



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**KELLY CRUZ PIMENTEL SAMPAIO**

**TOMADA DE DECISÕES DE ENFERMEIRAS NO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

**SALVADOR**

**2021**

**KELLY CRUZ PIMENTEL SAMPAIO**

**TOMADA DE DECISÕES DE ENFERMEIRAS NO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “Promoção à Saúde, Prevenção e Controle de Agravos”.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Darci de Oliveira Santa Rosa

SALVADOR

2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S192 Sampaio, Kelly Cruz Pimentel.

Tomada de decisões de enfermeiras no acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento/Kelly Cruz Pimentel Sampaio – Salvador, 2021.

94 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Darci de Oliveira Santa Rosa.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermeiras e enfermeiros. 2. Tomada de decisões. 3. Triagem.  
4. Enfermagem em emergência. I. Santa Rosa, Darci de Oliveira.  
II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083

**KELLY CRUZ PIMENTEL SAMPAIO**

**TOMADA DE DECISÕES DE ENFERMEIRAS NO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa (“Promoção à Saúde, Prevenção e Controle de Agravos”).

**Aprovada em 17 de setembro de 2021**

**BANCA EXAMINADORA**

Darci de Oliveira Santa Rosa (Orientadora) *Darci de Oliveira Santa Rosa*  
Doutora em Bioética, Professora do curso de Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem,  
Universidade Federal da Bahia.

Marluce Alves Nunes Oliveira (1ª Examinadora) *Marluce Alves Nunes Oliveira*  
Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Saúde, Universidade Estadual de  
Feira de Santana.

Maria Teresa Brito Mariotti de Santana (2ª Examinadora) *Maria Teresa B. Mariotti de Santana*  
Doutora em Enfermagem, Professora do curso de Graduação em Enfermagem, Universidade  
Federal da Bahia.

Karla Ferraz dos Anjos (1ª Suplente) *Karla Ferraz dos Anjos*  
Doutora em Enfermagem, Professora do curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade União  
Metropolitana de Educação e Cultura.

## **DEDICATÓRIA ESPECIAL**

Dedico especialmente este estudo às Enfermeiras da Unidade de Pronto Atendimento que, mesmo em um período tão difícil de pandemia por COVID-19, aceitaram participar da pesquisa.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a mulher que é minha eterna fonte de inspiração, que contribuiu para construção da minha essência, torceu pelo meu sucesso, educou-me de forma mais humana e abdicou de muita coisa na vida para investir em mim e me dar uma educação de qualidade.

Ela é mulher, mãe, avó, irmã, tia, esposa... Meu exemplo de amor e dignidade!

Neuza Maria Fontes da Cruz

Minha mamãezinha!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar força, foco e manter em mim viva a coragem e a certeza de prosseguir na conquista de mais uma etapa da minha formação profissional.

À minha filha, razão do meu viver. Minha fonte de alegria e amor. Obrigada por existir e me tornar uma pessoa mais completa. Te amo incondicionalmente!

Aos meus pais, pelo amor incondicional, por todos os ensinamentos, pela educação e por sempre acreditarem no meu potencial. Amo vocês!

Ao meu esposo, por ser meu companheiro de todas as horas, pelo apoio e incentivo, pela paciência nos momentos de estresse e pelo apoio técnico na dissertação. Amo você!

À minha orientadora, por toda paciência e carinho ao me orientar, estando sempre disponível e aberta a discussão. Obrigada pela confiança e por acreditar no meu potencial.

Ao grupo de Pesquisa sobre Educação, Ética e Exercício da Enfermagem (EXERCE), pelas contribuições, sugestões, ensinamentos e aprendizados. Em especial à Karla Ferraz, Rosinete Barata, Simone Oliveira e Renata Schulz, pelo apoio constante.

A todos os meus amigos, em especial a Tamiris Fabri, Jaqueline Fontes, Daniela Leal e Bruno Jones pela amizade e parceria de sempre e por acreditarem em meu potencial.

