



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ISADORA DUARTE PEREIRA

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONSULTA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

ARIQUEMES - RO

2019

Isadora Duarte Pereira

**Acolhimento e Classificação de Risco: Consulta de
Enfermagem em Urgência e Emergência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel.

Prof. Orientador: Esp. Rafael Alves Pereira

Ariquemes - RO

2019

Isadora Duarte Pereira

CV: <http://lattes.cnpq.br/7016279874778272>

Acolhimento e Classificação de Risco: Consulta de Enfermagem em Urgência e Emergência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profº. Orientador: Esp. Rafael Alves Pereira

CV: <http://lattes.cnpq.br/4232989378960978>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profª. Ma. Thays Dutra Chiarato

CV: <http://lattes.cnpq.br/9665224847169063>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profª. Ma. Sonia Carvalho de Santana

CV: <http://lattes.cnpq.br/9558392223668897>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 13 de Setembro de 2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

| | |
|-------|--|
| P436a | PEREIRA, Isadora Duarte. Acolhimento e Classificação de Risco: Consulta de Enfermagem em Urgência e Emergência. / por Isadora Duarte Pereira. Ariquemes: FAEMA, 2019. 40 p. TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Orientador (a): Prof. Esp. Rafael Alves Pereira. 1. Acolhimento. 2. Classificação em Urgência e Emergência. 3. Enfermeiro Acolhedor. 4. Relações Enfermeiro - Paciente. 5. Papel do Profissional de Enfermagem. I Pereira, Rafael Alves. II. Título. III. FAEMA. |
| | CDD:610.73 |

Bibliotecário Responsável

CRB ***/***

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser minha fortaleza e por ter me guiado durante este percurso tão dificultoso.

A meus pais, minha família e amigos que acreditaram em mim e na concretização do meu sonho de ser enfermeira.

Ao meu professor e orientador Rafael Alves, pela colaboração nas etapas deste trabalho.

A professora Sandra Mara de Jesus Capelo por ter me auxiliado no foco do trabalho.

O tema deste trabalho foi elaborado devido a curiosidade despertada durante os estágios em ambientes hospitalares, pelo déficit da organização do ambiente e principalmente pelo método mecanizado de acolhimento realizado pelos enfermeiros.

*O Homem, como agente de mudança é também a causa
de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.*

Wanda de Aguiar Horta

RESUMO

O acolhimento realizado pelo enfermeiro nos setores de urgência e emergência necessitou de mudanças devido ao aumento da exigência da população, há desestabilização e desorganização do serviço incentivando adequações e a melhoria do próprio serviço. Objetivou-se com esse trabalho valorar o papel do enfermeiro dentro do processo de acolhimento realizado no setor de urgência e emergência. Foi realizada uma revisão de literatura, na base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os termos previamente consultados no DeCS: relações enfermeiro – paciente, acolhimento, serviço hospitalar de emergência, e papel do profissional de enfermagem. Os critérios de inclusão utilizados foram artigos disponíveis na base de dados nacional e internacional, com data de publicação de 2009 a 2019. Os critérios de exclusão foram os periódicos que se encontravam não coerentes com as categorias propostas na pesquisa. Foram incluídos na análise qualitativa 54 referências. É preciso que o enfermeiro possua conhecimento teórico e experiência prática no setor de urgência e emergência para realizar o acolhimento com classificação de risco. Estratégias como educação em saúde para a população seria uma alternativa para que o fluxo de atendimento fosse melhor organizado.

Palavras-Chave: Acolhimento; Classificação em Urgência e Emergência; Enfermeiro Acolhedor.

ABSTRACT

The reception made by nurses in the urgency and emergency sectors required changes due to the increasing demand of the population, there is destabilization and disorganization of the service encouraging adjustments and the improvement of the service itself. The objective of this work was to value the role of nurses within the welcoming process carried out in the urgency and emergency sector. A literature review was performed in the Virtual Health Library (BVS) database, with terms previously consulted in DeCS: nurse - patient relations, care, emergency hospital service, and role of the nursing professional. The inclusion criteria used were articles available in the national and international database, published from 2009 to 2019. Exclusion criteria were journals that were not consistent with the categories proposed in the research. The qualitative analysis included 54 references. The nurse must have theoretical knowledge and practical experience in the urgency and emergency sector to perform the reception with risk classification. Strategies such as health education for the population would be an alternative for the flow of care to be better organized.

Keywords: Host; Urgency and Emergency Classification; Welcoming nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|--|
| ACCR | Acolhimento com Classificação de Risco |
| CR | Classificação de Risco |
| DE | Diagnóstico de Enfermagem |
| FA | Fluxograma Analisador |
| MS | Ministério da Saúde |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| SHE | Serviço Hospitalar de Emergência |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto-Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 GERAL | 13 |
| 2.2 ESPECÍFICOS | 13 |
| 3 METODOLOGIA..... | 14 |
| 4 REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 4.1 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 15 |
| 4.1.1 HISTÓRIA DO ACOLHIMENTO NO BRASIL..... | 15 |
| 4.1.2 DEFINIÇÃO DE ACOLHIMENTO..... | 17 |
| 4.1.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH..... | 19 |
| 4.1.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | 21 |
| 4.2 PERFIL DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 23 |
| 4.3 PRINCIPAIS PROBLEMAS NO FLUXO DE ATENDIMENTO E NA CLASSIFICAÇÃO..... | 25 |
| 4.4 PROTOCOLO DE MANCHESTER | 27 |
| 4.5 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DENTRO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | 29 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERENCIAS..... | 33 |

INTRODUÇÃO

Implantado em 1996 no Brasil, o acolhimento era considerado uma ferramenta inicial para mudar o processo de trabalho e garantir a humanização no serviço de saúde, sendo uma questão resolutive. Como pretendiam que o processo ocorresse de forma rápida, não houve dias faltosos para capacitações ou treinamentos, tudo ocorreu durante o processo de trabalho. (LEITE; MAIA; SENA, 1999).

No setor da saúde a aplicação de tecnologias favoreceram melhorias, devido ao aumento de exigência da população atendida e contribuindo para estudos, causando interesse nos gestores. A avaliação no processo de atendimento é considerada o principal componente para execução da tarefa, fazendo parte da gestão e também do planejamento, que mostra condições que interferem no processo. (BELLUCCI JÚNIOR et al. 2015).

Diante dos problemas que ocorrem, como em muitos países do mundo, o Brasil possui como atributo dos serviços hospitalares de emergência à superlotação, adaptação dos pacientes ao local de modo inadequado e principalmente o tempo prolongado na espera do atendimento. (VERSA et. al. 2016).

Pelo atendimento de urgência e emergência ser mais preciso e ágil que outros atendimentos dos serviços de saúde, a busca por este serviço pode ser por consequência do baixo conhecimento da população, pela suas reais causas e doenças, fazendo com que estas condições que deveriam ser acompanhadas por um único profissional, sejam observadas uma única vez e por ordem de chegada pelo grande número de pacientes. (INOUE et. al., 2015).

A consulta de enfermagem com o acolhimento e classificação de risco, acelera o atendimento em serviços de saúde com atendimento de urgência e emergência, avaliando a gravidade e o risco relacionado ao agravo do estado de saúde, focando no nível de complexidade de atendimento de cada paciente. (VERSA et. al. 2016).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil buscou adotar a humanização no acolhimento, sendo uma política transversal do Sistema Único de Saúde (SUS), que possui níveis de atenção e gestão diferentes, e também um desafio para os profissionais, a Política Nacional de Humanização (PNH) veio para melhorar o acolhimento já realizado pelos hospitais, fazendo-o ser mais eficiente. (SOUZA et al., 2013).

