE A PROBLEMA ÉTICO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS À LUZ DA BIOÉTICA DELIBERATIVA DE DIEGO GRÁCIA

O referencial teórico-metodológico utilizado foi o do método da Deliberação Moral, especificamente na fase dedicada à Deliberação sobre os Deveres. Essa fase teve como base os estudos de Gracia (2021), que revelam a importância de não apenas escolher entre várias respostas em situações éticas, mas sim de desvelar a alternativa mais prudente para solucionar (Gracia, 2001). Para melhor entendimento do método da deliberação, Zoboli e Santos (2017), em estudo, sistematizaram o método embasado nos estudos do autor Diego Gracia, que apresenta como etapas/fases: deliberação sobre os fatos (fase 1) , deliberação sobre os valores (fase 2) , deliberação sobre os deveres (fase 3) e a aplicação das provas de responsabilidade (fase 4 e 5).

A análise dos fatos inicia-se com a apresentação do caso e a discussão dos elementos clínicos, incluindo esclarecimentos sobre o diagnóstico, prognóstico e a abordagem terapêutica.

Este processo começa com um exame minucioso das informações clínicas. A análise dos valores envolve a identificação das questões éticas presentes no caso, escolhendo um problema ético específico e explicando os valores que estão em conflito com relação a essa questão. A avaliação dos deveres consiste em identificar as opções morais disponíveis, buscando soluções equilibradas, e a seleção do melhor percurso para a tomada de decisão (Jesus, 2023).

Para início deste processo de análise, foi aplicada no segundo momento da coleta de dados uma vinheta (caso clínico), que segundo Polit e Beck (2011), são descrições sucintas de eventos ou circunstâncias que os participantes devem enfrentar que podem ser imaginadas ou fundamentadas em acontecimentos reais, são organizadas para fornecer informações sobre as percepções, opiniões ou entendimento dos respondentes sobre os fenômenos em questão.

A vinheta apresenta um problema ético vivenciado pela pesquisadora durante o seu trabalho como Enfermeira na classificação de risco em unidade de pronto atendimento. O caso trata de um idoso vítima de queda em domicílio que possuía necessidade de atendimento imediato, conforme descrito a seguir:

Fase 1 – Conhecendo os problemas de saúde no Acolhimento com Classificação de Riscos. Apresentação do caso clínico descrição de aspectos clínico e éticos. Deliberando sobre fatos

Em julho de 2022, chega à unidade de pronto atendimento um idoso, trazido em cadeira de rodas por familiar (filho), com relato de queda da própria altura em banheiro do seu domicílio. O familiar relata que o encontrou caído há cerca de 20 minutos. Ao passar pela sala de triagem e ACCR, foi indagado ao idoso se ele se recordava do ocorrido, ele respondeu que sentiu tontura e a visão escureceu e depois não se recordava o que ocorreu, somente quando filho o chamou que recobrou a consciência. Ao exame físico: Lúcido, orientado, hipoativo, queixa de cefaleia, pupilas isocóricas e dor em joelho esquerdo, presença de pequena lesão cortante superficial e com presença de sangue em região temporal esquerda e laceração em joelho esquerdo; SSVV: P.A 110X80 mmhg; HGT: 69 mg;dl; PULSO: 54 bpm; SPO2: 95 %;. Considerando o quadro apresentado e SSVV apresentados, foi classificado no ACCR como amarelo e encaminhado para atendimento médico, onde foi avaliado e prescrito, limpeza e antisepsia em lesão e sutura simples e observação por 6 horas por possível TCE. Após 01 hora de observação, o filho do idoso, solicita a enfermagem informando que pai está agitado e apresentou 01 episódio de vômito, ao avaliar o idoso, o próprio apresenta agitação psicomotora, anisocoria e rebaixamento de nível de consciência logo após o médico plantonista foi acionado e solicitado que o usuário fosse encaminhado para sala vermelha a fim de estabilizar, sendo reclassificado no ACCR como vermelho, porém a unidade somente disponha de uma sala de estabilização que já havia sido ocupada há cerca de 30 minutos.

Fase 2 – Identificando a problemática ética e identificando os conflitos de valores (Deliberando sobre valores)

Após a leitura da vinheta pelas Enfermeiras, foram apresentadas perguntas norteadoras:

- 1) Considerando sua vivência em pronto atendimento no Acolhimento e Classificação de Risco questiona-se: Na sua percepção existe problema ético nesta situação? Justifique sua resposta.
- 2) O que você recomendaria como caminho para resolução deste problema? Justifique sua resposta.

Os depoimentos das Enfermeiras apontam dois extremos na problemática ética, um na identificação do problema ético e outro que identifica conflitos e dilemas éticos no extremo de não perceber a problemática ética.

Eu não consigo ver problemas éticos nessa situação e até porque vejo como problema ético que ele pode estar subentendido ou até trazido de forma bem subjetiva. diante desse caso, o idoso, ele foi acolhido, foi verificado e. O seu estado, né? inicial é realizado (E03)

Eu não vi nenhuma falta de ética nessa questão do idoso recebido na unidade. Eu acho que ele foi acolhido, foi classificado e aguardou o atendimento médico. (E06)

Eu não achei que houvesse problema ético, não. E as medidas adotadas eu tomaria também na mesma situação. (E07)

Para E03, E06 e E07 não foi percebido na vinheta a problemática ética, mas identificam ações de acolhimento, cuidado, classificação de risco e atendimento médico.

Então o conflito ético que percebe se nessa situação é que o enfermeiro, ele tem que estar capacitado para ter uma tomada de decisão imediata e eficaz para encontrar a melhor solução. Então percebe se né, que existe a escassez de recurso, a demanda alta de paciente. A unidade não é estruturada. (E 01)

Por outro lado, houve Enfermeiras que perceberam conflitos e dilemas relacionados á capacitação e diante a existência de uma única sala para alta demanda.

No meu ver, a única falta de ética que existiu nesse, nesse contexto aí, desse caso clínico, foi só a unidade dessa única sala de estabilização. Porque em relação à classificação, o idoso quando chegou na unidade, foi classificado como correto amarelo. Entendeu? Foi uma classificação correta, entendeu? (E05)

Para E01, E05 e E08 a problemática ética está relacionado a escassez de recursos, falta de estrutura física na unidade, poucos leitos de estabilização e alta demanda de usuários e no que se refere ao conflito existente na tomada de decisão em relação ao fato de existir apenas um leito na sala de estabilização para o usuário que agravou o quadro clínico, sendo que outro usuário grave já se encontrava ocupando este único leito existente na unidade.

Outro problema ético identificado foi quanto a necessidade de oferta de leito na sala vermelha.

O primeiro problema ético que eu vejo é que esse paciente eu acho que no meu ponto de vista, ele precisava de um atendimento vermelho já na classificação mesmo de risco. Eu, no meu ponto de vista, aí eu já daria uma prioridade a ele neste momento. (E02)

Então ele merecia uma classificação de risco de vermelho para poder ficar em uma observação mais criteriosa pelo risco de estar desenvolvendo, de ser, né? Um TCE. (E 04)

Já para E02 e E04, este usuário deveria ser classificado como risco VERMELHO, ou seja, encaminhado de imediato para sala de estabilização no momento da triagem, justificado pelo fato de ocorrência de agravamento do quadro clínico inicial apresentado.

Sim, a equipe precisa escolher um paciente para utilizar a sala, sendo que o dois tem necessidade. (E 08).

Fase 3 – Selecionando o principal problema ético frente ao conflito entre valores e deveres; identificando alternativas de ação possíveis (extremas, intermediárias e ótimas) mais prudentes

O problema ético selecionado é visto como importante para a análise deste estudo, conforme detalhado a seguir: Até onde chega à responsabilidade da Enfermeira na classificação de risco adotada a um usuário frente a uma complicação posterior com apenas um leito de estabilização? Os valores em disputa levantados pela situação são: Priorização de recursos em emergências no caso adotarem a classificação amarela para um usuário aparentemente estável, mas com chance de recuperação, os deveres que conflitam com os valores são: reserva de sala vermelha para um caso mais grave (igualdade de acesso); uso de recursos em situações de escassez (justiça versus necessidade).

Nesse momento, buscou-se analisar as opiniões de acordo com a seguinte pergunta: O que você recomendaria como caminho para resolução deste problema? Justifique sua resposta. A intenção é conhecer de que maneira a Enfermeira do pronto atendimento determina e seleciona estratégias de ação para resolver o problema ético reconhecido, além de como ela opta pela melhor abordagem, levando em conta os princípios da bioética, entre as opções identificadas nas informações coletadas em suas respostas considerando o problema ético.

As Enfermeiras apresentam em suas respostas à pergunta direcionada trazendo alternativas que podem ser adotadas por elas, levando em conta a questão ética relacionada à decisão da Enfermeira em classificar o risco de um usuário com TCE com potencial de agravamento. Nesse cenário, as alternativas são classificadas em: **alternativas de ação extremas, alternativas de ação intermediárias e alternativas de ação ótimas e moralmente ideais.**

Nas **alternativas de ação extrema**, as Enfermeiras expressam que o fato de a unidade dispor de apenas uma sala de estabilização leva a pensar em dois cursos de ação extremos como resolução para o problema ético com os recursos existentes ou decidir sobre qual usuário está mais grave para ocupar a única sala.

A solução, né? Mais eficaz nesse momento, já que tem um paciente na sala de estabilização e outro está apresentando uma piora do quadro. E em outra enfermaria se montar. Uma mini sala de estabilização, né? Se adaptar com os recursos que tem disponível na unidade. uma das maneiras para resolver essa situação seria essa (E01)

Iria avaliar aí quem estaria mais grave se o paciente que já está na unidade, ocupando a sala vermelha, estiver menos grave do que o idoso que está com suspeita de TCE? A gente troca coloca o que tá na sala vermelha para uma sala que não tenha tantos equipamentos como a sala vermelha e continua monitorizando e conseqüentemente, coloca o idoso na sala vermelha. Monitoriza ele e encaminha ele para uma outra unidade que a gente não tem na unidade, que tem suporte para um paciente com suspeita de TCE. (E 06)

E01 revela a possibilidade de montar outra sala de estabilização para atender à necessidade do usuário que agravou o quadro

E06 revela que, caso o usuário que está ocupando a sala de estabilização esteja menos grave que o idoso que agravou, trocaria de sala mesmo com menos recursos e providenciaria a transferência para uma unidade de maior suporte.

Nas **alternativas de ação intermediárias**, as Enfermeiras trazem como resolução o acionamento do SAMU para remoção do usuário para uma unidade com maior suporte, como descrito nas falas a seguir:

Eu recomendaria no caso a gente acionar rapidamente o SAMU para que pudesse o mais rápido possível, fazer a remoção desse paciente para uma unidade de maior suporte, para que evitasse que esse paciente agravasse mais rápido. Então a minha solução seria. A resolução seria essa. (E07)

Usaria a sala que estava ao meu dispor e o material que estivesse disponível, além de pedir ajuda ao SAMU informando a situação. Orando a Deus que desse tudo certo. (E08)

E07 propõe como solução o acionamento do SAMU para remoção do usuário para uma unidade hospitalar, evitando que este agrava se, já E 08 além de propor o acionamento do SAMU, também sugere que seja utilizada uma sala e os recursos disponíveis na unidade, apesar da mesma direcionar a sugestão de resolução é percebido sua incerteza na solução ao recorrer a fé religiosa.

Já E05 concordou em transferi-lo para outra sala, mas improvisando os recursos existentes.

Então o que tinha era que dar o suporte também a esse paciente idoso que também estava precisando. era dar atenção aos dois pacientes. Só que se o paciente anteriormente poderia ser transferido para uma sala, outra sala com um monitor, então seria mais digno da enfermagem, junto com a orientação médica e transferir esse paciente para outra sala para poder colocar esse paciente idoso que queria mais uma atenção especial na sala de estabilização, para avaliar os parâmetros e botar o idoso nessa sala, que era um paciente que requeria mais atenção. (E 05)

Fase 4 - Deliberando sobre os cursos de ação ótimo – a escolha da estratégia mais prudente – a) Tomada de decisão; b) Provas de responsabilidade (legalidade, temporalidade e publicidade)

4a) Tomada de decisão

Em relação às **alternativas ótimas e moralmente ideais**, as Enfermeiras expressaram que a resolução para o problema ético seria já classificar este usuário como o risco VERMELHO, como descrito nas falas:

Esse paciente para mim seria um paciente prioritário por estar com um corte na região temporal. Então assim é uma região de cabeça, né? Uma região que a gente precisa realmente ter mais cuidado por ele também ter perdido a consciência no momento da queda... Já daria prioridade nesse atendimento de imediato. (E02)

E a solução seria realmente fazer esse exame físico, uma melhor. Atenção para esse idoso, né? Então seria em um trabalho multiprofissional, entre a equipe, médico e enfermeiro para poder identificar a necessidade e importância de avaliar esse, esse paciente durante um período maior, ou de monitorizar de controle de sinais vitais, avaliar a vitalidade e a resposta cerebral. (E 04)

Estar observando esse paciente e a evolução dele para estar fazendo outra classificação, como posteriormente ele foi reclassificado como vermelho, né? (E 03)

E 02 traz que, pelo fato de o usuário ser idoso e apresentar uma lesão na região do crânio, mesmo com sinais vitais mantidos estáveis no momento da triagem, os outros fatores já são indicativos de classificá-lo com o risco VERMELHO. Já E04 concorda com a fala de E02 no que se refere ao fato de o usuário ser idoso, mas enfatiza que este deve ser avaliado de forma mais criteriosa e com apoio da equipe multiprofissional. E03 descreve que este usuário deveria ser observado, bem como sua evolução clínica, e possivelmente reclassificá-lo de acordo com a gravidade que viesse a apresentar.

4b) Provas de responsabilidade (legalidade, temporalidade e publicidade)

As provas de responsabilidade para eleição da **alternativa de ação ótima e moralmente ideal** conforme descreve o método de deliberação, está descrito nesta entrevista:

Então por ser uma suspeita de trauma, eu já o colocaria como vermelho, né? Já daria uma prioridade a ele, já acionava o médico para o atendimento, né? Por que um paciente que tem um trauma ele pode sim agravar né? Para mim, mais tarde e aí agravando como ele agravou e não podendo prestar uma

assistência melhor, né? Assim, uma assistência mais ampla em uma sala melhor que me dê um suporte melhor. Então eu acho que faltou um olhar melhor, né? Para esses sinais vitais e para esse caso clínico no geral [...]desse paciente e dá uma prioridade sim no atendimento. Ao invés de ser um atendimento amarelo, eu o classificaria como vermelho. A gente, enquanto enfermeiro de triagem de classificação de risco, tenha uma visão mais ampla, né, do paciente e priorize realmente o que a gente precisa dar prioridade. Então, assim como eu já relatei no primeiro, esse paciente para mim seria um paciente prioritário por estar com um corte na região temporal. Então assim é uma região de cabeça, né? Uma região que a gente precisa realmente ter mais cuidado por ele também ter perdido a consciência no momento da queda. Ele relata que não lembra do momento da queda, então ele já daria prioridade por ser um trauma, né? e já daria prioridade nesse atendimento de imediato. (E 02)

E 02 demonstra que, por ser um TCE, este usuário já poderia ser classificado com vermelho, além de destacar a autonomia profissional da Enfermeira no setor de ACCR, conforme Resolução COFEN nº 661/2021, dispõe que: A classificação de Risco e priorização da assistência é privativa da Enfermeira, observadas as disposições legais da profissão, dessa forma a Enfermeira na sua tomada de decisão no ACCR tem o poder decisório de encaminhar e conduzir a situação, além do conhecimento técnico e científico para avaliar a gravidade ou possível agravamento que no caso clínico ocorreu, ressalta-se a importância da Enfermeira apropriar-se dos protocolos existentes com A PNH e os POP da unidade, conforme esta resolução orienta: que a Enfermeira deve ter curso de capacitação específico para o Protocolo adotado pela instituição, além de um ambiente seguro e equipado, para reforçar a segurança desta profissional que é responsável pelo ACCR e usuário.