Às professoras Doutoras Maria Tereza Brito Mariotti, Marluce Alves Nunes Oliveira, Karla Ferraz dos Anjos e Rita Narriman Boery, pelos ensinamentos e contribuições acerca deste trabalho e por aceitarem participar das bancas de defesa e/ou qualificação do mestrado. Muito obrigada!

À Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador, por validar a pesquisa que foi realizada em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município.

À gerencia, às supervisoras e enfermeiras da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) onde a pesquisa foi realizada, vocês foram essenciais para obtenção dos resultados e fundamentação deste estudo.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUFBA, por compartilharem o conhecimento e pelos ensinamentos constantes que contribuíram para construção deste estudo.

Aos meus alunos, em especial aos meus meninos da Liga Acadêmica de Urgência e Emergência em Enfermagem (LAUEEN) por compreenderem que a educação transforma, pelo reconhecimento do meu trabalho e o amor pela Urgência e Emergência.

Meus sinceros agradecimentos a todos vocês!

“Devemos ser a enfermagem que queremos ter.”

(Marislei Espíndula Brasileiro)

## RESUMO

SAMPAIO, Kelly Cruz Pimentel. **Tomada de decisões de enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento.** 2021. 94fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

A tomada de decisões de enfermeiras é uma ação constante em sua atuação profissional, em especial no Acolhimento com Classificação de Risco, no qual a decisão necessita ser ética, e direcionada mediante a condição clínica dos usuários que procuram pelas Unidades de Pronto Atendimento do Sistema Único de Saúde. O objetivo deste estudo consiste em compreender o processo de tomada de decisões de enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que teve como participantes 19 enfermeiras que atuavam em uma Unidade de Pronto Atendimento de Salvador, Bahia, Brasil. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário online do Google Forms dividido em duas partes: caracterização dos participantes da pesquisa e tomada de decisão da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento. A coleta de dados ocorreu no período de 07 de junho a 27 de junho de 2021 e foi organizada de acordo com os seis passos da Configuração Triádica Humanista-Existencial-Personalista, com análise fundamentada na interpretação do conteúdo descrito pelas participantes, associado aos referenciais da ética e da bioética, tomada de decisão da enfermeira, além de manuais e portarias do Ministério da Saúde. Os aspectos éticos foram garantidos com base na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia CAAE Nº 44202721.0.0000.5531. A partir da análise emergiram três categorias empíricas: Tomada de decisão da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco; Atendimento humanizado de enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco; Tomada de decisão da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco ao usuário com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio. O estudo possibilitou identificar que as enfermeiras na atuação no Acolhimento com Classificação de Risco, tomam decisões programadas e não-programadas, sendo elas fundamentadas em protocolos/fluxogramas institucionais, na escuta qualificada, nos dados objetivos e subjetivos dos usuários e no conhecimento técnico-científico que possuem, para identificar a gravidade e, consequentemente, a prioridade clínica de cada paciente. Além disso, identificou-se que as enfermeiras ao atender um usuário com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio tomam decisões fundamentadas na queixa principal, sinais e sintomas, sinais vitais, protocolo de Infarto e classificam o risco desse paciente como amarelo, laranja e/ou vermelho. Os achados deste estudo demonstraram que as enfermeiras exercitam uma prática assistencial com qualidade em seu cotidiano, por meio do respeito, humanização, ética e responsabilidade ao usuários atendidos em Unidade de Pronto Atendimento.

**Palavras-chave:** Tomada de decisões. Enfermeiras e Enfermeiros. Enfermagem em emergência. Triagem.

## ABSTRACT

SAMPAIO, Kelly Cruz Pimentel. **Nurses' decision making in the Embrace with Risk Classification in Emergency Care Unit.** 2021. 94s. Dissertation (MSc in Nursing and Health). Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