O enfermeiro que realiza a classificação de risco deve possuir essencialmente o conhecimento teórico para execução da mesma, diferenciar situações clínicas e cirúrgicas, pela vasta diferença nas dificuldades encontradas no serviço de urgência e emergência, sendo necessário que o profissional tenha discernimento acerca do perfil epidemiológico dos usuários do serviço de saúde, para que consiga singularizar cada caso clínico. (SOARES et al., 2018).

Por mais que a classificação de risco seja benéfica para o sistema, não há estudos significativos que abordem o protocolo nos serviços públicos de saúde, mesmo sendo utilizado cada vez mais no setor. Este tipo de estudo possui importância para que os profissionais aprendam a identificar a necessidade de utilizá-lo, devido ao uso frequente pela enfermagem. O surgimento de questionamentos depois da implantação desses protocolos nos setores, é em relação a estudos que comprovem que o sistema de “triagem” é essencial. (JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

O presente estudo se justifica devido ao atraso nas consultas, superlotação dos corredores como característica dos serviços hospitalares de emergência, os atrasos vivenciados pelos pacientes ocorrem por diversos fatores, podendo ser devido a cultura da população local, que acaba deixando de ir ao serviço primário de atendimento e indo ao serviço de urgência e emergência, assim, dificultando o fluxo do serviço e causando atrasos nas consultas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Valorar o papel do enfermeiro dentro do processo de acolhimento realizado no setor de urgência e emergência;

2.2 ESPECÍFICOS

- Explanar o processo histórico do acolhimento realizado pelo enfermeiro;
- Definir acolhimento com classificação de risco em urgência e emergência;
- Conceituar a classificação de Manchester no setor abordado;
- Explicar como ocorre a consulta do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa publicadas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e em livros do acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Para melhor compreensão e análise dos dados, os referenciais científicos foram agrupados quanto a semelhança dos objetivos em quatro categorias: acolhimento e classificação de risco, o processo histórico do acolhimento, a classificação de Manchester e a atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência.

O delineamento do estudo foi de 2009 a 2019, com exceção de cinco artigos dos anos de 1974, 1999, 2004, 2005 e 2008. Justifica-se a utilização de artigos com data inferior a dez anos, pela importância de seu conteúdo e por motivo de historicidade. A coleta de dados foi executada no período de setembro de 2018 a junho de 2019.

Os critérios de inclusão para revisão de literatura foram os periódicos disponíveis nas bases de dados nacionais, internacionais e com os descritores: Relações Enfermeiro – Paciente, Acolhimento, Serviço Hospitalar de Emergência, e Papel do Profissional de Enfermagem. Entretanto os critérios de exclusão de revisão de literatura foram os periódicos que não estavam disponíveis completos, e se encontravam não coerentes com as categorias propostas na pesquisa.

Foram encontradas no total 1.688 referências e utilizadas 54 (100%). Destes, quarenta e quatro (81,48%) artigos nacionais, cinco (9,25%) manuais, três (5,55%) livros nacionais, um (1,85%) protocolo de acolhimento, um (1,85%) livro internacional.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.1.1 HISTÓRIA DO ACOLHIMENTO NO BRASIL

Segundo Wanda de Aguiar Horta (1974), a enfermagem é uma ciência independente, e não uma simples assistência ao médico. Uma ciência que pode ser aplicada como cuidado, que desenvolve suas próprias teorias. Sendo a enfermagem um serviço oferecido ao ser humano, que participa ativamente do processo.

Provavelmente, uma das primeiras atualizações do serviço hospitalar para adaptar o atendimento no Brasil, foi em 1935, uma proposta de utilizar a ficha de inquérito hospitalar, criada pelo médico Odair Pedroso, que descrevia como deveria ser a organização hospitalar. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011).

Conforme a enfermagem foi se modificando, foram criados os serviços de saúde, que possuem como objeto o próprio ser humano, sendo o foco principal de todas as ações de saúde, porém, ao analisarmos os avanços podemos identificar que a qualidade ainda está necessitada de inovações. (COSTA; CAMBIRIBA, 2010).

O olhar direcionado à assistência dos profissionais de enfermagem realizado na Classificação de Risco (CR), se iniciou ao refletir sobre a necessidade dos pacientes a um atendimento mais acolhedor e humano, que seriam provocados pela baixa qualidade, falta de tempo e ambiente desagradável. (SOARES; BRASILEIRO; SOUZA, 2017).

A partir da década de 90, escalas estiveram sendo implementadas nos setores de emergência de vários países, para realizarem tomadas de decisões de acordo com a complexidade de cada. (GODOI et al., 2016).

Uma das primeiras referências de utilização do protocolo de Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) baseado em protocolos internacionais como o modelo Canadense, foi o Hospital Municipal de Paulínia em 1993, que foi adaptado a realidade do local. (OLIVEIRA et al., 2013).

No ano de 1996 no Brasil, o acolhimento era considerado uma ferramenta inicial para mudar o processo de trabalho e garantir a humanização no serviço de saúde, sendo uma questão resolutiva. Antigamente como pretendiam que o processo

ocorresse de forma rápida, não houve dias faltosos para capacitações ou treinamentos, tudo ocorreu durante o processo de trabalho. (LEITE; MAIA; SENA, 1999).

Um dos hospitais pioneiros a realizar o ACCR nos serviços de emergência do Brasil foi o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti na cidade de Campinas, localizada no estado de São Paulo. Em 2000, iniciaram a implantação deste sistema depois de serem convidados pelo MS para realizar em um projeto piloto, que desejava implantar a humanização como programa em alguns hospitais. Pelos resultados vantajosos obtidos com a realização do ACCR na cidade de Campinas, os hospitais brasileiros buscaram adotar o novo modelo assistencial. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Em 2004, o MS buscou inserir uma nova diretriz com foco na reorganização da assistência prestada nos acolhimentos realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviços Hospitalares de Emergência (SHE), reestruturando o modelo de “triagem” já existente na época, sendo uma alternativa para redução de longas filas de espera e implementando-o com o “acolhimento”. (SOUZA; BASTOS, 2008).

Entre os anos de 2004 a 2009, o MS com intuito de melhorar a qualidade dos SHE, lançou orientações para o gerenciamento destes serviços, com os documentos: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético-Estético no Fazer em Saúde, e Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco. Tais documentos possuíam a apresentação estratégica do acolhimento como um processo de trabalho em saúde. (BRASIL, 2004 apud. BELLUCCI JÚNIOR et al., 2015).

Muitas escalas e protocolos estão sendo disponibilizados para melhoria da distinção de casos graves e agudos, pois um processo complexo exige decisões concisas. Este tipo de classificação busca a otimização do processo e a diminuição de possíveis piora do padrão de saúde do paciente durante a espera. Para que o atendimento seja benéfico para ambos os lados, o ACCR deve ser padronizado no serviço de urgência, e uniformizem o atendimento oferecido pelo enfermeiro. De acordo com o Ministério da Saúde os atendimentos devem seguir um protocolo orientador. (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

Atualmente, pela qualidade de assistência que o ACCR resulta em diversos hospitais, é presumível que, o sistema seja de significativa importância para reorganizar os fluxos assistenciais realizado nos atendimentos dos SHE. (BULLARD 2008 apud. BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

4.1.2 DEFINIÇÃO DE ACOLHIMENTO

A teoria ambientalista criada e desenvolvida por Florence Nightingale foi um grande marco no século 19, expondo como foco o meio ambiente, um agente externo que pode alterar o processo saúde e até mesmo levar a morte. Nesta teoria o enfermeiro procura equilibrar o meio ambiente, pois é um precursor no processo saúde e doença. Tal teoria modificou os pensamentos dos pesquisadores da época, impulsionando a inovações, que refletem atualmente, como na humanização da assistência e baseada no controle do ambiente. (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Uma das diretrizes de maior relevância e ética de gestão do SUS é o acolhimento realizado pela equipe de enfermagem. O ato de acolher significa “oferecer ou obter refúgio”, assim estabelecendo uma ligação entre o profissional e o usuário, favorecendo uma conversa harmônica. (VERSA et al., 2016).