Deliberar em encaminhar o usuário com risco de agravamento para a sala de estabilização evitaria o conflito ocorrido no caso clínico em questão.

Fase 5 – Tomando a decisão responsável, verificando as provas de consistência da responsabilidade assumida. (a - Legalidade, b - temporalidade e c - publicidade) - Confirma a Tomada de decisão.

Sendo assim para prova de consistência de responsabilidade assumida esta decisão constitui-se em uma decisão de acordo aos princípios éticos e legais, podendo ser divulgada além de ser uma decisão que facilmente poderia ser apropriada para outras enfermeiras.

8 DISCUSSÃO

De acordo com Brasil (2009), a classificação de risco é um dispositivo, que propõe organizar o atendimento de urgência e emergência por critério de gravidade clínica e não por ordem de chegada, além de outros objetivos, como: deixar o usuário e familiares cientes que o atendimento será por ordem de urgência e tempo de espera do seu caso; apesar de a Rede de atenção às urgências serem criadas para evitar justamente essa superlotação, ainda é uma problemática existente pelo desequilíbrio entre oferta demanda.

O protocolo deve ser apropriado por toda a equipe que atua na urgência: enfermeiras, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais, funcionários administrativos; O protocolo deve explicitar de forma clara qual o risco é classificado recomenda-se identificar a classificação na ficha de atendimento e não diretamente no usuário (pulseira, por exemplo), uma vez que a classificação não é permanente podendo mudar decorrente de alterações do estado clínico e de reavaliações (Brasil, 2009).

Conforme dados da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (SVS/MS, 2023), após a análise do perfil epidemiológico e demográfico do Brasil, as principais questões de saúde enfrentadas pelos usuários em serviços de urgência e emergência estão ligadas à elevada morbimortalidade de doenças cardíacas, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) Acidente Vascular Encefálico (AVE), além do crescimento relacionado a violências e acidentes de trânsito. Assim, a Rede de Urgência e Emergência prioriza a reestruturação das linhas de cuidados prioritários em traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, dentro do contexto da urgência e emergência (Brasil, 2023).

Além disso, o apoio das redes de atenção às urgências, como o SAMU, reforça a articulação entre elas para resolutividade dos problemas clínicos agudos.

A Rede de Atenção às Urgências integra a Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde, a Atenção Básica, o SAMU 192, a Sala de Estabilização, a Força Nacional do SUS, a UPA 24h, as Unidades Hospitalares e a Assistência Domiciliária. Portanto, para que a Rede proporcione um serviço de qualidade aos usuários, é imprescindível que seus elementos atuem de maneira unificada, articulada e sinérgica; é crucial implementar a capacitação profissional, a informação, o processo de acolhimento e a regulamentação do acesso a todos os elementos que a compõem (Ministério da Saúde, 2023).

Em contrapartida, muitas vezes, não funcionam como deveria e ainda existem nós críticos em relação a isso. Por exemplo: a alta demanda de serviços de urgências pré-

hospitalares e poucas unidades móveis para atender a esta demanda, a falta ou a escassez de leitos para atender a essa demanda, o que torna o processo demorado em relação à transferência dos casos de emergência que não podem ser resolvidos no pronto atendimento (Brasil, 2023).

Nesse caso, pela demanda ser maior que a oferta, poucos leitos na sala vermelha para estabilização de casos graves, poucos recursos para atender aos casos e poucos profissionais podem causar a superlotação da unidade, usuários insatisfeitos que se direcionam às Enfermeiras da classificação de risco, gerando conflitos por não compreender, muitas vezes, o processo de classificação.

Para Sampaio e colaboradores (2022), pode ocorrer insatisfação dos usuários durante o processo de ACCR, elas podem desencadear situações na prática das Enfermeiras da unidade de urgência.

As entrevistadas identificam o problema ético como sendo em relação ao processo de ACCR, onde opinam que o usuário deveria ser classificado como risco VERMELHO e discorrem que o problema ético foi relacionado ao dilema moral à escolha do leito na sala de estabilização para o usuário que agravou o quadro clínico, sendo que outro usuário grave já se encontrava ocupando este único leito existente na unidade.

Relacionam os problemas éticos a questões organizacionais, seja ela por falta de estrutura física ou de recursos, ou porque os usuários ainda não compreendem o processo de ACCR, e essas problemáticas acabam com desfecho no qual a Enfermeira precise lidar e tentar deliberar no momento crítico, e que de certa forma traz um estresse emocional.

Porém, estas situações discorridas podem ser evitadas ou prevenidas com material explicativo para esses usuários entenderem melhor o processo de ACCR. Já a questão de escassez de recurso e falta de estrutura física é uma problemática gerencial que somente podem ser resolvidas com a gestão da unidade.

Todas as participantes descrevem em suas falas que para uma melhor tomada de decisão, faz-se necessário que a Enfermeira esteja capacitada para isso, o que reforça a importância de se conhecer bem o processo de ACCR além dos critérios clínicos inseridos neste; porém é importante ressaltar que ele não substitui os aspectos subjetivos do usuário como descreve o protocolo.

Diante disso a atuação da Enfermeira, é considerada a principal responsável pelo sucesso da classificação de risco, é essencial para orientar a avaliação do profissional, porém sua implementação eficaz depende de redes de ajuda estruturadas e organizadas, capaz de garantir a continuidade e ajudar outros serviços de saúde quando necessário (Hermida *et al.*,

2018). Entretanto, pode acontecer de não ser possibilitada a estrutura adequada para promover e garantir qualidade na assistência.

Segundo Doná (2021), uma pessoa extrai uma prática ética quando está envolvida em situação, onde se questiona sobre valores morais absorvidos; é nesse momento que o indivíduo vai de encontro a valores humanos que ele mesmo acredita, sendo questionado de segui-los ou não. Aristóteles narra a moral como resultante dos hábitos como formação do seu nome (*ethiké*) por uma pequena modificação na palavra *ethos* (hábito) (Doná, 2021).

A ética tem função para prevenir o melhor convívio, quando se fala dos dilemas éticos, eles surgem quando é necessário tomar decisões; quando eles ocorrem, nem um coletivo ou individual podem dar uma resposta aceitável para a pessoa que precisa tomar a decisão; as duas opções que ocorrem são contradizentes, de alguma forma, de qualquer maneira, escolher entre estas duas opções são muito difíceis (Doná, 2021).

As Enfermeiras referem que a classificação adotada no caso clínico foi correta, pelo fato de o usuário chegar à unidade estável, com os parâmetros vitais mantidos dentro da normalidade no momento da classificação de risco. O que nos leva à reflexão de que o agravamento do quadro do usuário não se refere ao momento inicial da triagem com classificação de risco, e sim após, algo que pode estar previsto do ponto de vista da suspeita de TCE, que, no caso, é um quadro que pode ter agravamento ou não, dependendo das lesões ocorridas a nível cerebral, que só podem ser confirmadas com exames de imagem, que, no caso, o pronto atendimento não dispõe deste recurso material.

A estratégia e conduta da Enfermeira, neste caso, foi manter a única sala de estabilização para outros possíveis casos que já chegassem com quadro de emergência, ou seja, com risco iminente de morte, já que o outro usuário estava com seus sinais vitais mantidos. O acolhimento exige, na coordenação, cuidado responsável e resolutivo, com o objetivo de romper e eliminar barreiras que interferem no acesso da população aos serviços de saúde. Através da classificação de risco, busca-se efetivar a equidade (Campos et al., 2020). Acreditam que o quadro do usuário, apesar de não ser grave no momento da triagem, era passível de já dar uma atenção especial pelo risco de agravamento do quadro, ou seja, prevenir, caso o usuário necessitasse de um maior suporte, que só poderia ser ofertado em sala de estabilização.

Mas é percebido que nem todas as entrevistadas identificaram os problemas éticos no caso clínico apresentado, para elas não houve problema ético no caso clínico apresentado, justificando-se que todo processo do ACCR foi realizado conforme as medidas adotadas, acolhimento, classificação de risco e atendimento médico, além de relatar que tomariam a mesma decisão adotada na vinheta.

Nesse contexto, a Enfermeira, durante a classificação de risco, além do conhecimento do protocolo, deve ter um olhar holístico e individualizado para cada usuário. Dessa forma, a tomada de decisão será a mais justa, com o apoio multiprofissional na tomada de decisão, além do apoio do componente das Redes de Atenção às Urgências, o SAMU, o que reforça a importância do trabalho em equipe para as decisões. A Enfermeira possui autonomia para as decisões concernentes à classificação de risco, mas o apoio da equipe para a resolutividade das situações críticas se faz necessário como estratégia de prevenção de sofrimento moral. Além disso, o protocolo descreve que o mesmo pode ser utilizado por toda a equipe envolvida na assistência deste usuário, como descrito a seguir.

Para Vitória (2021), o ACCR tem como prioridade atender em urgência e emergência, respaldada por critérios para identificar as prioridades dos usuários e não simplesmente a ordem de chegada.

As participantes também demonstraram a preocupação em relação a vulnerabilidade do usuário por ser idoso, em algumas situações em que o quadro clínico não se enquadre em urgência ou emergência, ou seja, não sejam vermelhos ou amarelos, não são levados em consideração a prioridade por ser idoso.

Quanto ao atendimento de usuários idosos (a partir de 60 anos ou maiores que 80 anos), crianças de colo, gestantes, pessoas com deficiência (PCD), portadores de doenças crônicas são prioritários os atendimentos em agências bancárias, casa lotérica, supermercados e alguns estabelecimentos comerciais, esse direito é garantido pela lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e atualmente foi atualizada pela lei nº 14.626, de 19 de julho de 2023, acrescentando as pessoas com diagnóstico de Transtorno do espectro autista (TEA), doadores de sangue e pessoas com mobilidade reduzida (Brasil, 2023).

Porém, de acordo o ACCR, é considerado o atendimento prioritário, por critério de gravidade cabe a Enfermeira nestes casos analisar entre seguir o ACCR ou levar em consideração as questões humanas e éticas.

Nesse contexto o Protocolo de Classificação de Risco do MS é uma ferramenta importante, mas não suficiente porque não foi elaborada para capturar aspectos subjetivos, emocionais, sociais, cultural, porque a avaliação do risco e a vulnerabilidade de todos não pode substituir interação, diálogo, escuta, respeito, para classificação de risco são utilizados quatro níveis de cores, do mais grave ao menos grave vermelho, amarelo, verde, azul (Brasil, 2009).

Conforme Resolução Conselho Federal de Enfermagem, nº 661/2021^a, no Art. 1º, é ação privativa da Enfermeira, “No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa da Enfermeira observadas disposições legais da profissão

(Conselho Federal de Enfermagem, 2021). Percebe-se a responsabilidade da Enfermeira que atua em unidade de pronto atendimento e muitas vezes a incerteza para deliberar, pois ocorrem situações complexas e eticamente problemáticas.

O processo decisório é fundamentado em um protocolo que categoriza os usuários nas seguintes classificações: VERMELHO, correspondendo a situações emergências (sendo atendidos de forma imediata na unidade de emergência); AMARELO, indicando urgência (tendo prioridade de atendimento em relação aos usuários classificados como VERDE (Rocha, 2018).

Nesse sentido, Mendes e colaboradores (2021) trazem que a reflexão ética do ser humano é contínua e constante que diz respeito a seus atos e ações, e a Enfermeira, vivência no seu processo de trabalho, por isso deve ter autonomia, conhecimento para agir diante os problemas éticos, e a decisão errada pode acontecer, pois é uma ação humana e o ser humano está sujeito a errar, mas quando se trata de atendimento de enfermagem ressalta-se a bioética e os erros não devem acontecer.

As falas demonstram que existe um conhecimento das Enfermeiras em relação às prioridades de acordo com o que preconiza o Protocolo do ACCR.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que as participantes identificam que ao receber o usuário, acolhem, triam e classificam o risco quando chega a unidade de pronto atendimento.

À existência dos problemas éticos no caso clínico apresentado no segundo momento de análise, foi atribuída à deficiência de estrutura física e recursos e materiais na unidade. Como resolução, apontaram as alternativas de ação extremas no que concerne à improvisação de recursos existentes ou à decisão de qual usuário está mais grave para ocupar a sala. Enquanto, nas alternativas de ação intermediárias, as Enfermeiras trazem como resolução o acionamento do SAMU para remoção do usuário para uma unidade com suporte e sugerem que seja utilizada uma sala e os recursos disponíveis na unidade. As alternativas de ação ótimas sugerem que a classificação para este caso seria já priorizar o atendimento como VERMELHO no momento da ACCR.

Foi explicitado que a prova de responsabilidade para a eleição do curso de ação mais prudente se faz necessária para eleger a melhor decisão para a resolução do problema ético. Este ponto surge no depoimento de uma das entrevistadas e traz à tona a autonomia da Enfermeira no ACCR, o que está de acordo com a Resolução Cofen nº 661/2021, que estabelece a autonomia da Enfermeira na decisão da classificação de risco.

O método da bioética deliberativa possibilitou a reflexão sobre o caso clínico e demonstrou a sua importância. Assim compreende-se neste caso que outros problemas éticos podem emergir no contexto de pronto atendimento, o que se recomenda a realização de outros estudos para ampliar a discussão sobre a temática.

Como facilidade na realização deste estudo, destaca-se o apoio da instituição e a colaboração das entrevistadas. As dificuldades encontradas estiveram relacionadas aos dias das entrevistas, visto que as entrevistadas trabalham em dias alternados por regime de plantão e, muitas vezes, devido à demanda de trabalho, não podiam dar entrevista no dia marcado, sendo necessário remarcar as entrevistas.

A partir dos resultados e reflexões, foi elaborado como produto deste estudo: MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PRONTO ATENDIMENTO, que tem como meta proporcionar às Enfermeiras uma reflexão acerca dos problemas éticos, orientá-las a utilizarem a Deliberação Moral para guiar a prática do ACCR.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, João Maurício. Construção retórica da argumentação jurídica. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, [S. l.], 2021. DOI: 10.17808/des.0.1445. Disponível em: <https://revistades.jur.puc-rio.br/index.php/revistades/article/view/1445>. Acesso em: 25 jan. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. **Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995**. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1995 17 out; Seção I:163.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 30 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 8 Dez 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 30 set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/12. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa com Seres Humanos**. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. Ed. 2. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017**. Brasília: DF, 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 19 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Você sabe o que é classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:** <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/voce-sabe-o-que-e-classificacao-de-risco>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL, Casa civil **Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.626, de 19 de julho de 2023**. Brasília: DF 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14626.htm. Acesso em: 29 nov. 2023.

CAMPOS, Thais Santos *et al.* Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. **Revista. Bras. Promoção Saúde**.2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/408/40863235007/html/>. Acesso em: 29 set. 2023.

CAVALCANTE, Jacqueline Samantha Garcia; *et al.* Pesquisas sobre o estado da arte: um estudo a partir de artigos da disciplina tecnologia da informação do mestrado em ensino de ciências da universidade estadual de Roraima. **Revista científica de educação**. V.14, n. 26, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unimesvirtual.com.br/index.php/paideia/article/view/1326>. Acesso em: 04 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen Nº 564/2017**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 25 maio 2023

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução cofen nº 661/2021**. Atualiza e normatiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. 09/03/2021. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html. Acesso em: 19 out. 2023.

DONÁ, Valquiria Correia Lourenço. Dilema Ético na Atuação Profissional: Ambiente Educacional em Foco. **Revista Científica FESA, [S. l.]**, v. 1, n. 7, p. 157–166, 2021. DOI: 10.29327/232022.1.7-13. Disponível em: <https://revistafesa.com/index.php/fesa/article/view/82>. Acesso em: 16 jul. 2024.

ENTRALGO, Pedro Laín. Real Academia Nacional de medicina da Espanha, **Universidad Complutense de Madrid, 03 de abril de 1990**. Disponível em: <https://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero/75-excmo-sr-d-diego-m-gracia-guillen.html?showall=&limitstart=>. Acesso em: 22 jan. 2024.

FERRAZ, Cecília Maria Lima Cardoso; BRITO, Maria José Menezes. Elementos associados à deliberação moral na equipe de saúde da família: em busca da excelência da prática profissional. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.31, n.3, e201051pt, 2022. DOI 10.1590/S0104-12902022201051pt. Acesso em: 23 jan. 2024.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.** New York: Routledge, 2017.

GRACIA, Diego. Moral deliberation: The role of methodologies in clinical ethics. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 4, p. 223–232, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1011445128427>. Acesso em: 23 jan. 2024.

GRACIA, Diego. Tomar decisiones morales: Del casuismo a la deliberación. **Dilemata, Norte américa**, n. 20, p. 15-31, jan. 2016. Disponível em: <<http://www.dilemata.net/revista/index.php/dile-mata/article/view/420>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2018; 52:e03318. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318>. Acesso em: 29 set. 2023.

IBGE - **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.** 2023 Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>. Acesso em: 07dez. 2024.

JESUS, Ione Sales de. Deliberação moral da enfermeira no atendimento pré –hospitalar móvel na pandemia da covid-19. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

LUIZ, Franciane Silva; *et al.*, Papel do pensamento crítico na tomada de decisão pelo enfermeiro: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health.** 2020 Vol.Sup.n.38 | e1763. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1763.2020>. Acesso em: 29 nov. 2023.

LUZ, Kely Regina da; *et al.*, Deliberação moral dos enfermeiros frente a internação por ordem judicial. **Rev. Enferm. USFM-REUFMS**, Santa Maria, RS, V. 09, Ed.27, p.01-20, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FRw6qmHYMhmkvP5zR3Tyg4v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.

MELO Alana Gabriela Carvalho Peixoto *et. al.* Compreensão da enfermeira sobre os conflitos e dilemas éticos na vivência de morte da pessoa cuidado no perioperatório. **XXIV Seminário de Iniciação Científica n. 24** (2020). Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/6729>, Acesso em: 29 set. 2022.

MENDES, Bianca Flor *et al.* Os Dilemas Éticos que o Profissional Enfermeiro Enfrenta em seu Cotidiano no Atendimento ao Cliente. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.6,

p. 57210-57231 jun. 2021. Disponível em: DOI: 10.34117/bjdv7n6-226. Acesso em: 10 nov. 2023.

MENEGON, Fernando Henrique Antunes; SANTOS, José Luís Guedes dos; GONÇALVES, Natália; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; KLOCK, Patrícia; AMESTOY, Simone MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. - São Paulo: Hucitec, 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. 407 p.

OLIVEIRA, Rosiayne Rose de; COELHO, Marta Pereira, MORAES-PARTELLI, Adriana Nunes. Percepção da ética e bioética para os estudantes de enfermagem. São Paulo: **Rev.Recien**. 2023; 13(41): 355-365. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.355-365>. Acesso em: 29 nov.2023.

OLIVEIRA Simone da Silva, *et al.*, Vivências da deliberação moral de enfermeiras no atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. baiana enferm**. 2021; DOI: 10.18471/rbe.v35.38733. Acesso em: 03 dez 2023.

PEREIRA, Kely Cristina; FERREIRA, Wellington Fernando da Silva. Classificação de riscos no atendimento de urgência e emergência: contribuição do enfermeiro. **Rev. Jurídica Uniandrade** v. 31 n. 1 (2020): Disponível em: <https://revista.uniandrade.br/index.php/juridica/article/view/1737>. Acesso em: 03 out. 2022.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROCHA, Sheila do Socorro Fernandes da. **Acolhimento com classificação de risco obstétrico: proposta de readequação do instrumento de registro**. Dissertação [Mestrado]. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. 2018.

SACOMAN, Thiago Marchi, *et al.*, Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Rev. Saúde debate** 43 (121) • Apr-Jun 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>. Acesso em: 23 nov. 2023.

SAMPAIO Raiane Antunes *et al.* Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. Cogitare Enferm**. [Internet]. 2022. Disponível em: [dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80194](https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80194). Acesso em: 03 out. 2022.

SANTOS, D. V. DOS. *et al.* Nurses' moral deliberation in the child care process. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 197–203, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FRw6qmHYMhmkvP5zR3Tyg4v/?lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2023.

SANTOS, Lorraine Alves de Souza *et al.* Dilemas éticos vividos pela equipe de saúde no cuidado à mulher em abortamento induzido. **Saúde da mulher e do recém-nascido: políticas,**

programas e assistência multidisciplinar. São Paulo: Ed. Científica Digital p. 114-132. 2021. Acesso em: 23 nov. 2023.

SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA, 2017. **Protocolo Estadual de Classificação de Risco.** Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/protocolo_classificacaoderisco_jun_2017.pdf. Acesso em: 23 nov. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE FEIRA DE SANTANA, <http://www.feiradesantana.ba.gov.br/>, 2023. **Urgência e emergência – policlínicas.** Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br/servicos.asp?Id=14&link=sms/urgenciaemergencia/policlinica.asp>. Acesso em: 18 out. 2023.

SILVA, Alessandra Lara; PAIVA, Adriana Pontes; Metodologia da pesquisa científica no Brasil: natureza da pesquisa, métodos e processos da investigação. *Rev. Research, Society and Development.* v. 11, n. 10, e479111032264, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32264>. acesso: 02 de dez. 2023.

SILVA, Marcela Samara Lira da; SIMÕES; Deysiane Ribeiro Pessoa; ANDRADE; Luciana Dantas Farias de. Dilema da tomada de decisões no contexto da saúde por meio de uma obra shakespeariana. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, 2021. Disponível em: <https://periodicos.baraodemaua.br/index.php/cse/article/view/184>. Acesso em: 20 nov. 2023.

VITORIA Tayara de Oliveira. Compreensão sobre Tomada de decisão das enfermeiras diante conflitos e dilemas éticos vivenciados no acolhimento com classificação de risco. Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2021.

ZAMBONIN, F. et al. Classificação dos pacientes na emergência segundo a dependência da enfermagem. **Rev. enferm UFPE**, v. 13, n. 4, p. 1133-1141, 2019. Disponível em: <https://Periodicos.UFPE.br/revistas/revista-enfermagem/article/view/236792>. Acesso em: 18 out. 2022.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SANTOS, Deisy Vital. **Deliberação:** sistematização da tomada de decisão em ética. In: OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma. *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e saúde.* 2. ed. Barueri: Manole, 2017. Cap. 13. p. 209- 225.

APÊNDICE A- SÍNTESE DOS ARTIGOS ENCONTRADOS NAS BASES DE DADOS

| Ano | Referência | Objetivo | Metodologia | Resultados |
|------|---|---|---|---|
| 2018 | ROCHA, Sheila do Socorro Fernandes da. Acolhimento com classificação de risco obstétrico: proposta de readequação do instrumento de registro. Dissertação [Mestrado]. Fundação Santa Casa de misericórdia do Pará. 2018. | Descrever a visão dos enfermeiros da triagem obstétrica que atuam no acolhimento da usuária, quanto à aplicabilidade do instrumento de coleta de dados da classificação de risco em uso na Instituição estudada. | O estudo é do tipo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa de natureza aplicada, foi realizada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), no setor de urgência e emergência obstétrica. Foi desenvolvido com 16 (dezesesseis) enfermeiros, distribuídos nos três turnos, que atuam no setor de urgência e emergência obstétrica e realizam o preenchimento do instrumento de classificação de risco durante o acolhimento das usuárias. | Revelou-se aspectos dificultadores quanto à aplicabilidade do instrumento, como incerteza para o que registrar; repetição de dados e incompletude nos fluxogramas e discriminadores ante a realidade assistencial; não compatibilidade dos discriminadores e os níveis de prioridade diante do perfil de atendimento e a superlotação do setor; refletindo na demora da realização do processo de classificar e evidenciou-se comprometimento no atendimento. |
| 2019 | Lacerda, Andrea Stella Barbosa. <i>et al.</i> Acolhimento com classificação de risco: r.2023 relação de justiça com o usuário. Rev.Bras.Enferm. 2019; 72(6): 1572-80. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/7jh9XPTXx3SPcvKFx9Bkh3f/?lang=en | Descrever a concepção de justiça de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em Emergência; analisar a concepção de justiça na implementação da Classificação de Risco na Emergência a partir do reconhecimento do usuário; discutir, a partir da Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, a justiça com o usuário na Classificação de Risco em Unidade de Emergência. | Pesquisa qualitativa de tipologia descritiva, exploratória, que utilizou como método a pesquisa-ação. Análise de Conteúdo de Bardin. | Foi organizada uma categoria: “Justiça versus Injustiça” e três subcategorias: “Autonomia/ Liberdade versus Heteronímia/Subordinação”; “Comunicação versus Problemas Hermenêuticos”; “Contribuições versus Conflitos”. |
| 2019 | Saviato, R. M., Mercer, S., Matos, C. C. P., & Leão, E. R.. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: e autocompaixão e empatia. Revista Latino-Americana de Enfermagem , 2019 27(e3181), | Este estudo adaptou e validou a escala <i>Consultation and Relational Empathy Measure</i> (versão brasileira) para avaliação da empatia por enfermeiros; avaliou a concordância entre empatia autorreferida | Sete juízes validaram a adaptação da escala citada para a <i>Consultation and Relational Empathy Measure Nurses</i> (versão brasileira) com anuência do autor da escala original. Uma amostra de quinze enfermeiros e 93 pacientes do Serviço de | As propriedades psicrométricas da <i>Consultation and Relational Empathy Measure Nurses</i> (versão brasileira) demonstraram consistência interna adequada (<i>alfa de Cronbach de 0,799</i>). A empatia na visão dos pacientes foi mais |

| | | | | |
|------|---|--|--|--|
| | e3151. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3049.3151 | pelos enfermeiros e a percebida pelos pacientes e correlacionou autocompaixão com empatia autorreferida dos enfermeiros e percebida pelos pacientes. | Emergência de um hospital privado filantrópico foram avaliados utilizando a <i>ConsultationandRelationalEmpathyMeasure Nurses</i> (versão brasileira) e a Escala de Autocompaixão (versão brasileira). | bem avaliada do que a autorreferida pelos enfermeiros ($p < 0,001$). Enfermeiros mais autocompassivos apresentaram maiores escores de empatia ($p = 0,002$). |
| 2021 | Oliveira SS, Lima AB, Santa Rosa DO, Freitas GF, Ferraz MOA. Vivências da deliberação moral de enfermeiras no atendimento pré-hospitalar móvel. Rev baiana enferm. 2021;35:e38733. | Compreender como as enfermeiras vivenciam a ação de deliberação moral no seu cenário de prática. | Estudo fenomenológico sobre a deliberação, realizado no período de janeiro a março de 2014. | Emergiram três categorias concretas experienciadas no mundo-vida do APHM: expressando o contexto do APHM vivenciado como fundamento do ato de deliberar; revelando o conhecimento técnico-científico como fundamento para a ação da deliberação moral das enfermeiras no APHM; expressando a dimensão social das relações estabelecidas entre as equipes como fonte de problemas éticos no cenário do APHM. |
| 2022 | Soster, C. B. <i>et al.</i> , Protocolos de triagem avançada no serviço de emergência: revisão Sistemática e metanálise. Rev. LatinoAm. Enfermagem. 2022;30:e3511 DOI: 10.1590/1518-8345.5479.3511 | Avaliar a efetividade do uso de protocolos de triagem avançada no tempo de permanência, segurança e satisfação dos pacientes e profissionais no serviço de emergência. | Revisão Sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados das Base de dados Embase BVS, PubMed, CINAHL, Cochrane Library E literatura cinza, utilizando o Review Manager 5.4. Foram incluídos Estudos que analisaram tempo de permanência em seus desfechos E excluídos estudos que consideraram outros protocolos de triagem. | Foram encontrados 26.672 estudos, revisados por pares, E dez foram incluídos na metanálise. Para tempo de permanência dos Pacientes, sete estudos foram incluídos na metanálise (n=8.229), mostrando uma redução de 36 minutos (-0,36[-0,55; -0,17] p=0,002), Resultado com baixa certeza de evidências, favorável à intervenção, Variando entre -0,53(-0,81; -0,25) e -0,29(-0,50; -0,07) na análise dos subgrupos. |