Acolher também pode ser visto como uma humanização do atendimento prestado, garantindo a todas as pessoas este acesso. Relacionando-se a uma escuta qualificada do sofrimento do usuário, sempre oferecendo uma resposta benéfica e se responsabilizando pela solução do problema. Garantir e solucionar o problema apontado pelo usuário é o principal objetivo do acolhimento. Mais que uma CR (Classificação de Risco) ou uma escuta com interesses secundários. Presumindo em um conjunto de escuta, busca de problemas e intervenções, aumentando a capacidade de atender a todos os usuários, diminuindo a centralização em somente um médico e distribuindo para outras especialidades. (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013).

O acolhimento realizado na classificação de risco pode ser explicado como um tipo de ação que busca enaltecer o paciente, motivando-o a participar ativamente na busca de informações da sua saúde, desta forma, construindo uma relação de produção na assistência ao usuário. (CORREIA et al., 2017).

Segundo Pasche (2010 apud MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014), esta ação não deve ocorrer de forma isolada e sem um bom fluxo assistencial, e sim de maneira em que o profissional se conecte ao usuário para que a coleta de dados seja mais específica e que o cliente consiga confiar no profissional sem ter receios, assim, o acolhimento se torna um facilitador para comunicação e coleta de dados.

Também entendido com uma tecnologia de relações, e possuindo objetivo de promover humanização nos atendimentos prestados. É uma proposta do MS que

procura melhorar as deficiências do sistema e incentivar a qualidade de atendimento ao paciente. Apesar de não descrito na legislação do SUS, ele é um dos princípios preconizados que possibilita uma melhora no ACCR, reorganizando o sistema de urgência e emergência no Brasil. (CASTRO apud. WEYKAMP et al., 2015).

Entre os temas mais desafiadores na organização dos serviços de saúde e do SUS, está o estabelecimento de vínculo entre profissional e o paciente. Experiências na assistência de saúde e na docência pode-se chegar à conclusão que há diversos tipos de abordagens ao usuário e como ele será acolhido. Há dificuldade de acesso até mesmo em locais que o acolhimento já está ativo. De acordo com a situação, este desafio de acolher e se solidarizar ainda não foi superado, rompendo um dos princípios do SUS, a integralidade. (SCHIMITH et al., 2012).

Para que o processo de trabalho seja organizado e resolutivo é necessário que as pessoas que procuram atendimento sejam recebidas e acolhidas. O ato de acolher vai além do acesso ao serviço, sendo mais que uma simples recepção do paciente. É um processo que possui continuidade, sensibilidade e conhecimento pelos profissionais para verificar a real necessidade do usuário, nas esferas físicas, mentais, biológicas e ambientais. É o interesse e responsabilidade pela saúde do paciente que possui como consonância do serviço de saúde aos indivíduos. (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013).

São características essenciais para o acolhimento, a compaixão e empatia. A compaixão é possuir piedade pelos outros, enquanto a empatia é compreender o que o outro está passando. Assim, o profissional pode estabelecer um vínculo e devendo se proteger do cansaço emocional. (DAVISON apud. SAVIETO et al., 2019).

A prática do acolhimento influencia diretamente na promoção de saúde, proporcionando intervenções essenciais para cada paciente. Com a implantação desta ação nos serviços de urgência e emergência foi uma excelente estratégia para alcançar a criação da PNH, que estabeleceu foco centrado na complexidade. (OLIVEIRA et al., 2013).

O ACCR foi implementado nos serviços de urgência e emergência no Brasil em 2002 e logo após em 2004 houve mudanças para adaptação dos cuidados aplicados, incentivando a humanização juntamente com o acolhimento, apresentando um novo tipo de intervenção para modificar o atendimento inicial disponibilizado aos pacientes. (BRASIL, 2009 apud. INOUE et al., 2015).

4.1.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - PNH

Com o avanço das tecnologias, da ciência, mudanças na cultura e na política, a saúde também precisou de modificações, saindo do tradicional modelo biomédico, devido as necessidades da população. A enfermagem precisou participar das alterações de concepção à saúde para ser beneficiada, recebendo novas políticas ao seu favor. (TRENTINI; PAIM; VÁSQUEZ, 2011).

O MS do Brasil buscou adotar a humanização no acolhimento, sendo uma política transversal do SUS que possui níveis de atenção e gestão diferentes, e também um desafio para os profissionais, a PNH veio para melhorar o acolhimento já realizado pelos hospitais, fazendo-o ser mais eficiente. (SOUZA et al., 2013).

Há um ponto interessante da aplicação desta política, ela não se aplica somente ao serviço de saúde pública, mas também pode ser aplicados em serviços privados como mecanismo de aperfeiçoamento do atendimento. Dependendo do ponto de vista, a humanização se entrelaça com inúmeras políticas do SUS, não se restringindo ao acolhimento, beneficiando outros níveis de atenção à saúde. (BRASIL, 2010b).

Ao ouvir o termo humanização podemos entender que deve-se valorizar ambos os sujeitos do local. O foco desta política é protagonizar os dois lados do atendimento, se entrelaçando e criando um vínculo, buscando a participação do profissional e do usuário. (BRASIL, 2009).

A PNH coloca na prática dos profissionais os princípios do SUS, implementado mudanças desde o gerenciamento até no cuidado prático, estimulando a comunicação entre os profissionais, usuários e gestores, para continuar um processo de relações, pois, uma simples falha independentemente do profissional pode acarretar dificuldades que inibem na formação da saúde. (BRASIL, 2004).

Manifestando em direito à produção de saúde, protegendo a vida, defendendo a democracia e mudando o serviço. Mobilizar a sociedade é uma ação com esforço do SUS para que ocorra de forma significativa. Por estes motivos que a política não aborda especificamente um local de atuação, sendo capaz de agir sobre as outras políticas de saúde sem afronta-las, mas sim as completando. (BRASIL, 2010a).

Fazendo-se uma postura ética, a humanização impulsionou enriquecimento na estética do acolhimento e também na política. Ética porque faz com que a hierarquia da saúde pública se comprometa com a assistência, garantindo a plasticidade na parte estética, porque impulsiona um acolhimento sensitivo, fazendo com que ambas as

partes trabalhem para alcançar a saúde do paciente, e pode ser considerada política porque atua como uma proteção dos clientes do serviço. (BARBOSA et al., 2013).

Dentre as diretrizes que o SUS dispõe para implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção, incluem-se: aumentar a comunicação entre os profissionais, oferecer grupos de trabalho de humanização, encorajar práticas resolutivas para uso de medicamentos, incentivar o compromisso no atendimento, gestão e processo de produção de saúde, discutir sobre violência familiar e os preconceitos, para que não ocorra durante algum atendimento, promover um ambiente adequado à cultura dos cidadãos, proporcionar participação dos trabalhadores nas unidades, disponibilizar um sistema de comunicação, e incentivar os profissionais a buscar métodos de educação continuada. (BRASIL, 2004).

Mesmo não possuindo uma portaria específica que a regulamente, mas sua origem permitiu tais diretrizes e princípios. Foi lançada para amenizar a quantidade de mortes que poderiam ser evitadas, sendo feita a exclusão total das triagens realizadas na portaria dos serviços, por profissionais que não eram qualificados para discernir a gravidade de cada caso. (NASCIMENTO et al., 2011).

Como incentivador do ensino continuado, para que a implementação se adequasse às mudanças, deveria ocorrer em duas etapas: primeiramente, iniciar com os profissionais da atenção, e continuar a cada período estipulado para “relembrem” das aplicações e preparar os profissionais de forma adequada, na segunda etapa, deveriam incentivar os acadêmicos para colaborarem ao ensino, disseminando para a população como funciona o fluxo de atendimento, as prioridades, levando conhecimento com objetivo de criar vínculos da saúde, educação e o trabalho. (BARBOSA et al., 2013).

São necessárias mudanças na forma de atendimento do serviço para aprimorar a qualidade do acolhimento prestado, principalmente nos SHE, pelas dificuldades encontradas, os funcionários agem de maneira imparcial, sem agir de forma humanizada, devido a falhas estruturais do sistema, grande demandas de atendimento, divisão da assistência e déficit na filosofia do trabalho com foco na humanização. Essa demanda está aumentando no Brasil, devido a realidade e queixas de maus tratos e qualidade da assistência. (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013).

4.1.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Os serviços de saúde deveriam enaltecer um de seus principais focos: promoção de saúde com foco no usuário, sendo capaz de dar autonomia ao paciente para dar andamento no processo, sem deixar de ser um cuidador à qualquer momento da assistência. É trabalhando pelo diálogo que a assistência será aprimorada com dados pertinentes a saúde do paciente, buscando caminhos para resolver a necessidade do usuário. Assim, sendo de grande prevalência discutir sobre as práticas em saúde e as interfaces no SUS, possuindo como finalidade alcançar a saúde da população. (ASSIS et al., 2015).

Sendo a etapa inicial dos serviços de urgência e emergência, a classificação de risco propõe otimizar o sistema, e diminuir condições negativas de atrasos nos cuidados realizados, agilizando recursos para cada problema e priorizando sua resolução. (AJANI 2012 apud. GODOI et al., 2016).

A população brasileira conhece a classificação de risco como “triagem”, que possui como meio de ação colaboradora o acolhimento, um método que ajuda a discernir os pacientes que necessitam de um atendimento urgente, de acordo com o perigo a saúde, iniciando de um atendimento com foco no paciente, que diminui as chances de exclusão de casos graves. (SOARES; BRASILEIRO; SOUZA, 2017).

O método de triagem existe no Brasil desde 2002, porém, em 2004 a busca de novos métodos modificou este sistema, reestruturando a humanização e criando o ACCR, fazendo com que a organização se iniciasse na entrada do atendimento, produzindo saúde e embasado em algo qualificado, estruturando vínculos e com objetivo de garantia assistencial, responsabilidade e resolução dos problemas envolvidos. (INOUE et al., 2015).

Consistindo em identificar os pacientes de acordo com suas queixas, diferenciando os casos que possuem risco elevado que podem evoluir para danos permanentes ao indivíduo ou até mesmo à morte. Este tipo de atendimento deve ser realizado por profissional capacitado, com nível superior e com experiência no setor de urgência e emergência. (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

Uma ferramenta que proporciona organização do ambiente e das filas de espera, procurando não classificar como na ordem de chegada, favorecendo o paciente que realmente tem risco potencial a vida. Informar aos pacientes que não possuem risco de vida e aos seus familiares que o tempo de espera será maior, promover o

multiprofissionalismo pela avaliação continuada do trabalho, favorecer condições de trabalhos mais dignas aos profissionais, proporcionando os pacientes a saírem satisfeitos com o atendimento prestado. (NASCIMENTO et al., 2011).

Os principais critérios para a classificação são: relato do paciente, sinais de alerta, queixa principal, sinais vitais, escala de Glasgow, saturação de O₂, escala de dor, idade, e doenças já existentes. Sempre reavaliando constantemente, pois a classificação pode mudar. (SERVIN et al., 20--).

Levando em conta que a CR busca melhoria do fluxo desde a porta de entrada do serviços de urgência e emergência, os enfermeiros possuem uma grande responsabilidade de organizar os usuários no serviço. Por isso, os enfermeiros que trabalham na CR devem possuir um conhecimento diversificado para realizar a avaliação e priorização dependendo do caso. Porém, a sobrecarga de atendimentos neste serviço acabam dificultando esta classificação. (DURO; LIMA; WEBER, 2017).

É necessária a participação de toda equipe para que o ACCR seja bem sucedido, sendo o enfermeiro um grande agente neste processo, mesmo dentro da equipe multidisciplinar. Cabendo ao enfermeiro o ato de classificar o paciente, ele é quem mantém o contato e vínculo durante todo este processo. (COSTA et al., 2015).

Este método é uma forma de agilizar o atendimento de acordo com a avaliação do agravamento de cada caso, dependendo dos potenciais riscos à saúde e de sofrimento do usuário, sendo que a classificação deve ocorrer por base de um protocolo já estabelecido na instituição e com foco na complexidade do grau de doença de cada um, ao invés da ordem de chegada. (VERSA et al., 2016).

Para que o processo de trabalho realizado no ACCR seja monitorado, existe uma ferramenta chamada Fluxograma Analisador (FA), que mostra em detalhes os fluxos de pacientes no dia e identifica problemas gerados no atendimento. Esta ferramenta consiste em organizar graficamente os processos de trabalhos que se interligam durante a produção de saúde. Devido a vários fatores, o MS avalia o FA como um instrumento de grande importância para operacionalização do trabalho realizado, na criação de vínculos, e sobre como está a atuação da equipe. (BARBOZA 2005 apud. BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Adotar uma nova diretriz operacional pode influenciar na modificação das relações entre o profissional e o usuário, facilitando um processo participativo, e ainda, priorizando uma qualidade aos que procuram o atendimento. (WEYKAMP et al., 2015).

4.2 PERFIL DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A condição classificada como urgência significa que há um risco de vida, mas não é uma condição imediatista, entretanto, emergência é quando o paciente possui um potencial risco de vida e necessita de suporte imediato para continuar a sobreviver. De acordo com o MS, urgência e emergência são um campo único de assistência à saúde, sendo destinada como suporte à vida. Devido a desordem dos fluxos assistenciais dos serviços de saúde, esta área específica que objetiva cuidados aos que realmente possuem um agravante, acabam realizando um trabalho que não lhes convém. (ZANELATTO; DAL PAI, 2010).

Projetados para realizarem assistência continuada e não programada, mas com alta qualidade, recebem uma grande variedade de lesões ou doenças agudas. Os fatores de entrada também afetam a assistência, ou prolongam o tempo de permanência do usuário no serviço. (GONÇALVES-BRADLEY et al., 2018).

Possuindo um nível de atendimento complexo, deveria haver somente leitos de observação priorizados à pacientes que possuem ou não um risco de evoluir para morte, necessitando de assistência e monitorização integral. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA; MARCON, 2015).

Uma das portas de entrada no serviço de saúde público e privado mais procurada são os serviços de urgência, porque a população busca um atendimento mais rápido e com menos tempo de espera. (RONCALLI et al., 2017).

Considerando esta concepção, este tipo de atendimento é voltado para cura da doença ou estado em que o paciente se encontra, e não como método preventivo, criando raízes na cultura pela agilidade de atendimento. Os usuários compreendem tal atendimento não como um serviço para atendimento de casos graves, e sim, como uma segunda alternativa pelo atendimento ágil e resolutivo. (SOUZA; BASTOS, 2008).

Esta procura ocorre por causa da quantidade de recursos que são oferecidos em um só ambiente, sem necessitar de se deslocar para conseguir, como: medicamentos, cuidados de enfermagem, consultas mais ágeis, exames e a internação quando necessária possui o tempo máximo de 24 horas. (CAMERRO et al., 2015).

Designado aos pacientes com risco de morte, ou aos que precisam de um atendimento imediato, este setor funciona integralmente, mas a população busca esse método de atendimento como a principal porta de saúde do SUS, assim, diminuindo a resolubilidade da assistência e desfavorecendo resultados positivos. A quantidade

de tempo que é gasta para atender as consultas simples, e o acúmulo de pacientes que realmente precisam de um atendimento digno, interferem drasticamente na segurança da assistência prestada e aos procedimentos efetivamente necessários. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA; MARCON, 2015).