APÊNDICE B-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Problemas éticos vivenciados no acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: deliberação moral da Enfermeira”, da pesquisadora Edneide Barbosa da Silva sob orientação da Profa. Dra. Marluce Alves Nunes Oliveira Sobrinho e Coorientador Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento”. Tem como objetivo compreender a deliberação moral das Enfermeiras frente aos problemas éticos vivenciados no acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento. Os resultados obtidos poderão contribuir para publicação de artigo, apresentação no campo para a equipe e em congressos e eventos de pesquisa científica além de confecção de um guia de Guia Prático para as Enfermeiras que atuam no ACCR e situações de problemas éticos vivenciados na prática e as deliberações da Enfermeira, respeitando os princípios éticos o que poderá ajudar em sua prática. Estes dados ficarão com a pesquisadora por cinco anos no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, dado este tempo serão incinerados. Serão critérios de inclusão: Enfermeiras com mais de seis meses atuando na unidade e que estejam em pleno exercício das suas atividades e como exclusão não estiver no momento da coleta de dados, em gozo de férias ou licenças. Estudo será de abordagem qualitativa. Para coleta de dados será aplicada uma entrevista semiestruturada que constará de duas partes a primeira com a caracterização dos participantes: Nome fictício, Gênero, Idade, Estado civil, Tempo de formada. Tempo de atuação em setor de triagem na unidade de urgência e emergência, Carga horária de trabalho semanal, outros vínculos empregatícios, outros setores de atuação e Capacitação/Aperfeiçoamento e na segunda parte duas questões aproximação. No segundo momento da coleta de dados terá duas perguntas de aproximação e apresentada uma vinheta que descreverá um problema ético vivenciado pela pesquisadora durante sua atuação como Enfermeira na classificação de risco em unidade de pronto atendimento e questionamentos acerca desta vinheta. Você receberá resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa em qualquer momento que desejar. Assim como terá total liberdade para retirar o seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo para você. Seu anonimato será assegurado, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, isto é, não será divulgado que foi você quem forneceu as informações, a entrevista durará 40 minutos. Os possíveis riscos desta pesquisa são desconforto, constrangimento ao responder as perguntas, medo de suas falas tornarem públicas, inibição por expor suas opiniões ou relatos, receio de represálias, seu sigilo será resguardado, e a entrevista será aplicada em local reservado. Você receberá a assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa. A sua participação não acarretará custos ou terá compensação financeira. Caso seja verificado algum prejuízo com a pesquisa, você será indenizado se comprovado o prejuízo. Comprometo-me a disponibilizar os resultados obtidos desta pesquisa para você, utilizar os mesmos para construção de relatórios de pesquisa, e divulgação para fins científicos, mantendo o sigilo de sua identidade. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos sobre sua participação na pesquisa você poderá entrar em contato com a coordenação do curso do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS (75) 3161.8161, localizado na Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS Módulo VI sala 01, anexo do departamento de saúde. Bem como com o Comitê de Ética em Pesquisa- CEP-UEFS, que tem por finalidade salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. pelo telefone (75) 3161-8124 ou e-mail: cep@uefs.br, com funcionamento de segunda a sexta-feira atendimento do cep-uefs (13h30min - 17h30min) localizado na Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS Módulo I, MA 17. Caso esteja bem-informado e concorde em participar, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, permanecendo uma via com você e a outra com as pesquisadoras.

Data: _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Participante/_____

Assinatura do (a) Pesquisador (a):_____

APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Nº da entrevista: ____

Local da entrevista: _____

Data: ____/____/____ Início: __: __ h Término __: __ h

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:

Nome Fictício: _____

Gênero: _____ Idade: _____

Estado civil: _____

Tempo de formado (a): _____

Tempo de atuação em setor de triagem na unidade de urgência e emergência: _____

Carga horária de trabalho (semanal): _____

Outros vínculos empregatícios: _____

Outros setores de atuação: _____

Capacitação/Aperfeiçoamento: _____

II PARTE – ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO

1 Como realiza o Acolhimento e Classificação de Risco em unidade de pronto atendimento;

2 Fale-me sobre problemas éticos vivenciados no Acolhimento e Classificação de Risco em sua prática.

SEGUNDO MOMENTO: DADOS REFERENTES AOS PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: DELIBERAÇÃO MORAL DA ENFERMEIRA.

ORIENTAÇÕES- Você na condição de Enfermeira assistencial de pronto atendimento no Acolhimento e Classificação de Risco já enfrentou diversas situações que trazem problemas éticos no cotidiano. Neste momento lhe apresento uma situação prática para que você possa aplicar seus conhecimentos de ética e bioética. Leia a situação apresentada a seguir e depois responda as questões:

Em julho de 2022, chega à unidade de pronto atendimento um idoso, trazido em cadeira de rodas por familiar (filho), com relato de queda da própria altura em banheiro do seu domicílio, familiar relata que o encontrou caído há cerca de 20 minutos. Ao passar pela sala de triagem e ACCR, foi indagado ao idoso se ele se recordava do ocorrido, o mesmo respondeu que sentiu tontura e a visão escureceu e depois não se recordava o que ocorreu, somente quando filho o chamou que recobrou a consciência. Ao exame físico: Lúcido, orientado, hipoativo, queixa de

cefaleia, pupilas isocóricas e dor em joelho esquerdo, presença de pequena lesão cortante superficial e com presença de sangue em região temporal esquerda e laceração em joelho esquerdo; **SSVV: P.A** 110X80 mmhg; **HGT:** 69 mg;dl; **PULSO:** 54 bpm; **SPO2:** 95 %;. Considerando o quadro apresentado e SSVV apresentados, foi classificado no ACCR como amarelo e encaminhado para atendimento médico, onde foi avaliado e prescrito, limpeza e antissepsia em lesão e sutura simples e observação por 6 horas por possível TCE. Após 01 hora de observação, filho do idoso, solicita a enfermagem informando que pai está agitado e apresentou 01 episódio de vômito, ao avaliar o idoso, o mesmo apresenta agitação psicomotora, anisocoria e rebaixamento de nível de consciência logo após, médico plantonista foi acionado e solicitado que o usuário fosse encaminhado para sala vermelha para estabilização, sendo reclassificado no ACCR como vermelho; porém a unidade somente disponha de uma sala de estabilização que já havia sido ocupada há cerca de 30 minutos.

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1 Considerando sua vivência em pronto atendimento no Acolhimento e Classificação de Risco questiona-se: Na sua percepção existe problema ético nesta situação? Justifique sua resposta.
- 2 Fale-me se considera classificação adotada correta ou não? Justifique sua resposta.
- 3O que você recomendaria como caminho para resolução deste problema? Justifique sua resposta.

APÊNDICE D- MANUAL DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PRONTO ATENDIMENTO



UEFS

**Edneide Barbosa da Silva
Marluce Alves Nunes Oliveira**

**MANUAL DE
ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO EM PRONTO
ATENDIMENTO**

**FEIRA DE SANTANA-BA
2025**



AUTORAS**Edneide Barbosa da Silva**

Enfermeira
Especialista em urgência e emergência
Especialista Saúde Pública e Vigilância em Saúde
Mestranda em Enfermagem-Mestrado Profissional em
Enfermagem-Universidade Estadual de Feira de Santana;
Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos
em Saúde

Marluce Alves Nunes Oliveira

Enfermeira
Mestre em Engenharia de Produção
Doutora em Enfermagem
Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana
Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos
em Saúde

APRESENTAÇÃO

Este manual contempla a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída no Brasil, que tem por objetivo reorganizar o Sistema Único de Saúde (SUS), já vigente para humanizar as relações entre a tríade: Profissionais, usuários e gestores; nessa perspectiva são utilizadas tecnologias de trabalho que servem como ferramentas para construção de redes de serviços dentre as quais se destaca o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) (Sampaio *et al.*, 2022). Assim, o acolhimento é organizado a fim de que os usuários com sinais de gravidade tenham prioridade no atendimento.

A PNH contempla a Resolução Conselho Federal de Enfermagem, Nº 661/2021^a, no Art. 1º, que dispõe como ação privativa da enfermeira, “No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro observadas disposições legais da profissão (Conselho Federal de Enfermagem, 2021). Percebe-se a responsabilidade da enfermeira que atua em unidade de pronto atendimento e a incerteza para tomar decisões, pois ocorrem situações complexas e eticamente problemáticas; sendo assim uma das ferramentas para tomada de decisão é a Deliberação Moral (DM). A DM é compreendida como um método de avaliação para facilitar a tomada de decisões efetivas (Gracia, 2016).

Mais sobre a Resolução Cofen, Nº 661/2021 acesse o QR CODE



ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 5 |
| PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO..... | 6 |
| FLUXOGRAMA DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO PRONTO ATENDIMENTO..... | 7 |
| QUALIFICADORES/FLUXOS DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA ADULTOS..... | 9 |
| REFERÊNCIAS..... | 41 |

INTRODUÇÃO

O Humaniza SUS trabalha integrando trabalhadores, usuários e gestores no que se refere à produção e gestão do cuidado à saúde, acolher e reconhecer a necessidade de saúde do usuário e suas reais demandas conforme sua singularidade (Brasil, 2015).

De acordo com Brasil (2009) a Classificação de Risco é um dispositivo, que propõe organizar o atendimento de urgência e emergência por critério de gravidade clínica e não por ordem de chegada, além de outros objetivos, como: deixar o usuário e familiares cientes que o atendimento será por ordem de urgência e tempo de espera do seu caso.

Nesse contexto, a enfermeira em sua atividade prática em unidade de Pronto Atendimento vivencia situações e busca por meio dos princípios éticos e legais, exercer sua autonomia e tomar decisões. Portanto, é de responsabilidade da enfermeira deliberar a classificação de risco daquele usuário, e a depender da sua decisão impactará diretamente no quadro de saúde, tanto para a recuperação, como o agravamento.

A elaboração deste manual teve por objetivo nortear as enfermeiras no planejamento e execução das atividades de ACCR, nos serviços de Pronto Atendimento, mediante a tomada de decisões como parte integrante no processo de trabalho. Importante salientar que a classificação de risco requer raciocínio e habilidades, que se baseiam no conhecimento técnico e científico e no protocolo do ACCR do Humaniza SUS. Dessa forma, o protocolo é uma ferramenta importante de apoio à tomada de decisão clínica e uma forma de padronizar e tem por objetivo a pronta identificação dos usuários mais graves, permitindo um atendimento rápido, seguro e oportuno, de acordo com o risco (Secretaria do Estado da Bahia, 2017).

Mais sobre a PNH acesse o QR CODE



PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO

A classificação ocorre com a identificação dos usuários que necessitam de intervenção médica e de cuidados de Enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando o processo de escuta qualificada e tomada de decisões baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do Enfermeira.

A - Usuário procura o serviço de urgência.

B - É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e encaminhado para atendimento de Enfermagem.

C - Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pela Enfermeira que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário; determinar às áreas de atendimento em nível primário (suturas, sala vermelha e consultas);

Acolher usuários e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera; realizar a Triagem Administrativa baseada no protocolo de situação, queixa e encaminhar os casos que necessitam da avaliação para a classificação de risco pela Enfermeira. A Classificação de Risco é realizada com base no protocolo adotado pela instituição de saúde, representado por cores que indicam a prioridade clínica de cada usuário

O objetivo da classificação de risco **não é fazer um diagnóstico**, mas sim definir uma **prioridade clínica para o primeiro atendimento** dos profissionais de saúde. A classificação de risco adotada se dá no seguinte esquema:

Vermelho: Prioridade zero – emergência; necessita de atendimento imediato;

Amarelo: Prioridade 1 – Urgente; o paciente precisa da avaliação, mas não se trata de emergência, visto que ele possui condições clínicas para aguardar (60 minutos);

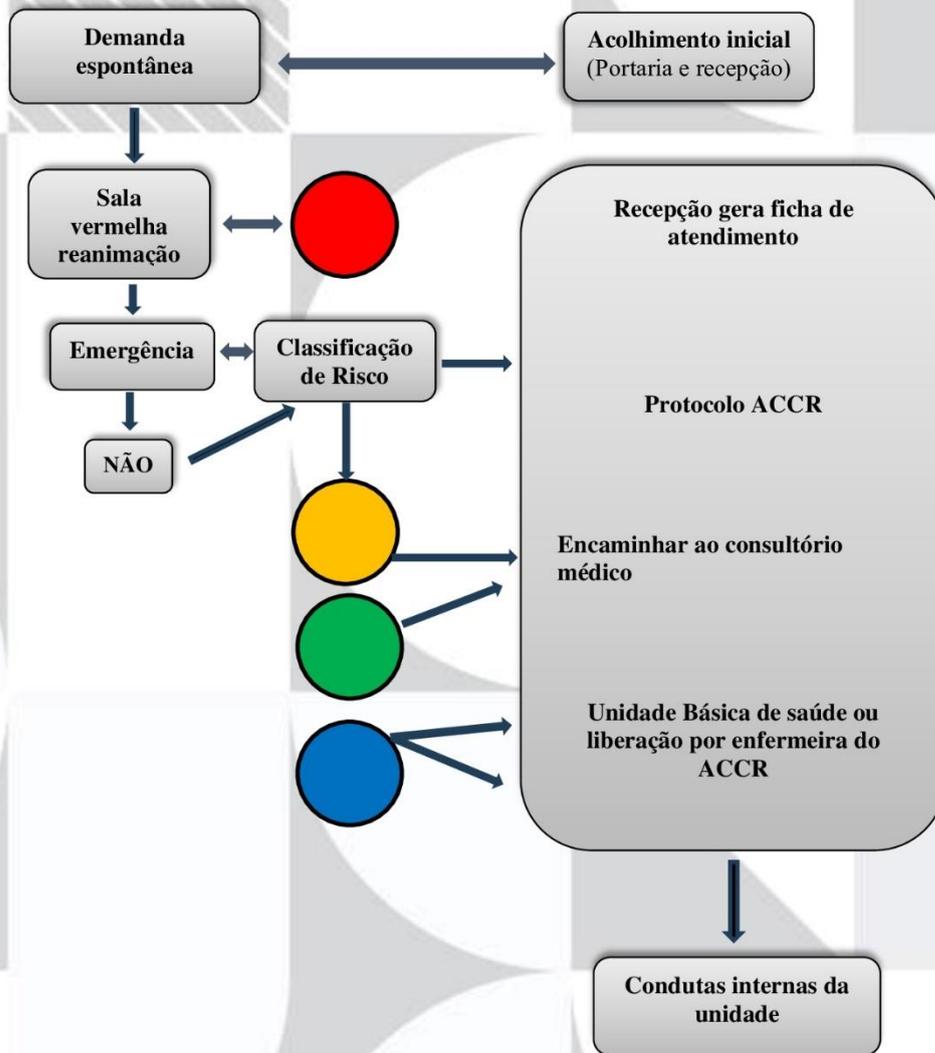
Verde: Prioridade 2 – pouco urgente; caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório ambulatorialmente (120 minutos);

Azul: Prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 4 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências. Caso típico para acompanhamento ambulatorial (Brasil, 2024)

As prioridades são realizadas mediante adesivos coloridos colado no canto superior direito da pulseira de identificação impressa no setor pelo SISTEMA DIGITAL IDS SAÚDE.

METODOLOGIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O método da classificação de risco consiste em identificar a queixa principal do paciente (motivo que o levou a procurar o serviço), definir a condição apresentada (fluxograma de apresentação) e procurar sinais e sintomas (discriminadores), em cada nível de prioridade clínica.