Na maior parte do tempo, as respostas aos paciente devem ser rápidas, principalmente em casos graves e/ou agudos, realizando ações que atenuam a dor ou queixas. Receber este paciente de forma acolhedora e humanizada é realizar produção de saúde, uma política implementada para que os profissionais consigam reorientar os usuários quanto ao fluxo de serviços sem serem pejorativos. (OLIVEIRA et al., 2013).

Na maioria das publicações, o profissional indicado no gerenciamento deste tipo de serviço é o enfermeiro, o principal reorganizador do processo, do trabalho e da equipe. Havendo assim, iniciativas gerenciais focadas na qualidade da assistência, e na estratégia de ações, ofertando um cuidado e ambiente mais acolhedor. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011).

Em questão do trabalho em equipe, devem ter facilidade de se comunicar, tomando decisões mais certas possíveis, pela prioridade em cuidados mais complexos de enfermagem para os pacientes em estado grave. (SILVA et al., 2014).

Um estudo realizado no SHE de um hospital localizado em Pernambuco, comprovou que em torno de 74,5% das assistências prestadas poderiam ser resolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A maior parte dos usuários que frequentam este serviço não são caracterizados como emergência. O excesso de acúmulo de tarefas aumenta os custos do serviço e gera uma exaustão nos profissionais do ambiente. (FURTADO, 2004 apud. GARLET et al., 2009).

Pela organização e estruturação da rede no Brasil, a rede de atenção aos casos de urgência possui uma complexidade que por si acaba sendo um intermediário entre a rede de atenção básica e as hospitalares, devendo agir com métodos acolhedores e possuindo protocolos de classificação de risco, assim, em conformidade com os modelos exercidos nacional e internacionalmente. (GODOI et al., 2016).

No exterior, pacientes com doenças sintomáticas tem que enfrentar a espera e possíveis atrasos no atendimento em hospitais, que podem ocasionar dificuldades e maior tempo no tratamento de doenças que poderiam ser solucionadas adequadamente, a “triagem” veio para melhorar problemas como este. (INOUE et al., 2015).

4.3 PRINCIPAIS PROBLEMAS NO FLUXO DE ATENDIMENTO E NA CLASSIFICAÇÃO

Praticamente, quase todos os dias nos deparamos com a mídia falando como está o caos nos serviços de saúde, prevalecendo os serviços públicos de emergência. Estes serviços recebem um grande número de atendimentos diários, e possibilitam a sua resolução. Mesmo funcionando 24 horas, tem se deparado com dificuldades para atender toda essa demanda. (NASCIMENTO et al., 2011).

Este aumento da procura no atendimento de urgência e emergência está diretamente ligada a fatores externos, como: o aumento de violência nas cidades, uma desestruturação de fluxo de atendimento primário, entre outros fatores. Pelo grande número de pacientes que os profissionais devem atender, estes passaram a agir com mais técnica e menos sentimentos, assim, havendo falta de humanização no cuidado com o paciente. (WEYKAMP et al., 2015).

O serviço primário de atendimento no Brasil não consegue atender toda a população que chega ao serviço. Esta inversão de demanda populacional que deveriam buscar atendimento inicial na rede básica de saúde e vão para o serviço de urgência e emergência, acabam superlotando um único sistema de atendimento. (RONCALLI et al., 2017).

Segundo Andersen (1995 apud. VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015), essa insistência em procurar o serviço de emergência como porta de entrada, seria por obstáculos que a população possui no seu cotidiano, como: a predisposição do usuário se deslocar até o serviço de saúde, distância da unidade referência até sua casa, pela indisponibilidade de sair em horário comercial do serviço para ir se consultar, tempo de espera na unidade básica, limite de consultas diárias preestabelecidas e a necessidade de um atendimento mais urgente.

Entre as inúmeras causas da gradual procura dos serviços de emergência, e do aumento da violência urbana e dos acidentes, o aumento populacional de pessoas idosas, os fatores socioeconômicos também influenciam neste atendimento, assim como a falta de leitos hospitalares para realizar a internação quando necessária na rede pública. (NASCIMENTO et al., 2011).

O protocolo de Manchester no qual será abordado mais adiante no trabalho, possui certa resistência na sua implementação, devido as novas tecnologias sendo alteradas pelas completamente informatizadas, a falta de disponibilização de recursos

acabam ocasionando dificuldades pelos profissionais na adaptação ao novo protocolo, que torna a classificação mais trabalhosa. O excesso de trabalho e condições inadequadas do local acaba deixando o trabalho mais árduo, diminuindo a disponibilização de implantar o novo serviço à rotina dos profissionais. (TEIXEIRA; OSELAME; NEVES, 2014).

Entre os fatores que podem justificar o déficit na produção de conhecimento entre os profissionais é a falta de conteúdos e publicações relacionadas ao tema no Brasil, estudos mostram que há carência de materiais falando sobre a atuação do enfermeiro na implantação de protocolos de classificação em serviços hospitalares. (PRUDÊNCIO et al., 2016).

A agilidade do atendimento deve ser eficaz para manter a vida do paciente, principalmente nos classificados como níveis emergente e urgente, encontra-se divergências de pensamentos entre os enfermeiros para continuar o andamento com o processo, assim, como faltam padronizações de possíveis interferências que podem ocorrer no pronto socorro. (SOUZA et al., 2013).

Um grande desafio para o profissional é estar pronto para acolher o paciente, com uma estratégia para produção de saúde, usando o cotidiano para produzi-la. (BRASIL, 2009).

De acordo com diversos artigos, existem outras possibilidades para a superlotação do setor, que pode incluir os tipos de doenças e agravos da população do município, ou referente à economia e social do perfil demográfico. (OLIVEIRA; PINTO, 2015).

Pela falta de mudanças estratégicas, e a população usando o serviço hospitalar de emergência como método rápido para realizar consultas rotineiras, os gerentes das unidades hospitalares buscaram alternativas como: aplicação da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) nas cidades para diminuição de fluxo no hospital, inserção de gerenciamento de fluxo de usuários para os locais que possuem leitos de internação, aumento da contratação de funcionários da equipe de enfermagem, ampliação da área de internação e leitos. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA; MARCON, 2015).

Por causa dos problemas citados anteriormente, o Ministério da Saúde buscou voltar sua atenção para a reestruturação dos serviços de urgência e emergência, para que fossem separados por grau e o atendimento realmente resolvesse a situação de saúde de cada paciente. A padronização do método de ACCR tem sido implementada para aprimorar o processo. (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

4.4 PROTOCOLO DE MANCHESTER

Mundialmente o emprego de protocolos para classificar os riscos dos pacientes nos setores de urgência e emergência começaram na metade da década de 70, na Austrália. Após alguns anos, na década de 90, pelo início da informatização dos setores, começou a ser mais difundido. Atualmente o método classificatório é quase que obrigatório em todas as unidades de emergência. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA; MARCON, 2015).

No Brasil, uma das primeiras referências de utilizar um protocolo como auxílio no atendimento aos usuários foi o Hospital Municipal de Paulínia, que adaptou um protocolo canadense a realidade da região, sendo os pioneiros na implantação de protocolo para melhoria de fluxo. A iniciativa pela época em aplicar um protocolo ocorreu em vários países, buscando adapta-los a cada localidade. (OLIVEIRA et al., 2013).

Os protocolos utilizados para a classificação da gravidade do paciente, devem ser objetivos e subjetivos, até mesmo instáveis, podendo sofrer alterações após determinado tempo, à critério do serviço de saúde. O protocolo direcionador da classificação realizada pelo enfermeiro, na maioria das vezes é o responsável pela solução de problemas de saúde dos pacientes, sendo essencial um protocolo para a realização de tal atividade, porém, a unidade deve possuir uma rede de assistência organizada e segura, com capacidade de dar continuação à assistência em outros serviços caso precise. (HERMIDA et al., 2017).