FLUXOGRAMA DO ACCR NO PRONTO ATENDIMENTO

FONTE: Elaboração da autora (Silva, 2025)

Qualificadores/Fluxos de Acolhimento com Classificação de Risco para Adultos



Fonte: Cofen (2024)

Parâmetros / Sinais Vitais Adultos

| Pressão Arterial | Sistólica | Diastólica |
|---------------------------------|----------------|-------------------|
| PA ótima | < 120 mmHg | e < 80 mmHg |
| PA normal | 120 – 129 mmHg | e 80-84 mmHg |
| Pré-hipertenso | 130 – 139 mmHg | e/ou 85 – 89 mmHg |
| HA Estágio 1 | 140 – 159 mmHg | e/ou 90-99 mmHg |
| HA Estágio 2 | 160-179 mmHg | e/ou 100-109 mmHg |
| HA Estágio 3/Crise hipertensiva | ≥ 180 | e/ou ≥ 110 |
| Hipotenso | < 90 mmHg | < 50 mmHg |

* Diretriz Brasileira de Hipertensão 2020

| Padrão Respiratório | | | |
|---|---|---|-------------------|
| Dispnéia | Taquipnéia | Bradpnéia | Eupnéia |
| Respiração difícil, trabalhosa ou curta | Respiração rápida, acima dos valores da normalidade, pouco profunda | Respiração lenta, abaixo da normalidade | Respiração normal |
| | > 25 ipm | < 10 ipm | Entre 12 a 24 ipm |

Tabela 2 / Fonte: American Heart Association

| Valores da Temperatura Axilar | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hipotermia | Normotermia | Hipertermia/ Febre |
| Abaixo de 35° C | Entre 36° C e 37,5° C | Entre 37,8° C e 40° C |

Tabela 3 / Fonte: American Heart Association

| Valores da Saturação de Oxigênio | | | |
|----------------------------------|-----------|-------|---------|
| Normal | Aceitável | Baixo | Crítico |
| 100% | Até 95% | < 95% | < 90% |

Tabela 4 / Fonte: American Heart Association

| Pulso/ Frequência Cardíaca | | |
|----------------------------|-------------|-------------|
| Normal | Taquicardia | Bradicardia |
| De 60 a 80 bpm | ≥ 100 bpm | < 60 bpm |

Tabela 5 / Fonte: American Heart Association

Fonte: (AHA-American Heart Association, 2020); (Secretaria do Estado da Bahia, 2018).

ENCAMINHAMENTOS NAS ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES

VERMELHO

Qualificadores

- Parada cardiorrespiratória.
- Parada respiratória
- Bradicardia (FC < 40 bpm)
- Hipertensão com sinais de má perfusão ou dispneia ou alteração neurológica
- Hipertensão (P.A > 180x120 mmHg) associada a lesão aguda de órgão-alvo (sinais de má perfusão)
- Hipotensão (P.A sistólica < 80mmHg) (P.A sistólica < 70mmHg) com sinais de má perfusão ou dispneia ou alteração neurológica
- Taquicardia (FC >140bpm)
- Alteração do estado de consciência
- Respiração agônica/Gasping

Encaminhamento

- Atendimento médico imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausentes, desidratação extrema, insuficiência respiratória.

AMARELO

Qualificadores

- Bradicardia (FC > 51bpm < 60) ou taquicardia (FC > 140 bpm) com estado mental preservado, sem sinais de má perfusão ou dispneia ou alteração neurológica
- Hipertensão (PA > 180x 120 mmHg), sem lesão aguda de órgão-alvo ou piora de lesão (assintomático).

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

- Hipertensão < 170 x 110 mmHg (assintomático)

Encaminhamento

- Clínica médica

AZUL

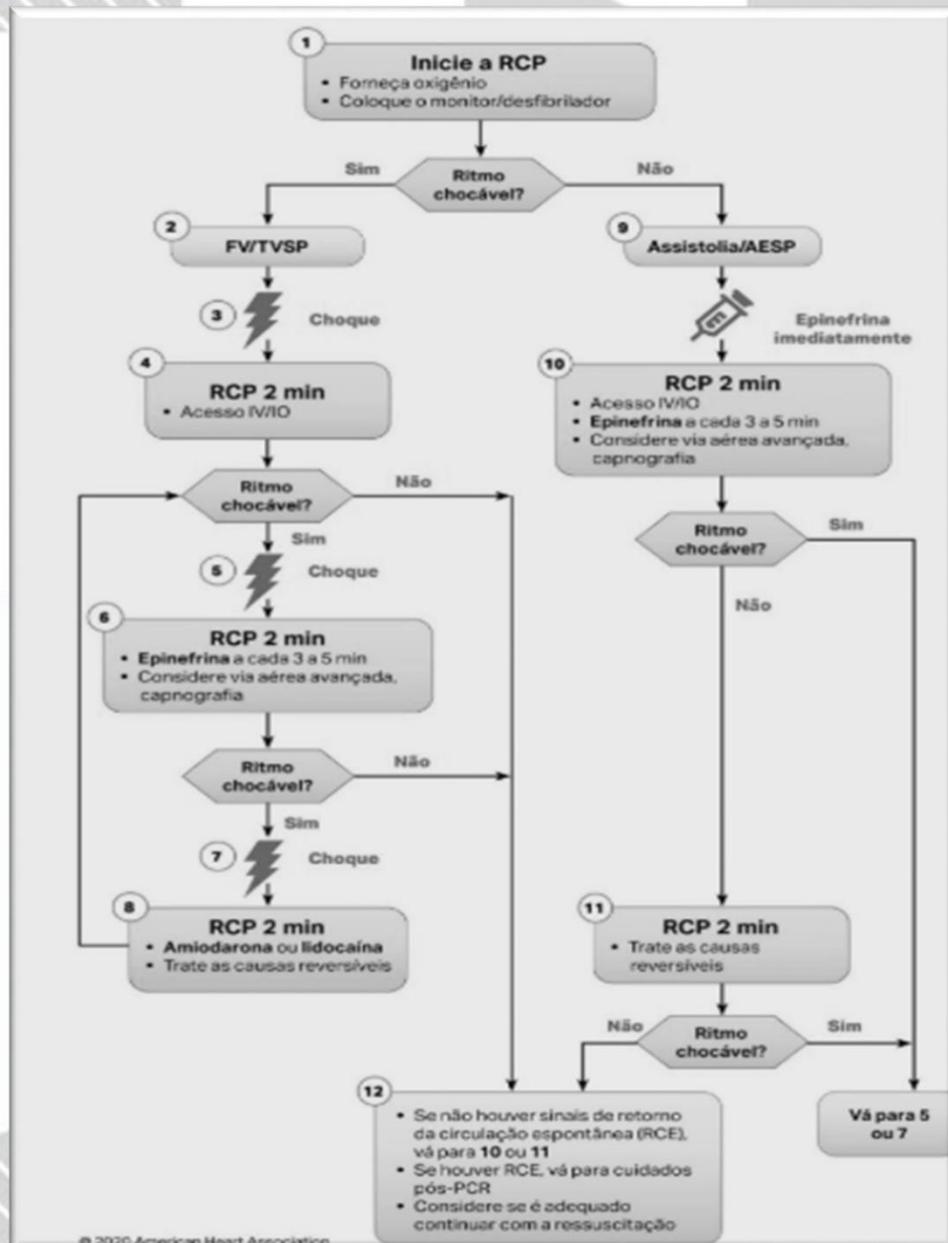
Qualificadores

- Hipertensão < 130 x 80 mmHg (assintomático)
- Troca de receita de uso crônico

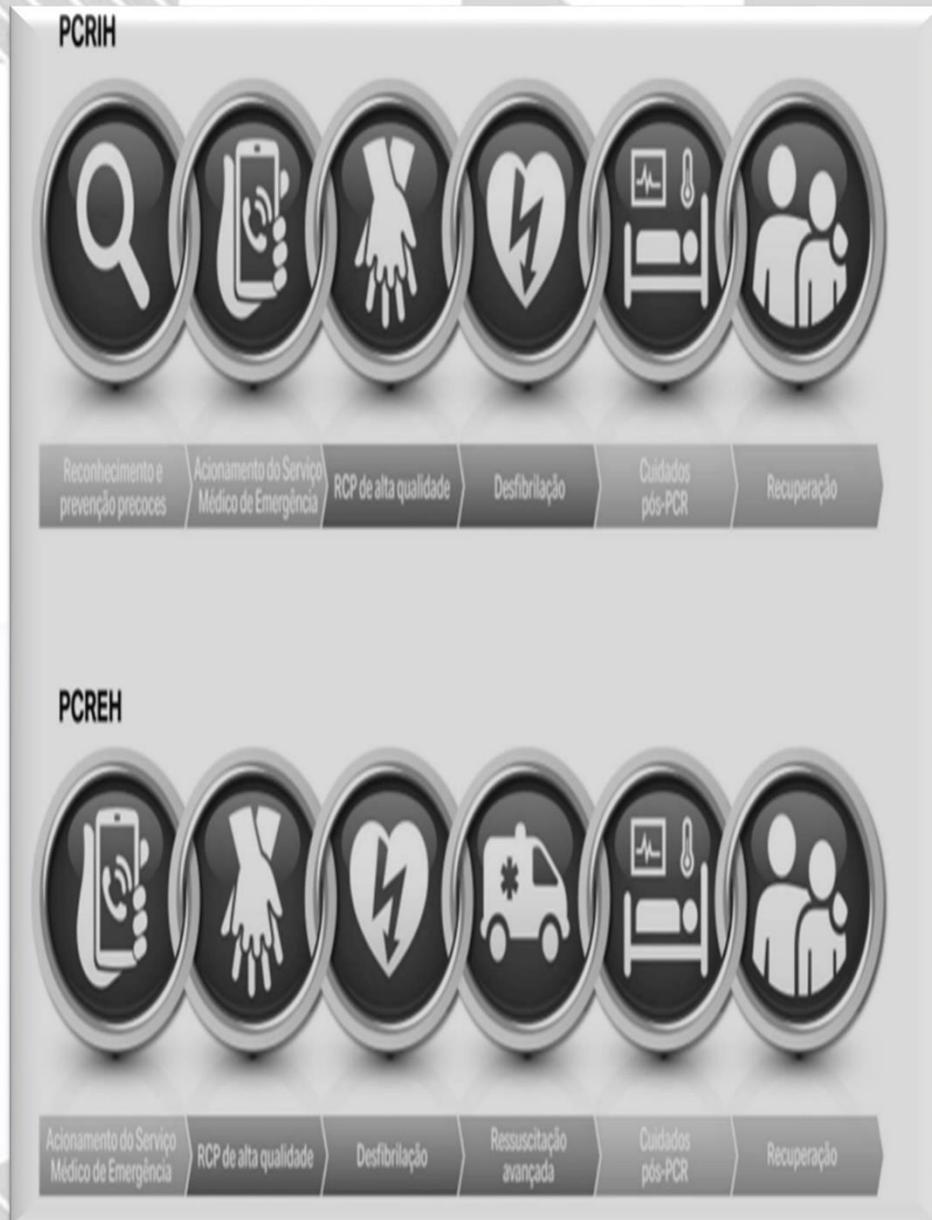
Encaminhamento

- Unidades de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde mais próxima ao domicílio.

RECOMENDAÇÕES ACLS (2020) EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
ALGORITMO



**RECOMENDAÇÕES ACLS (2020) EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)
INTRA-HOSPITALAR E EXTRA-HOSPITALAR, CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA**



ENCAMINHAMENTOS NOS TRAUMAS

VERMELHO

Qualificadores

- Lesão grave de únicos ou múltiplos sistemas TCE com Glasgow < 8
- Grande queimado (>26%SCQ) ou acometimento de vias aéreas com inalação de fumaça
- Trauma de tórax o abdominal perforante, taquipneia, alteração de nível de consciência, hipotensão, taquicardia e dor intensa
- Lesões múltiplas de membros ou desalinhamento
- Dados vitais normais
- Dor intensa 8-10
- Palidez cutânea e sudorese fria
- Estado de consciência normal (alerta)
- Sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas
- Relato de perda de consciência
- Fratura com deformidades ou luxações
- Ferimento com sangramento ativo não compreensível
- Dor ou instabilidade da pele

Encaminhamento

- Estabilização em sala vermelha, acionamento do SAMU para remoção imediata a uma unidade hospitalar

AMARELO

Qualificadores

- Dados vitais normais
- Dor moderada 4-7
- Fratura sem deformidade
- Ferimentos extensos sem sangramento ativo

Encaminhamento

- Observação, regulação para unidade hospitalar

VERDE

Qualificadores

- Dados vitais normais
- Dor leve 1-3
- Contusões ou escoriações
- Trauma há mais de 6 horas

Encaminhamento

- Clínica médica

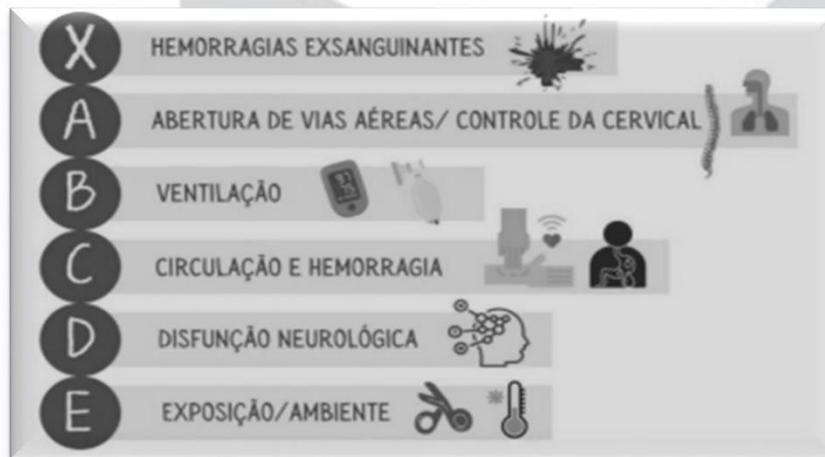
TRAUMAS (MAIOR, GRAVE, MODERADO E LEVE)

Fonte: (Australasian College Emergency Medicine, 2012.); (ATLS-Advanced Trauma Life Support for Doctors.2018).