Segundo Oliveira & Guimaraes (2013 apud. CRUZ et al., 2016), o protocolo que mais se destaca para a classificação de risco é o protocolo de Manchester, que foi criado na Inglaterra no ano de 1994, para classificar os pacientes de acordo com seu grau de prioridade, para além de melhorar o atendimento, hierarquizar o sistema de urgência e emergência nos hospitais, diminuindo o tempo de espera para os pacientes com maior prioridade.

O Protocolo de Manchester foi amplamente aderido pelos hospitais no Brasil, sendo formado por fluxogramas e acolhimento com anotação das queixas pelos pacientes, podendo ser diferenciado por níveis de prioridade, iniciando do nível 1 que são as demandas emergentes e chegando até o nível 5, que são as demandas que podem aguardar o atendimento. Cada nível possui um determinado tempo de espera para o atendimento médico e chegar a reavaliação do profissional enfermeiro (SOUZA

et al., 2013).

Existem quatro protocolos de classificação de pacientes em urgência e emergência que predominam pelos seus princípios, sendo eles: Australiano, Canadense, Manchester (Inglês) e Americano, são usados para diferenciar cada caso dependendo da queixa e influenciando no fluxo do atendimento, buscando uma melhoria da necessidade. (JÚNIOR, 2009).

Nos protocolos citados, a classificação ocorre de acordo com o grau de urgência de cada usuário, sendo realizada pelo enfermeiro, ele realiza a avaliação de acordo com os dados do histórico, da anamnese e das reclamações verbalizadas do paciente. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA; MARCON, 2015).

A classificação de risco pode ser dividida em cinco níveis: Nível 1 – atendimento imediato; Nível 2 – atendimento até 10 minutos; Nível 3 – atendimento até 60 minutos; Nível 4 – atendimento até 120 minutos; Nível 5 – atendimento até 240 minutos. (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

Uma alternativa para deixar mais fácil para os profissionais, é a diferenciação por cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. (CORREIA; FERREIRA; LISBOA, 2017).

Um dos agravos à vida do paciente são locais que não possuem critérios para classificação, fazendo do tempo um inimigo da assistência inicial que são essenciais para saúde. O protocolo que direciona o profissional deve ser executado, sendo o profissional mais indicado é o enfermeiro, praticando uma classificação fidedigna às normas e sem expor os pacientes ao risco de vida por critérios não pré-estabelecidos. (SOUZA et al., 2011).

A prática de CR realizada pelo enfermeiro deve ser embasada, para que qualquer ação realizada no setor deve possuir respaldo legal para as decisões tomadas, os protocolos orientadores são de suma importância como instrumento, mas, não são indicados para serem utilizados de forma isolada, pois acabam não sendo suficientes, devido a fatores externos, como aspectos sociais e culturais da população que levam a uma atenção assistencial diferente para cada pessoa. No momento, o protocolo mais utilizado é o protocolo de Manchester, devido a facilidade que proporciona para a identificação de agravos. Os fluxogramas desse protocolo contribui para a avaliação do enfermeiro, proporcionando segurança à quem o realiza. (RONCALLI et al., 2017).

4.5 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DENTRO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

De acordo com Zem (2012 apud. CRUZ et al., 2016) das políticas existentes, os protocolos de acolhimento e as políticas não são de total conhecimento dos profissionais, pois os enfermeiros deveriam possuir um entendimento maior sobre as políticas, para que durante a sua implantação, o acolhimento ocorresse de forma segura e eficiente. O enfermeiro possui como função a educação permanente, que deve buscar e incentivar capacitações adequadas para cada área da sua equipe.

A Portaria 2.048 de 2002 aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, definindo seus princípios e diretrizes, critérios e normas de funcionamento, cadastramento no sistema, atendimento dos usuários e capacitações aos funcionários que atuarão na área. (BRASIL, 2004).

A Resolução COFEN 423 de 2012, foi criada para normatizar o trabalho do enfermeiro na Classificação de Risco. O enfermeiro deve realizar a classificação com competência técnica e científica, por ser um processo complexo devido à priorização de casos no serviço de urgência. (SILVA et al., 2014).

A prática de classificar o risco de vida do paciente é complexa, por este motivo o profissional indicado para esta função acaba sendo o enfermeiro, que por sua vez deve ter trabalhado em serviço de urgência e emergência, possuindo capacitação na área de atuação, pois o paciente é dependente desta classificação para receber um atendimento que influenciara diretamente na sua saúde, pela alta complexidade em um simples ato, protocolos e escalas estão sendo desenvolvidas para dinamizar a avaliação. (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

Segundo Wanda Horta, o enfermeiro não exerce o cuidado isoladamente, passa a existir a enfermagem quando o profissional interage com o paciente, em busca de uma investigação de dados que estão interferindo no processo saúde. O profissional possui como atividade de assistir as necessidades humanas básicas do paciente para prestar a assistência e interagir com vínculos comunicacionais para colher dados importantes e elevar o nível do cuidado da enfermagem. (CASTELLANOS; BRIGITTA, 2005).

Existe uma grande complexidade na prática da integralidade, que na enfermagem pode ser entendida como o multiprofissionalismo, que são várias esferas de conhecimento no mesmo ambiente e trabalhando juntos para estruturar um

atendimento que consiga progredir no processo saúde. Essa integralidade atua na mudança de abordagem do profissional ao paciente, para que atue como um norte para a relação que ali se estabelecerá, prevalecendo a inerência entre: individualismo, sociável e o coletivismo. (TRENTINI; PAIM; VÁSQUEZ, 2011).

O ACCR funciona como um reorganizador da saúde em rede, para diminuir a sobrecarga da equipe sem alterar na qualidade da assistência, aumentar o foco do paciente que necessita do atendimento, valorizando os enfermeiros que estruturam o trabalho junto com a equipe médica. O enfermeiro proporciona um trabalho multiprofissional sem interferir na sua categoria, nas competências e na resposta do processo saúde do paciente. (NASCIMENTO et al., 2011).

O enfermeiro deve ouvir o usuário, distinguir os principais riscos, responsabilizando-se por todas as palavras ditas ao paciente, fazendo com que a ação se torne um processo múltiplo, que pode identificar vários fatores, criar um vínculo profissional e paciente, organizar melhor a conversa para beneficiar a coleta de dados, desta maneira a tornar o acolhimento mais humanizado. (BRASIL, 2010b).

Todos pacientes que chegam no serviço de urgência e emergência, necessitam de algum tipo de intervenção. Conforme o risco de vida, ele é ouvido por um processo qualificado de acolhimento, como citado anteriormente, e a tomada de decisão ocorre por base de protocolo e associada ao julgamento crítico. O usuário chega no serviço hospitalar, os funcionários da recepção deve recebe-lo e preencher a ficha de atendimento, após, ele é encaminhado para o ACCR, local onde será realizado sinais vitais, acolhimento qualificado e encaminhamento médico conforme necessidade clínica, e principalmente, baseada em protocolo estabelecido pela instituição. (SERVIN et al., 20--).

Durante a entrevista, deve ser realizado um rápido exame físico, averiguação de sinais vitais, e se necessário, exames complementares. Depois de observado esses dados, deve-se realizar o encaminhamento de acordo com a classificação do quadro clínico do paciente. (PRUDÊNCIO et al., 2016).

Não objetivando a realização do diagnóstico médico, a CR objetiva uma avaliação da gravidade da situação do paciente, por características dos sinais e sintomas. Sucedendo uma identificação de características definidoras, fatores relacionados e de riscos, podem ajudar na elaboração do diagnóstico de enfermagem, necessitando de intervenções para a saúde do paciente. A identificação do Diagnóstico de Enfermagem (DE) é de significativa importância para a continuação do

cuidado que será realizado na sala de emergência, assim, o enfermeiro conseguirá planejar as intervenções necessárias dentro do possível. (SOUZA et al. 2013).