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E MECANISMOS DO TRAUMA

| | |
|---|---|
| Mecanismos de Trauma de Alto Risco | Acidente automobilístico com ejeção do veículo |
| | Acidente automobilístico com capotamento |
| | Acidente automobilístico com tempo de resgate > 20min |
| | Acidente automobilístico com intrusão significativa do compartimento do motorista / passageiro |
| | Acidente automobilístico com óbito no mesmo compartimento do motorista / passageiro |
| | Acidente automobilístico com impacto frontal em velocidade > 40Km/h (sem cinto de segurança) ou em velocidade > 60Km/h (com cinto de segurança) |
| | Acidente com motocicleta com impacto de carro em velocidade maior que 30Km/h, especialmente quando motociclista é separado da motocicleta |
| | Atropelamento de pedestre ou ciclista por carro em velocidade > 10Km/h |
| | Queda de altura de > 3 vezes a altura do paciente |
| | Explosão |

Fonte: ATLS (2018)



Fonte: Leite et al. (2024)

ENCAMINHAMENTOS NO TRAUMA CRÂNIOENCEFÁLICO E COMA

| VERMELHO | |
|-----------------------|--|
| Qualificadores | <ul style="list-style-type: none"> • Alteração do estado de consciência ECGLASGOW entre 9 e 13 ou confusão mental • Cefaleia intensa (8-10) ou cervicalgia • Perda da consciência • Otorragia • Náuseas e vômitos • Crise convulsiva • ECGLASGOW < 8 |
| Encaminhamento | <ul style="list-style-type: none"> • Estabilização em sala vermelha, regulação imediata para unidade hospitalar com suporte de UTI neurológica. |
| AMARELO | |
| Qualificadores | <ul style="list-style-type: none"> • ECGLASGOW entre 14 ou 15 • Cefaleia moderada 4 a 7 • Sem perda de consciência, náusea, vômito, crise convulsiva ou ferimento perfurante |
| Encaminhamento | Observação com monitorização, regulação para unidade hospitalar com suporte neurológico. |
| VERDE | |
| Qualificadores | <ul style="list-style-type: none"> • ECGLASGOW 15 • Cefaleia 1 a 3 • Trauma de baixo impacto • Trauma há mais de 6 horas |
| Encaminhamento | <ul style="list-style-type: none"> • Clínica médica |

TRAUMA CRANIO ENCEFALICO (TCE) E COMA

Fonte: (Australasian College Emergency Medicine, 2012.); (ATLS-Advanced Trauma Life Support for Doctors.2018); (<https://www.glasgowcomascale.org/>).

ENCAMINHAMENTOS NAS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

VERMELHO

Qualificadores

- Dados vitais alterados
- ECGlasgow entre 9 e 13
- Piora da seqüela neurológica prévia
- Em pós-ictal com sonolência ou comatoso
- Com crises repetitivas sem recuperação completa entre as mesmas
- Déficit neurológico agudo (paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia e paralisia facial)
- Cefaleia intensa 8-10 de início súbito
- Rigidez de nuca, hiper tonicidade, rigidez muscular
- Distúrbio do equilíbrio associado com náuseas e vômitos

Encaminhamento

- Clínica médica

AMARELO

Qualificadores

- Dados vitais normais
- Em pós-ictal, mas alerta
- Relato de primeira crise convulsiva
- Crise convulsiva há menos de 12 horas e alerta
- Relato de desmaio ou síncope
- Ritmo cardíaco irregular
- Hemiparestesia (formigamento, dormência, tontura rotatória)

Encaminhamento

- Clínica médica

VERDE

Qualificadores

- Dados vitais normais
- Crise convulsiva há mais de 12 horas
- Tontura rotatória

Encaminhamento

- Clínica médica

AZUL

Qualificadores

- Dados vitais normais
- História de crise convulsiva, epilepsia e precisando de medicação (receita)

Encaminhamento

- Unidades de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde mais próxima ao domicílio.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA/ ESCALA DE COMA DE GASGLOW

De acordo com a Organização da Escala de coma de Glasgow, ela fornece método prático para avaliação do comprometimento do nível de consciência em resposta a estímulos definidos.

O que fazer na avaliação inicial:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW :
Avalie da seguinte forma

GCS | EYES
VERBAL
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde

| ? | 👁️ | 🌀 | ✓ |
|--|---|--|---|
| VERIFIQUE | OBSERVE | ESTIMULE | PONTUE |
| Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões | A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisferos direito e esquerdo | Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária | De acordo com a melhor resposta observada |

Fonte: (<https://www.glasgowcomascale.org/>).

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos Pinçamento do trapézio Incisura supraorbitária

Fonte: (<https://www.glasgowcomascale.org/>).

ESCALA DE COMA DE GASGLOW

Características da Resposta em Flexão

Flexão anormal

- Lenta
- Estereotipada
- Aproximação do braço relativamente ao tórax
- Rotação do antebraço
- Cerramento do polegar
- Extensão do membro inferior



Flexão normal

- Rápida
- Variável
- Afastamento do braço relativamente ao corpo

Figura 5/Fonte: <http://www.glasgowcomascale.org>

Escala de Glasgow Atualizada

| Escala de Glasgow | |
|------------------------------|-----------|
| Variáveis | Pontuação |
| ABERTURA OCULAR (Q.1) | |
| Espontânea | 4 |
| Ao Som | 3 |
| A Pressão | 2 |
| Ausente | 1 |
| Não Testável | NT |
| RESPOSTA VERBA (Q.2) | |
| Orientado | 5 |
| Confuso | 4 |
| Palavras | 3 |
| Sons | 2 |
| Ausente | 1 |
| Não Testável | NT |
| RESPOSTA MOTORA (Q.3) | |
| A Ordens | 6 |
| Localizadora | 5 |
| Flexão normal | 4 |
| Flexão anormal | 3 |
| Extensão | 2 |
| Ausente | 1 |
| Não Testável | NT |
| TOTAL | 15 |

| O | V | M |
|----|----|----|
| | | 6 |
| | 5 | 5 |
| 4 | 4 | 4 |
| 3 | 3 | 3 |
| 2 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 1 |
| NT | NT | NT |

Tabela 14/ Fonte: <http://www.glasgowcomascale.org>

Fonte: Secretaria do Estado da Bahia (2018); (<https://www.glasgowcomascale.org/>).

ESCALA DE COMA DE GASGLOW

APÓS REALIZAR ECG DEVE ANALISAR A REAÇÃO PUPILAR

AVALIAÇÃO PUPILAR (P)

| | | |
|-------------|--|---|
| INEXISTENTE | NENHUMA PUPILA REAGE AO ESTÍMULO DE LUZ | 2 |
| PARCIAL | APENAS UMA PUPILA REAGE AO ESTÍMULO DE LUZ | 1 |
| COMPLETA | AS DUAS PUPILAS REAGEM AO ESTÍMULO DE LUZ | 0 |

CALCULAR ECG-P: VALOR DA ECG - (SUBTRAIR) O VALOR AVALIAÇÃO P PUPILAR = VALOR DA ESCALA À PARTIR DA ATUALIZAÇÃO DE 2018

PONTUAÇÃO MÍNIMA:01

PONTUAÇÃO MÁXIMA:15

Fonte: (<https://blog.sanarsaude.com/porta/concursos/artigos-noticias/nova-escala-de-glasgow-3-pontos-cruciais-para-entender-a-nova-mudanca>)

ESCALA DE CINCINATTI

A Escala de Cincinnati serve para classificar o Acidente Vascular Cerebral, são avaliados três achados físicos visíveis em menos de um minuto. Sendo eles: queda facial, debilidade dos braços e alteração da fala (Freitas *et al.*, 2022).



Paresia facial
(pedir para sorrir).

Normal: ambos os lados movem igualmente.

Anormal: um lado move menos que o outro.



Dificuldade de fala

Normal: paciente fala corretamente todas as palavras.

Anormal: paciente troca as palavras, não fala algumas palavras ou é incapaz de falar.



Debilidade dos braços
(paciente de olhos fechados, sustentar os membros superiores a 90 graus por 10 segundos)

Normal: ambos são sustentados igualmente.

Anormal: um membro cai quando comparado com o outro.

Fonte: UNA-SUS (2010)

ENCAMINHAMENTOS NA DOR TORÁCICA

VERMELHO

Qualificadores

- Sinais vitais alterados com sintomas:
- FC ≤ 50 ou ≥ 120 bpm
- PAS ≤ 90 ou ≥ 180 mmHg // PAD < 60 ou ≥ 130 mmHg
- Temperatura axilar $\leq 35^\circ$ C ou $\geq 40^\circ$ C
- FR ≤ 10 ipm ou ≥ 25 ipm
- SPO₂ $\leq 90\%$
- Dor precordial ou cardíaca intensa em aperto ou peso, opressão, queimação, desconforto / ansiedade.
- Irradia: pescoço, ombros, mandíbula, braço, dorso ou epigástrico.
- Associada a náuseas / vômitos / dispneia / sudorese fria / palidez, sensação de incômodo a ou dor onírica

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausentes, desidratação extrema, insuficiência respiratória.
- Iniciar método MOVE.

AMARELO

Qualificadores

- Dados vitais normais
- Dor ventilatório dependente com piora com a tosse, acompanhada de febre, tosse com expectoração
- Dor moderada de 4-7

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

- Dados vitais normais
- Dor de características muscular localizada evidenciada pela palpação que piora com movimentos do tronco ou membros superiores
- Dor aguda leve 1-3 sem outros sintomas associados em pacientes sem história prévia de coronariopata ou embolia pulmonar

Encaminhamento

- Clínica médica

AZUL

Qualificadores

- Dor crônica sem febre associada

Encaminhamento

- Unidades de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde mais próxima ao domicílio.

DOR TORÁCICA

Fonte: (AHA-American Heart Association, 2020); (Brasil, 2022); (Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2022); (Secretaria do Estado da Bahia, 2018).

MÉTODOS MNEMÔNICOS-MOVE / PORST

No Pronto Atendimento, a assistência ao usuário deve ser rápida e precisa para identificar o diagnóstico, antes que haja a piora do quadro. Então, os métodos mnemônicos-MOVE e PQRST são muito utilizados nestes casos emergenciais, ressaltando que além dos casos de possível Infarto Agudo do Miocárdio, também é utilizado no Acidente Vascular Encefálico.

Mnemônico para avaliação da dor torácica: PQRST

P – O que provocou a dor? O que piora ou melhora?

Q – Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar, etc.

R – A dor tem aspectos de radiação? Onde a dor está localizada?

S – Até que ponto a dor é severa? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10.

T – Por quanto tempo o paciente está sentindo a dor? O que foi tomado para diminuir a dor?

PERGUNTAR: Já teve infarto miocárdio? Já teve angina de peito? Já teve embolia pulmonar? É diabético

| Letra | Significado | Descrição |
|-------|-----------------------|--|
| M | Monitor | Monitorar o paciente por meio de ECG, PA não invasiva e oximetria de pulso. |
| O | Oxigênio | Oferecer suporte de oxigênio ao paciente. |
| V | Veia | Realizar acesso venoso periférico antecubital. |
| E | Exame clínico sumário | Realizar anamnese e exame físico dirigido à condição aguda). Nessa fase, deve ser realizado o eletrocardiograma com 12 derivações para descartar síndrome coronariana aguda. |

Fonte: UNA-SUS (2021); (Humaniza SUS / ACCR – MS/2004); (Secretaria do Estado da Bahia, 2018).

ENCAMINHAMENTOS NAS ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

VERMELHO

Qualificadores

- Sinais vitais alterados com sintomas FC ≤ 50 ou ≥ 120 bpm
- PAS ≤ 90 ou ≥ 180 mmHg // PAD < 60 ou ≥ 130 mmHg
- Temperatura axilar $\leq 35^\circ\text{C}$ ou $\geq 40^\circ\text{C}$, FR ≤ 10 ipm ou ≥ 25 ipm
- SPO2 $\leq 90\%$
- Enchimento capilar > 2 seg / cianose de extremidades.
- Letargia e/ou confusão mental.
- Estridor laringeo ou frases entrecortadas.
- Sinais de choque / disfunção hemodinâmica.
- Apresentando desconforto respiratório e cianose por OVACE. (Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho)

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausente, insuficiência respiratória aguda grave
- Iniciar manobra de desobstrução de Via aérea se necessário e aplicar método MOVE.

AMARELO

Qualificadores

- SPO2 $\geq 95\%$.
- FR ≤ 28 ipm ou ≥ 35 ipm
- Esforço respiratório moderado.
- Presença de sibilância.
- Expectoração esverdeada ou hemoptise.
- Presença de febre (T $\geq 38,5^\circ\text{C}$ / $< 40,9^\circ\text{C}$).
- Esforço respiratório leve
- Dispnea aos pequenos esforços
- Dor torácica ventilatório-dependente com ou sem febre
- Dor de garganta com febre com placas

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

- Dados vitais normais
- FR entre 17 e 27 Irpm
- SPO2 $> 95\%$
- Dor torácica ao tossir
- Secreção nasal amarelada
- Odinofagia sem febre
- Otalgia
- Tosse coriza e obstrução nasal, espirros

Encaminhamento

- Clínica médica

ENCAMINHAMENTOS NAS QUEIXAS ABDOMINAIS E URINÁRIAS

VERMELHO

Qualificadores

- Sinais vitais alterados associados a um ou mais sintomas: Para
 - $FC \leq 50$ ou ≥ 120 bpm }
 - $PAS \leq 90$ ou ≥ 180 mmHg // $PAD < 60$ ou ≥ 130 mmHg } Temperatura axilar $\leq 35^\circ C$ ou $\geq 40^\circ C$
 - $FR \leq 10$ ipm ou ≥ 25 ipm
 - $SPO_2 \leq 90\%$
- → Dor intensa generalizada (8-10/10) /aumenta de intensidade à palpação. Dor intensa localizada e bem definida (8-10 / 10) / aumenta de intensidade à palpação. → Presença de rigidez do abdome. → Dor aguda, intensa na suspeita de gravidez, associado à náuseas e/ou vômitos, sudorese e/ou sangramento genital. → Presença de vômito fecalóide. → Dor ou instabilidade pélvica. → Ferimentos com sangramento não compressível / perfuração por arma branca ou PAF. → Palidez, sudorese e/ou tremores. → Apresentando vômitos incoercíveis, mais de 10 episódios de diarreia com sinais de desidratação.
- Dor intensa de 8-10

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausente, insuficiência respiratória aguda grave
Aplicar método MOVE e Regulação e acionamento imediato do SAMU para remoção para serviço de referência.

AMARELO

Qualificadores

- Diarreia intensa com vários episódios nas últimas horas
- Retenção urinária com bexígoma
- Disúria intensa com polaciúria e hematúria
- Prostração, palidez cutânea e sudorese
- Dor moderada (4 – 7/10) com alteração de pelo menos um SSVV.
- Dor irradia para ombro, pescoço, braços ou mandíbula. Presença de temperatura axilar $\geq 38,5^\circ c$. História aguda de vômito com sangue. Abdome ascítico acompanhado de febre ou dispneia. Apresenta fezes de aspecto enegrecido ou groselha. Vômitos persistentes com sinais de

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

- Dados vitais
- Dor leve 1-3
- Enjoo ou relato de vomito e diarreia sem sinais de desidratação
- Disúria isolada ou discreta sem outros sintomas
- Não apresenta prostração

Encaminhamento

- Clínica médica

ENCAMINHAMENTOS NAS QUEIMADURAS

VERMELHO

Qualificadores

- Dados vitais alterados
- Queimaduras de 2º e 3º grau > 10% e < 25 % de SCQ
- Queimaduras de 2º e 3º grau em face e períneo
- Queimaduras elétricas
- Queimaduras circunferenciais
- Queimaduras em ambientes confinados

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
 - Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausente, insuficiência respiratória aguda grave
- Aplicar método MOVE e Regulação e acionamento imediato do SAMU para remoção para serviço de referência.