Segundo Peplau, o relacionamento interpessoal entre o profissional e usuário tem o propósito de interpretar as dificuldades do processo. (SILVA; BRAGA, 2011).

Esta prática, também é classificada como uma tecnologia leve, significa que o atendimento oferecido deve possuir um vínculo, garantindo um caráter benéfico para o local. No Brasil a adesão ainda está em implementação, porém, em localidades que o acolhimento já está ativo, fica perceptível a melhora do fluxo, gestão do serviço e agilidade do atendimento. (OLIVEIRA; PINTO, 2015).

Pelo grande aumento da procura dos SHE, enfatiza-se a qualificação do enfermeiro no gerenciamento e na administração dos fluxos. Devido este olhar, pesquisadores se interessaram em analisar o fluxo do atendimento, e pelos locais preferirem sistemas diferentes, notaram que a ação praticada pelos profissionais reflete em todo o processo de trabalho e não somente na porta de entrada do serviço. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA; MARCON, 2015).

Das dificuldades no fluxo de atendimento abordados anteriormente no trabalho, também são encontradas adversidades na classificação em que o enfermeiro realiza, devido ao usuário chegar em situação de adoecimento e fragilizado, o enfermeiro que fica responsável pela decisão de como será o encaminhamento deste paciente, por consequência, determinando o tempo de espera, os familiares presentes ou até mesmo o paciente pode discordar da situação e acabar agredindo o profissional. (FREITAS et al. 2017).

Pode-se considerar que o acolhimento é um local de postura ética, porém o profissional deve exercê-la a qualquer momento, devendo possuir também responsabilidade e resolutividade, assim, o acolhimento se torna uma ação, que deveriam ocorrer em qualquer local de atendimento à saúde. (BRASIL, 2010c).

Segundo Souza (2013 apud. CORREIA; FERREIRA; LISBOA, 2017), o enfermeiro deve atualizar sempre seus conhecimentos, possuir habilidade de escuta, senso avaliativo, registrando corretamente as queixas do paciente, trabalhar em equipe, conter raciocínio hábil para as decisões imediatas, encaminha-los de forma correta após a assistência, garantindo um processo continuado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acolhimento é um instrumento essencial na Classificação de Risco, por permitir a criação de vínculo com o paciente e execução de um cuidado mais humanizado, trazendo um aperfeiçoamento na produção de saúde, que atualmente encontra-se com grandes déficits na questão de escuta.

O trabalho realizado pelo enfermeiro neste setor possui discordância de opiniões profissional – paciente, o ato de designar um tempo de espera pré-estabelecido por protocolo pode gerar conflitos, se não explicado corretamente, o paciente pode não entender sua classificação e até agredir o profissional. A implementação de protocolos e políticas obteve o intuito de respaldo legal aos profissionais, e gerou progresso no conhecimento técnico-científico em relação a classificação.

Os profissionais do que realizam este tipo de atendimento deveriam possuir um conhecimento mais específico sobre a função que realizam, porque nem todos sabem realmente sobre as políticas que os amparam e as que auxiliam em relação a criação de vínculo. Incentivar os enfermeiros à busca de conhecimento constante é uma estratégia para aprimorar o saber profissional, além de diversificar seu próprio atendimento melhoraria as condições de trabalho de toda uma equipe.

O conhecimento interno poderia gerar diversos benefícios no próprio ambiente, realizar um acolhimento mais humano, com empatia e também protegendo o próprio emocional é possível, gera benefícios para os funcionários em relação ao trabalho.

Estratégias como educação em saúde para a população seria uma alternativa para que o fluxo de atendimento fosse melhor organizado, porém, modificar a cultura da população trata-se de uma grande dificuldade com certo grau de complexidade, devendo ser elaborada a longo prazo.

Mesmo o acolhimento possuindo dificuldade na realização pelos profissionais, devido à grande quantidade de pacientes que chegam para serem atendidos, e a falta de conhecimento pela população em relação aos fluxos de demandas de atendimentos, não é considerada impossível suceder tal prática, segundo alguns dos autores abordados no trabalho.

REFERENCIAS

ASSIS, Marluce M. A.; NASCIMENTO, Maria Angela A. do; PEREIRA, José B.; CERQUEIRA, Erenilde M. de. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 333-338, Abr. 2015.

BARBOSA, Guilherme Correa; MENEGUIM, Silmara; LIMA, Silvana Andréa Molina; MORENO, Vania. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-127, Feb. 2013.

BELLUCCI JÚNIOR, José A.; MATSUDA, Laura M.; MARCON, Sonia S.; Análise do fluxo de atendimento de serviço hospitalar de emergência: estudo de caso. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, vol. 17, n. 1, p. 108-116, jan./mar., 2015.

BELLUCCI JÚNIOR, José A.; MATSUDA, Laura M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 797-806, Dec. 2011.

BELLUCCI JÚNIOR, José A.; MATSUDA, Laura M. Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 217-225, Mar. 2012.

BELLUCCI JÚNIOR, José A.; VITURI, Dagmar W.; VERSA, Gelena L. G. S.; FURUYA, Priscila S.; VIDOR, Rafaela C.; MATSUDA, Laura M.; Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de acolhimento. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2015, vol. 23, n. 1, p. 82 – 87, jan./fev., 18/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria - Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004.

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**, 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília. **Ministério da Saúde**, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2010c.

CAMERRO, Aline; ALVES, Elaine C.; CAMERRO, Natália M. M. da S.; NOGUEIRA, Lilian D. P. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro SP, vol. 8, n. 1, p. 515-524, 2015.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 564-570, ago. 2013.

CORREIA, Malena de C.; FERREIRA, Fabrício N.; LISBOA, Mírzia F.; Desafio do enfermeiro frente à classificação de risco. **International Nursing Congress**, Sergipe, Lagarto. Universidade Federal de Sergipe Campus Antônio Garcia Filho, 2017.

COSTA, Maria A. R.; CAMBIRA, Mariele da S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Cienc Cuid Saude**, vol. 9, n. 3, p. 494-502. 2010.

COSTA, Maria A. R.; VERSA Gelena L. G. da S.; BELLUCCI José A.; INOUE, Kelly C.; SALES, Catarina A.; MATSUDA, Laura M. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 491-497, Set. 2015.

CRUZ, Isabel P.; BARBOSA, Juliana Q. V.; CUNHA, Katianne D.. M.; FRANCA, Alba M. B.; Assistência de enfermagem em setores de classificação de risco em urgência e emergência. **Rev. Ciências biológicas e da saúde**, vol.3, n. 3, p. 133 – 150, jun./set. 2016.

DURO, Carmen L. M.; LIMA, Maria A. D. da S.; WEBER, Luciana A. F.; Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência. **Rev Min Enferm**, n 21, e1062, p 01-08, Dez. 2017.

FREITAS, Rodrigo J. M. de; PEREIRA, Magda F. do A.; LIMA, Caio H. P. de; MELO, Janara N. de; OLIVEIRA, Kelyane D. de. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 38, n. 3, e62119, Fev./Jun. 2017.

GARLET, Estela R.; LIMA, Maria Alice D. da S.; SANTOS, José L. G. dos S.; MARQUES, Giselda Q. M. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GODOI, Vanessa C. G.; GANASSIN, Gabriela S.; INOUE, Kelly C.; GIL, Nelly L. de M. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enferm**. Maringá – PR, vol 21, n 3, p 01-08, Jul./Set. 2016.

GONÇALVES-BRADLEY, Daniela; KHANGURA, Jaspreet K.; FLODGREN, Gerd; PERERA, Rafael; ROWE, Brian H.; SHEPPERD Sasha. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. Published in Issue 2. Canada: **Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group**, 2018.

GUEDES, Maria V. C.; HENRIQUES, Ana C. P. T.; LIMA, Morgama M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 31-37, Fev. 2013.

Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. User embracement with risk classification in an emergency care unit: na evaluative study. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 52, e03318, 2018.

HORTA, Wanda de A. com colaboração de CASTELLANOS; BRIGITTA E. P. Processo de Enfermagem. 16ª reimpressão. São Paulo: **Editora Pedagógica e Universitária Ltda**. 2005.

HORTA, Wanda de A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USR**, vol. 8, n. 1, p. 7-15, 1974.

INOUE, Kelly C.; MURASSAKI, Ana Cláudia Y.; BELLUCCI JÚNIOR, José A.; ROSSI, Robson M.; MARTINEZ, Yolanda D. E.; MATSUDA, Laura M.; Acolhimento com

classificação de risco: Avaliação da estrutura, processo e resultado. **Rev. Mineira de Enfermagem**, 2015, vol. 19, n. 1, p. 13 – 20, jan./mar., 23/02/2015.

JUNIOR, Welfane C.; A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, p. 23 – 28, jan./jun, 2009.

LEITE, Juliana C. A.; MAIA, Carmem C. A.; SENA, Roseni R.; Acolhimento: Perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 161 – 168, abr./jun., 1999.

MEDEIROS, Ana Beatriz de A.; ENDERS, Bertha C.; LIRA, Ana Luisa B. de C. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 19, n. 3, jul/set, 2015.

MOTTA, Bruno F. B.; PERUCCHI, Juliana; FILGUEIRAS, Maria S. T.; O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Revista SBPH**. vol.17 n.1, Rio de Janeiro, p. 121 – 139, jan./jul. – 2014.

NASCIMENTO, Eliane R. P. do; HILSENDEGER, Bárbara R.; NETH, Caroline; BELAVER, Guilherme M.; BERTONCELLO, Kátia C. G. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, vol. 13, n. 4, p. 597-603, out/dez, 2011.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 500-506, 2013.

OLIVEIRA, Kalyane K. D. de; AMORIM, Kalianny K. P. S.; FERNANDES, Ana Paula N. de L.; MONTEIRO, Akemi I. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Rev. Min. Enferm.**, vol. 17, n. 1, p. 148-156, jan./mar., 2013.

OLIVEIRA, Tarcio A.; PINTO, Karina A.; Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: Avaliação dos usuários. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, 2015, vol. 14, n. 2, p. 1129 – 1136, abr./jun., 02/03/2015.

PINTO JUNIOR, Domingos; SALGADO, Patrícia de Oliveira; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1041-1047, Dez. 2012.

PRUDÊNCIO, Geline P. G.; MONTEIRO, Rosilene A. N.; RIBEIRO, Bruna C. M.; GOMES, Mireli, S. M.; MANHÃES Letycia S. P.; Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador - Bahia, 2016, vol. 30, n. 2, p. 01 – 10, abr./jun., 09/05/2016.

RONCALLI, Aline A.; OLIVEIRA, Danielle N.; SILVA, Izabella C. M.; BRITO, Robson F.; VIEGAS, Selma M. F.; Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Rev. Baiana Enfermagem**, 2017, Pelotas – RS, vol. 31, n. 2, p. 01 – 10, mai./jun., 27/06/2017.

SAVIETO, Roberta M.; MERCER, Stewart; MATOS, Carolina C. P.; LEÃO, Eliseth R. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. 01-11, e3151, 2019.

SCHIMITH, Maria D.; SIMON, Bruna S.; BRÊTAS, Ana C. P.; BUDÓ, Maria de L. D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503, Nov. 2011.

SERVIN, Santiago C. N.; PINHEIRO, Eliene; MACIEL, Dulcimar O.; NETO, Artur S.; MATOS, Rodrigo M. de; BRITO, Luis Carlos V.; PORTELA, Maria dos A.; BELFORT, Josefina F.; CABRAL, Leyd Laiane S.; MENESES, Milena da R. R.; ARAUJO, Deusa de M. M.; MELO, Maria dos R. B. C. F.; LIMA, Frankcenlina. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Sistema Único de Saúde (SUS) Hospitais Municipais de São Luís/MA. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf Acesso em: 26 de Fevereiro de 2019.

SILVA, Danielle S. S.; BERNARDES, Andrea; GABRIEL, Carmen S.; ROCHA, Fernanda L. R.; CALDANA, Graziela. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, vol. 16, n. 1, p. 211-219, jan./mar., 2014.

SILVA, José Vitor; BRAGA, Cristiane Giffoni. Teorias de Enfermagem. 1ª ed. São Paulo: **láttria**, 2011.

SOARES, Adriana C.; BRASILEIRO, Marislei; SOUZA, Danielle G.; Acolhimento com classificação de risco: A atuação do enfermeiro na urgência e emergência. **Rev. Recien – Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, vol. 8, n. 22, p. 22 – 33, ago./ jan., 2018.

SOUZA, C.; ARAÚJO, F.; CHIANCA, T. Produção científica sobre a validade e

confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 144-151, Fev. 2015.

SOUZA, Cristiane Chaves de; MATA, Luciana Regina Ferreira da; CARVALHO, Emilia Campos; CHIANCA, Tania Couto Machado. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1318-1324, Dez. 2013.

SOUZA, Cristiane Chaves de; TOLEDO, Alexandre Duarte; TADEU, Luiza Ferreira Ribeiro; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, Fev. 2011.

SOUZA, Raíssa S.; BASTOS, Mariza A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Rev. Min. Enferm.**, vol. 12, n. 4, p. 581-586, Out./Dez., 2008.

TEIXEIRA, Valdeci de A.; OSELAME, Gleidson B.; NEVES, Eduardo B. O protocolo de manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 905-920, ago./dez. 2014.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; VÁSQUEZ, Marta L. A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. **Colombia Médica**, vol. 42, n. 2, p. 95-102, abr./jun., 2011.

VERSA, Gelena L. G. S.; VITURI, Dagmar W.; BELLUCCI JUNIOR, José A.; ZAMPIERI, Amanda C. P.; ALVES, Sidnei R.; MATSUDA, Laura M.; Acolhimento com classificação de risco: avaliação da dimensão resultado na perspectiva de trabalhadores. **Rev. Cienc Cuid Saude**, Cascavel - PR, 2016, vol. 15, n. 1, p. 85 – 92, jan./mar., 11/12/2015.

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, Mar. 2015.

WEYKAMP, Juliana M.; PICKERSGILL, Caroline S.; CECAGNO, Diana; VIEIRA, Flavio P.; SIQUEIRA Hedi C. H.; Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Rev. RENE**, 2015, Pelotas – RS, vol. 16, n. 3, p. 327 – 336, mai./jun., 21/05/2015.

ZANELATTO, Daiana M.; DAL PAI, Daiane. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, vol. 9, n. 2, p. 358-365, abr./jun., 2010.



RELATÓRIO DE REVISÃO NO ANTIPLÁGIO

ALUNA: Isadora Duarte Pereira

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 29.08.2019

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: 6,9%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet ⚠️

Suspeitas confirmadas: **2,22%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados ⚠️

Texto analisado: **90,33%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11
quinta-feira, 29 de agosto de 2019 23:23

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da acadêmica **ISADORA DUARTE PEREIRA**, n. de matrícula **16155** do curso de Enfermagem, foi **APROVADO** com porcentagem conferida em 6,9%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

Obs.: Informamos que cada aluno tem direito a passar pelo *software* de antiplágio 3 (três) vezes, sendo que, para cada vez, deverá ter feito as correções solicitadas. Para aprovação, o trabalho deve atingir menos de 10% no resultado da análise, e em caso de mais de 10%, o trabalho estará sujeito a uma última análise em conjunto com o professor orientador e a bibliotecária para emissão do parecer final, visto que o *software* pode apresentar um resultado subjetivo.

(assinado eletronicamente)

HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO

Biblioteca Júlio Bordignon

Faculdade de Educação e Meio Ambiente