AMARELO

Qualificadores

- Queimadura elétrica (corrente elétrica, alternadas ou contínuas) sem alteração dos sinais vitais
 - Queimadura de 2º grau com SCQ entre 10% e 20%
 - Qualquer queimadura de 2º grau em mãos / pés / face / pescoço ou articulações
- Queimadura que não envolvam mãos, pés, face, períneo de 3º grau com até 10% de SCQ, desidratação.

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

Sinais vitais normais
Dor leve recente
Queimadura de 1º grau em qualquer extensão
Inflamação/ infecção local
Queimadura de 2º grau com SCQ 10%

Encaminhamento

- Clínica médica

AZUL

Qualificadores

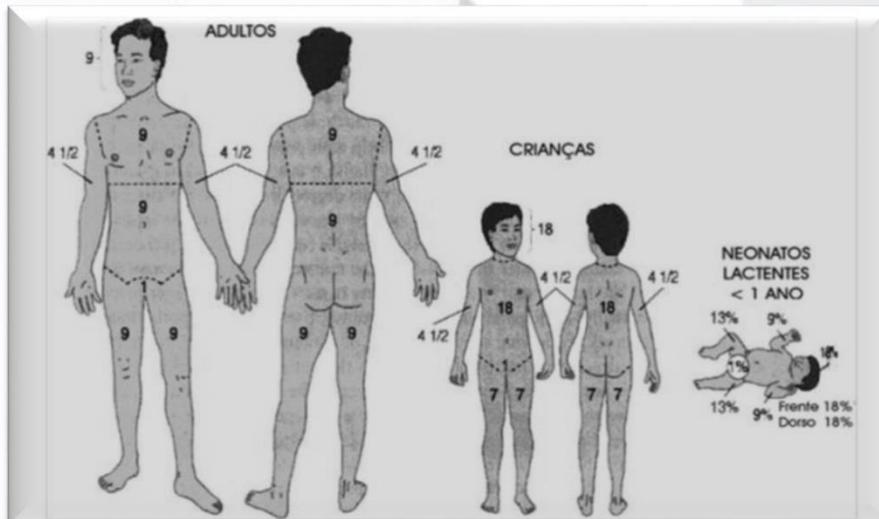
- Troca de curativo

Encaminhamento

- Unidades de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde mais próxima ao domicílio.

CLASSIFICAÇÃO DE QUEIMADURAS E REGRA DE WALLACE

| CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS | 1º GRAU – Caracterizada por eritema, dor e ausência de bolhas (não são contabilizadas para estimar a SCQ) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------|------------------|------------------|---|----------------------|-----------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------|-----------|--------------------|---|-------|-----|
| | 2º GRAU – Pele vermelha rota, presença de bolhas, perda da solução de continuidade da pele, edema, extremamente dolorosas | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3º GRAU – Pele pálida, brancacenta, às vezes com transparência dos vasos (coagulados), perda da solução de continuidade da pele com exposição do tecido celular subcutâneo, ausência de dor | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REGRA DOS NOVE (WALLACE) PARA CÁLCULO DA SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA (SCQ) | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Segmento Corporal</th> <th>Porcentagem (SC)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cabeça e pescoço</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cada membro superior</td> <td>9 (x 2)</td> </tr> <tr> <td>Cada quadrante do tronco</td> <td>9 (x 4)</td> </tr> <tr> <td>Cada coxa</td> <td>9 (x 2)</td> </tr> <tr> <td>Cada perna e pé</td> <td>9 (x 2)</td> </tr> <tr> <td>Genitais e períneo</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>SC: superfície corporal total.</p> | Segmento Corporal | Porcentagem (SC) | Cabeça e pescoço | 9 | Cada membro superior | 9 (x 2) | Cada quadrante do tronco | 9 (x 4) | Cada coxa | 9 (x 2) | Cada perna e pé | 9 (x 2) | Genitais e períneo | 1 | Total | 100 |
| Segmento Corporal | Porcentagem (SC) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cabeça e pescoço | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cada membro superior | 9 (x 2) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cada quadrante do tronco | 9 (x 4) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cada coxa | 9 (x 2) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cada perna e pé | 9 (x 2) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Genitais e períneo | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | |



Fonte: Franck, *et al.*, (2020)

CLASSIFICAÇÃO DE QUEIMADURAS

1º GRAU



Figura 4.1. Queimadura de primeiro grau por escaldadura. A pele permanece seca, porém hiperemiada, pois apenas a epiderme foi atingida. Usualmente regride sem deixar cicatrizes. Observação: no canto inferior direito (ombro), há uma lesão de segundo grau, com flictenas. Foto gentilmente cedida pelo Dr. Mário Frattini.

2º GRAU SUPERFICIAL



2º GRAU PROFUNDO



3º GRAU



Fonte: (Sociedade Brasileira de Queimaduras, 2021)

GRAFICO DE LUND E BROWDER

| Idade: Peso: Localidade: | Sexo: Data: Preenchido por: | | | | | | 2º grau | 3º grau | TOTAL |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------|----------|----------|------------|---------|---------|---------|-------|
| | Área | 0-1 ano | 1-4 anos | 5-9 anos | 10-14 anos | 15 anos | | | |
| Cabeça | 19 | 17 | 13 | 11 | 9 | 7 | | | |
| Pescoço | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| Porção anterior do tronco | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | | | |
| Dorso | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | | | |
| Nádega direita | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | | | |
| Nádega esquerda | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | | | |
| Genitália | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| Braço direito | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | |
| Braço esquerdo | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | |
| Antebraço direito | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| Antebraço esquerdo | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| Mão direita* | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | | | |
| Mão esquerda* | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | | | |
| Coxa direita | 5,5 | 6,5 | 8 | 8,5 | 9 | 9,5 | | | |
| Coxa esquerda | 5,5 | 6,5 | 8 | 8,5 | 9 | 9,5 | | | |
| Perna direita | 5 | 5 | 5,5 | 6 | 6,5 | 7 | | | |
| Perna esquerda | 5 | 5 | 5,5 | 6 | 6,5 | 7 | | | |
| Pé direito | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | | | |
| Pé esquerdo | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | | | |
| *Toda a mão | | | | | | | TOTAL | | |

IMPORTANTE!!!

A reposição de fluidos é recomendada na presença ou não de sinais de hipovolemia/ hipotensão, em queimaduras de 2º grau e de 3º grau, principalmente quando acomete > 20% da área de superfície corpórea total em adultos e 10% na criança. Deve-se inicialmente obter dois acessos intravenosos periféricos calibrosos, de preferência, através de pele não queimada. No entanto, na presença de queimaduras extensas, que impeçam a passagem por pele íntegra, o cateter poderá ser colocado através de tecido queimado

O Guideline de queimaduras da International Society for Burn Injury (ISBI), sugere a administração de solução de Ringer Lactato de 2 a 4 ml/kg/% de área corpórea queimada, nas primeiras 24 horas

Fonte: (Sociedade Brasileira de Queimaduras, 2021)

ENCAMINHAMENTOS NAS INTOXICAÇÕES AGUDAS

VERMELHO

Qualificadores

Relato de ingestão há **MAIS** de 6 horas com ou sem sintomas de: anticonvulsivantes antidepressivos e sulfato ferroso, paracetamol, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, beta bloqueadores, digoxina, hipoglicemiante oral, organofosforados, carbamatos e drogas não conhecidas
Ingestão de substâncias químicas identificadas: soda cáustica, água sanitária, chumbinho, com ou sem produção de sintomas. Respiração inadequada com estridor laríngeo ou fala entrecortada, Edema Facial, língua, sialorreia ou lesão por inalação, Alteração do nível de consciência, Dor intensa, Lesão ocular química aguda, Substância com potencial de mortalidade química alta, Risco de contaminação persistente Convulsão / agitação / coma.

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausente, insuficiência respiratória aguda grave
Aplicar método MOVE.
- Regulação e Acionamento imediato do SAMU para remoção para serviço de

AMARELO

Qualificadores

- Relato de ingestão há **MENOS** de 6 horas com ou sem sintomas de: Sinais vitais normais. Câimbras / fraqueza muscular. Sinais vitais normais
- Dor moderada
- Erupção ou vesículas disseminadas
- Mortalidade química moderada
- Cefaleia / tonturas.
- Náuseas / vômitos.

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

- Sinais vitais normais
- Nível de consciência preservado.
- Alterações dérmicas apenas locais.
- Dor leve
- Evento recente

Encaminhamento

- Clínica médica

INTOXICAÇÕES AGUDAS (VIA DIGESTIVA OU RESPIRATÓRIA)

Fonte: Secretaria do Estado da Bahia (2023);

Centro de Informação e Assistência Toxicológica da Bahia – CIATox/BA

Disque Urgência Toxicológica (24 horas) – 0800 284 4343

Endereço: Rua Estrada do Saboeiro, s/nº, 2º andar, Anexo do Hospital Geral Roberto Santos, Cabula – Salvador – Bahia

Telefone/Fax: (71) 3103-4300

E-mail: cjave.bahia@saude.ba.gov.br

ENCAMINHAMENTOS NOS ACIDENTES COM ANIMAL PEÇONHENTO

VERMELHO

Qualificadores

- Sinais vitais alterados com sintomas
- Dor intensa no local da picada associada a pelo menos uma alteração de SSVV. Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos.
- Envenenamento de alta mortalidade
- História alérgica importante
- Frases entrecortadas
- Sialorreia/ edema facial/ edema de língua / paralisia facial.
- Mialgia generalizada e/ou visão turva.
- Hemorragia ativa não compressível.
- Alteração do nível de consciência

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausente, insuficiência respiratória aguda grave
- Aplicar método MOVE, Regulação e acionamento imediato do SAMU para remoção para serviço de referência.

AMARELO

Qualificadores

- Sinais vitais normais.
- Dor moderada com edema / hiperemia no local.
- Erupções ou vesículas disseminadas
- Mordedura / arranhadura em face, mãos e pés (humana ou animal desconhecido). → Lamedura de mucosas por animal desconhecido.
- Contato com animal alergênico (abelha, água viva)
- Náuseas, vômitos ou diarreia.

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

- Sinais vitais normais.
- Dor leve e inflamação local. →
- Provável contato com animal alergênico.
- Ferimentos superficiais sem sangramentos ou hematomas.

Encaminhamento

- Clínica médica

ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO

Fonte: Secretaria do Estado da Bahia (2018); Brasil, Ministério da Saúde (2023).

ENCAMINHAMENTOS NOS DISTÚRBIOS DE ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS

VERMELHO

Qualificadores

- Dados vitais alterados
- Delírio, alucinações e confusão mental
- Ansiedade intensa, pânico e impulsividade com riscos para si e para outros
- Agitação psicomotora intensa
- Convulsão, déficit neurológico agudo, letargia, coma, quadro depressivo grave (choro inconsolável)
- Hiper tonicidade e rigidez muscular

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausente, insuficiência respiratória aguda grave
- Aplicar método MOVE, Regulação e acionamento imediato do SAMU para remoção para serviço de referência.

AMARELO

Qualificadores

- Dados vitais normais
- Agitação psicomotora menos intensa
- Pensamento suicida
- Envolvimento com ocorrências policiais

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

- Dados vitais normais
- Crise convulsiva há mais de 12 horas e alerta
- Tontura não rotacional
- Parestesias bilateral ou migratória

Encaminhamento

- Clínica médica

AZUL

Qualificadores

- Dados vitais normais
- História de crise convulsiva
- Epilepsia e precisando de medicação (receita)

Encaminhamento

- Unidades de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde mais próxima ao domicílio.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2022).

ENCAMINAMENTOS NO SANGRAMENTOS

VERMELHO

Qualificadores

- Hematêmese, Hematoquezia, Melena, Hemoptise
- Epistaxe, com sinais vitais alterados
- Sangramento vaginal intenso com sinais vitais alterados, sangramento intenso vaginal em grávidas.

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausente, insuficiência respiratória aguda grave
- Aplicar método MOVE, Regulação e acionamento imediato do SAMU para remoção para serviço de referência.

AMARELO

Qualificadores

- Hematêmese, Hematoquezia, Melena, Hemoptise
- Epistaxe, com sinais vitais normais
- Hemorroidas exteriorizadas com sangramento e dor intensa 8-10
- Epistaxe com P.A > 180x110 mmHg

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

- Dados vitais normais com relato de hematêmese, Hematoquezia, Melena, Hemoptise
- Epistaxe com sangramento leve
- Hemorroidas exteriorizadas com sangramento leve e dor leve 1-7
- Sangramento vaginal em não grávidas

Encaminhamento

- Clínica médica

SANGRAMENTOS, HEMATÊMESE, HEMATOQUEZIA, MELENA, HEMOPTISE, EPITAXE E METRORRAGIA

Fonte: <https://www.einstein.br/n/glossario-de-saude/hemorragias>

ENCAMINHAMENTOS NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

VERMELHO

Qualificadores

- PAS >220 e PAD 130 mmHg com qualquer sintoma
- Alteração do estado de consciência
- Dor torácica sugestiva de isquemia
- Sinais neurológicos focais (paresia, plegia, afasia, disfagia, ataxia e paralisia focal)
- Epistaxe

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausente, insuficiência respiratória aguda grave
- Aplicar método MOVE, Regulação e acionamento imediato do SAMU para remoção para serviço de referência.

AMARELO

Qualificadores

- PAS >220 e PAD 130 mmHg sem sintomas
- PAS > 190-220 ou PAD 120-130 mmHg com quaisquer sintomas

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

- PAS > 150-160 PAD até 90 mmHg e assintomático

Encaminhamento

- Clínica médica

AZUL

Qualificadores

PAS > 110-150 e PAD até 90 mmHg

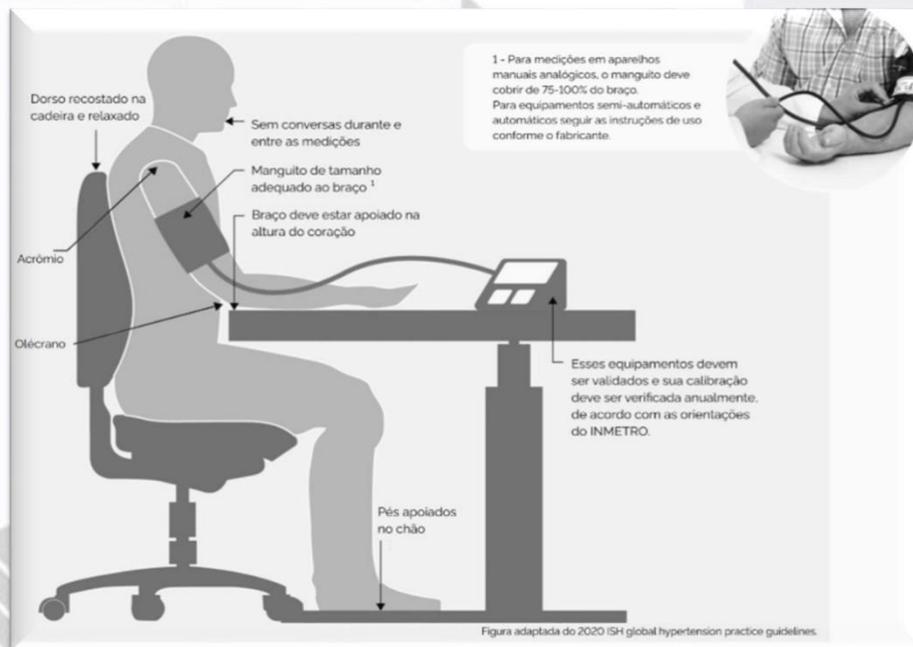
Encaminhamento

- Unidades de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde mais próxima ao domicílio.

PRESSÃO ALTA

Fonte: (AHA-American Heart Association, 2020)

RECOMENDAÇÕES PARA AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2020).

ENCAMINHAMENTOS NA DIABETES

VERMELHO

Qualificadores

- Dados vitais alterados
- Alteração do estado mental (letargia, confusão mental, agitação e coma)
- Sudorese intensa (hipoglicemia)

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausente, insuficiência respiratória aguda grave
- Aplicar método MOVE, Regulação e acionamento imediato do SAMU para remoção para serviço de referência.

AMARELO

Qualificadores

- Dados vitais normais
- Glicemia capilar > 200 mg/dl (hiperglicemia) com sinais de desidratação e sintomático

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Condutas internas

VERDE

Qualificadores

- Glicemia capilar > 200 mg; dl sintomático

Encaminhamento

- Clínica médica

AZUL

Qualificadores

- Glicemia capilar < que 200 mg dl e assintomático
- História de diabetes e precisando de medicação (receita)

Encaminhamento

- Unidades de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde mais próxima ao domicílio.

DIABETES

Fonte: Sociedade brasileira de diabetes (2023).

FATORES QUE PODEM INTERFERIR NO VALOR DA GLICEMIA CAPILAR

| | Falsos resultados de glicemia baixa | Falsos resultados de glicemia alta | Impacto variável na precisão |
|--|---|--|--|
| ERRO DO USUÁRIO | | | |
| Lavagem e/ou secagem inadequada das mãos | • Dedos molhados de água | • Dedos com resíduo de comida contendo açúcar • Dedos com resíduo de álcool (líquido ou em gel) | • Dedos com creme hidratante |
| Tiras teste deterioradas | - | - | • Código inadequado • Armazenamento impróprio • Tiras teste vencidas |
| CONDIÇÕES AMBIENTAIS | | | |
| Altitude | - | - | • Altas altitudes (> 2000 m) |
| Oxigênio | • Alta pressão parcial de oxigênio | • Baixa pressão parcial de oxigênio | - |
| Extremos de temperatura | • Baixas temperaturas (< 10 °C) | • Aumento brusco da temperatura ambiente | • Altas temperaturas (> 39 °C) |
| CONDIÇÕES FISIOLÓGICAS E MEDICAMENTOS | | | |
| Valores Laboratoriais | • Hematócrito elevado (> 45%) • Hipertrigliceridemia | • Hematócrito baixo (<35%) • Hiperuricemia | - |
| Oxigenação tecidual alterada | • Pressão parcial de oxigênio >150 mmHg* • Má perfusão no local do teste | • Pressão parcial de oxigênio <45 mmHg* | - |
| Medicamentos | • Ácido ascórbico | • Paracetamol • Maltose (somente em dispositivos baseados em GDH-PQQ) | - |

*Somente em dispositivos baseados em glicose oxidase.

Fonte: Sociedade brasileira de diabetes (2023).

ENCAMINHAMENTOS EM SINTOMAS DIVERSOS

VERMELHO

Qualificadores

- Dados vitais alterados com risco de morte

Encaminhamento

- Atendimento imediato em sala de estabilização
- Paciente não responsivo, com dados vitais instáveis ou ausente, insuficiência respiratória aguda grave
- Aplicar método MOVE, Regulação e acionamento imediato do SAMU para remoção para serviço de referência.

AMARELO

Qualificadores

- febril ou desidratado
- Icterícia aguda
- Edema generalizado (anasarca)
- Edema localizado com flogose com sinais sistêmicos

Encaminhamento

- Clínica Médica
- Conduas internas

VERDE

Qualificadores

- Dados vitais normais
- Edema localizado com flogose e sem sinais sistêmicos
- Fraqueza ou Câibras sem outros sintomas

Encaminhamento

- Clínica médica

AZUL

Qualificadores

- Realização de exames laboratoriais ou ECG não urgentes

Encaminhamento

- Unidades de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde mais próxima ao domicílio.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Idosos, Pessoas com retardo mental, PCD, acamados, com dificuldade de locomoção, gestantes
- Escoltados, algemados em ocorrência policial
- Vítimas de abuso sexual ou violência
- Retorno em menos de 24 horas sem melhora

Essas pessoas devem receber atenção especial da equipe de ACCR e dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada dentro do possível, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

Em caso de sintomas, queixas ou eventos não relacionados, neste Manual a equipe do ACCR deverá levar em consideração os dados vitais apresentados ou apresentação clínica do mesmo o tempo de início dos sintomas para daí então classificar o risco. Sempre levar em consideração os dados vitais normais para cada idade como febre em crianças e adultos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento dos critérios de Classificação de Risco é considerado uma ferramenta extraordinária na atuação da Enfermeira que atua em Pronto Atendimento. A utilização deste instrumento, é válida a partir de escuta qualificada, a fim de promover qualidade no acesso aos serviços, direcionando aos usuários para o nível de atenção adequada e resolver problemas de saúde apresentados.

Nesse contexto, diante as vivências de Problemas Éticos no ACCR das Enfermeiras, no Pronto Atendimento, este manual se torna uma ferramenta importante no que diz respeito a identificar os encaminhamentos necessários durante o processo de classificação, baseados em evidências científicas, protocolos e diretrizes atuais de urgência e emergência. Importante ressaltar sobre a autonomia da enfermeira no cenário do pronto atendimento, que possibilita promover segurança na tomada de decisão assertiva.

REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, s.d.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS – Advanced Trauma Life Support for Doctors. 10. ed. Chicago: **Committee on Trauma**, 2018, 9 p. Acessado em 19/01/2025. Disponível em: <https://www.emergencymedicinenkenya.org/wpcontent/uploads/2021/09/ATLS-10th-Edition.pdf>. 474p.
- ALMOYNA, M.M.; NITSCHKE, C.A.S. **Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves**. 2.ed. Brasília: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências / Ministério da Saúde, 2013. 147p.
- AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines for implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments**. Melbourne: Australasian College Emergency Medicine, 2012. Disponível em: <http://www.acem.org.au/open/documents/triageguide.htm>
- BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo técnico para classificação de risco nas UPA's**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.
- BEVERIDGE, R. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. **Journal of Emergency Medicine** 1998;16(3):507-11.
- BEVERIDGE, R; CLARKE, B.; JANES, L; SAVAGE, N.; THOMPSON, J; DODD G et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. **Canadian Journal of Emergency Medicine** 1999;1(3 suppl):S2-28.
- BEVERIDGE, R; DUCHARME, J; JANES, L; BEAULIEU, S; WALTER, S. Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale: interrater agreement. **Annals of Emergency Medicine** 1999;34(2):155-9.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 244p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 30 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017**. Brasília: DF, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 19out. 2023.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. Ed. 2. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf. Acesso em: 30 set. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Governo do Brasil, **Protocolo de Suporte Avançado de vida 2022.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/samu-192/publicacoes/protocolo-de-suporte-avancado-de-vida-1.pdf/view> Acesso em: 30 set. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Você sabe o que é classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.** Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/voce-sabe-o-que-e-classificacao-de-risco>. Acesso em: 30 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12% no SUS.** 2022.. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/atendimento-a-pessoas-com-transtornos-mentais-por-uso-de-alcool-e-drogas-aumenta-11-no-sus#:~:text=No%20Brasil%2C%20em%202021%2C%20o,uso%20de%20drogas%20e%20%C3%A1lcool>. Acesso em: 30 set. 2024.
- CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública** 1997;13:1-13.
- CHOBANIAN, A.V.; BAKRIS, G.L.; BLACK, H.R.; CUSHMAN, W.C.; GREEN, L.A.; IZZO, J.L. et al. **Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7).** JAMA 2003;289(19):2560-72.
- CONSIDINE, J; UNG, L. THOMAS, S. **Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency departments.** Accident and Emergency Nursing 2000;8(4):201-9.
- CONSIDINE, J.; LE VASSEUR, S.A.; CHARLES, A. **Development of physiological discriminators for Australasian Triage Scale.** Accident and Emergency Nursing 2002;10(4):221-34.

- CONSIDINE, J.; LE VASSEUR, S.A.; VILLANUEVA, E. **The Australasian Triage Scale: examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios.** *Annals of Emergency Medicine* 2004;44(5):516-23.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução cofen nº 661/2021.** Atualiza e normatiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. 09/03/2021. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html. Acesso em: 19 out. 2024.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 423/2012.** Disponível em: <http://www.novo.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 19 out. 2024.
- FRANCK, Claudio Luciano et al. Fatores que influenciam na mortalidade em queimaduras graves. **Rev Bras Queimaduras**, v. 19, n. 1, p. 50-7, 2020. Acesso em: 19 out. 2024.
- HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. Hemorragias. Disponível em: <https://www.einstein.br/n/glossario-de-saude/hemorragias>. Acesso em: 29 de nov. 2024.
- SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA (SESAB) Centro de Informação e Assistência Toxicológica da Bahia – CIATox-BA. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/ciatox/publicacoes/>. Acesso em: 28 de dez. de 2024.
- SILVA, Edneide Barbosa da. **Problemas éticos vivenciados no acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: deliberação moral da enfermeira.** Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Orientações sobre glicemia capilar para profissionais de saúde.** 2023. Disponível em: https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Orientacoes_Glicemia_SBD.pdf. Acesso em 03 dez 2024.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. **Manual de queimaduras Para estudantes.** Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.sbqueimaduras.org.br/material/3091>. Acesso em 03 Fev. 2025.



UEFS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA/BA

DRA. AMALI DE ANGELIS MUSSI

Reitora

DRA. RITA DE CÁSSIA BRÊDA MASCARENHAS LIMA

Vice-Reitora

DRA. SILVIA DA SILVA SANTOS PASSOS

Diretora do Departamento de Saúde

DRA. MARIA CRISTINA DE CAMARGO

Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem

DR. LUCIANO MARQUES DOS SANTOS

Vice coordenador do Mestrado Profissional em Enfermagem



Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico



Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde - NIPES

Conflitos e dilemas éticos



ANEXO A- ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Secretaria Municipal de Saúde

Email: scp.sms@gmail.com

Seção de Capacitação Permanente

(75) 3612-6608/Ramal 6608

Feira de Santana 07 de Fevereiro 2024

DE: SESSÃO DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE

PARA : CEP.

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o (a) pesquisador **EDNEIDE BARBOSA DA SILVA**

A desenvolver o seu projeto de pesquisa "PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO : DELIBERAÇÃO MORAL DA ENFERMEIRA "

Sob orientação : PROF Dr **CARLITO LOPES**

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa, credenciamento ao Sistema CEP/ CONEP

Att,

Priscilla Soares Reis do Nascimento
 14.043.874/0001-51
 MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA
 Priscilla Soares
 Coord. Seção de Capacitação Permanente
 (Secretaria Municipal de Saúde)
 Coordenação de Educação Permanente

ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. DELIBERAÇÃO MORAL DA ENFERMEIRA

Pesquisador: EDNEIDE BARBOSA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77573524.2.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.760.052

Apresentação do Projeto:

parecer de avaliação de resposta de pendência da pesquisa PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. DELIBERAÇÃO MORAL DA ENFERMEIRA Pesquisador Responsável: EDNEIDE BARBOSA DA SILVA. CAAE: 77573524.2.0000.0053

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Compreender a deliberação moral das enfermeiras frente aos problemas éticos vivenciados no ACCR em unidade de pronto atendimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

São desconforto, constrangimento ao responder as perguntas, medo de suas falas tornarem públicas, inibição por expor suas opiniões ou relatos, receio de represálias, para minimizar os riscos o sigilo será resguardado, e a entrevista será aplicada em local reservado. A participação não acarretará custos ou terá compensação financeira. Caso seja verificado algum prejuízo com a pesquisa, a entrevistada será indenizada se comprovado o prejuízo mediante avaliação judicial.

Benefícios:

O estudo da deliberação moral possibilitará reflexões sobre as experiências morais e éticas por

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Contribuição do Paciente: R 760 052

enfermeiras, frente aos problemas éticos no cotidiano assistencial, e nas relações sociais e a dimensão de cuidado, em um local de trabalho que envolvem problemáticas e situações adversas, em especial no Acolhimento e Classificação de Risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

vide conclusão

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

vide conclusão

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

as pendências indicadas no parecer anterior foram analisadas no documento oficio_com_recomendacoes_do_CEP_EDNEIDE.pdf postado em 11.04.24 e foram atendidas adequadamente.

Considerações Finais a critério do CEP:

informo-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2284215.pdf | 11/04/2024 01:34:35 | | Aceito |
| Outros | oficio_com_recomendacoes_do_CEP_EDNEIDE.pdf | 11/04/2024 01:34:08 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_PESQUISA_MESTRADO_VERSAOFINAL.pdf | 11/04/2024 01:15:02 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| Outros | ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.pdf | 11/04/2024 01:13:34 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de | TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf | 11/04/2024 01:10:26 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44 031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 6.760.052

| | | | | |
|--------------------------------|--|------------------------|-----------------------------|--------|
| Ausência | TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E E ESCLARECIDO.pdf | 11/04/2024 01:10:26 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA_NOVO.pdf | 18/02/2024 16:04:15 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| Outros | TERMO_COMPROMISSO_COLETA_D ADOS assinado.pdf | 18/02/2024 15:58:00 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAOCEPUEFSProfCarlito.pdf | 08/02/2024 16:45:13 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| Outros | Cartaanuencia.pdf | 08/02/2024 16:36:07 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 08/02/2024 16:33:21 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 08/02/2024 16:33:04 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAOCEPUEFSProfaMarluce. pdf | 08/02/2024 16:09:54 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderostoassinada.pdf | 08/02/2024 15:56:02 | EDNEIDE BARBOSA DA SILVA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 11 de Abril de 2024

Assinado por:
LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44 031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br