Nurses' decision-making is a constant action in their professional performance, in particular in the Embrace with Risk Classification, in which the decision needs to be ethical, and targeted by the clinical condition of users seeking the Emergency Care Units of the Unified Health System. The objective of this study is to understand the process of decision-making of nurses in the Embrace with Risk Classification in an Emergency Care Unit. This is a descriptive study with a qualitative approach, which had as participants 19 nurses who worked in an Emergency Care Unit in Salvador, Bahia, Brazil. The instrument for data collection, a Google Forms online questionnaire was used in two parts: Characterization of research participants and nurse's decision-making in the Embrace with Risk Classification in the Emergency Care Unit. Data collection occurred in the period from 07 June to June 27, 2021 and was organized according to the six steps of the humanist-existential-personist triad configuration, with a reasoned analysis in the interpretation of the content described by the participants, associated with the ethics and bioethics, the nurse's decision-making, as well as manuals and ordinances of the Ministry of Health. Ethical aspects were guaranteed based on Resolution 466/2012 of the National Health Council. The research project was approved by the Ethics Committee of the Nursing School of the Federal University of Bahia Cae n. 44202721.0.0000.5531. From the analysis, three empirical categories emerged: Nurse's decision-making in the Embrace with Risk Classification; Humanized care of nurses in the Embrace with Risk Classification; Nurse's decision-making in the Embrace with Risk Classification to the user with suspected Acute Myocardial Infarction. The study allowed identifying that nurses acting on Risk Classification make programmed and non-programmed decisions, which are based on institutional protocols/flowcharts, qualified listening, in the objective and subjective data of users and technical-scientific knowledge they have, to identify the severity and, consequently, the clinical priority of each patient. Moreover, nurses, when caring for a user with suspected Acute Myocardial Infarction, make decisions based on the main complaint, signs and symptoms, vital signs, Infarction protocol and classify the risk of this patient as yellow, orange and/or red. The findings of this study showed that nurses exercise a quality care practice in their daily life, through respect, humanization, ethics and responsibility to users met in an Emergency Care Unit.

**Keywords:** Decision-making. Nurses. Nursing in emergency. Screening.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Protocolo de Classificação de Risco.....	23
<b>Quadro 2</b>	Modelo de etapas para de tomada de decisão na enfermagem.....	26
<b>Quadro 3</b>	Modelo do sentido atribuído para tomada de decisão da enfermeira dentro da estrutura global.....	41
<b>Quadro 4</b>	Modelo de identificação das Unidades de Significados.....	41
<b>Quadro 5</b>	Modelo de identificação e classificação dos aspectos de convergência de conteúdo de sentido nas Unidades de Significados.....	41
<b>Quadro 6</b>	Modelo de agrupamentos das Unidades de Significados por semelhança de sentido.....	42
<b>Quadro 7</b>	Modelo de apresentação das categorias e subcategorias que emergiram.....	42
<b>Quadro 8</b>	Descrição das categorias e subcategorias da análise qualitativa dos dados coletados.....	46

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição das enfermeiras quanto as características sociodemográficas - Salvador – Bahia – Brasil - 2021.....	43
<b>Tabela 2</b>	Dados acadêmicos e profissionais de enfermeiras de uma Unidade de Pronto Atendimento - Salvador- Bahia- Brasil -2021.....	44
<b>Tabela 3</b>	Tomada de decisão de enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco - Salvador – Bahia – Brasil - 2021.....	45

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ABS</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>ACCR</b>	Acolhimento com Classificação de Risco
<b>AD</b>	Atenção domiciliar
<b>AH</b>	Atenção Hospitalar
<b>AHA</b>	American Heart Association
<b>AI</b>	Angina Instável
<b>BDENF</b>	Base de Dados de Enfermagem
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CEPE</b>	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>CONEP</b>	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
<b>DC</b>	Débito Cardíaco
<b>et al</b>	e colaboradores
<b>ENFA</b>	Enfermeira
<b>ECG</b>	Eletrocardiograma
<b>EXERCE</b>	Estudos e pesquisas sobre educação, ética/bioética e exercício da enfermagem
<b>FC</b>	Frequência Cardíaca
<b>FR</b>	Frequência Respiratória
<b>IAM</b>	Infarto Agudo do Miocárdio
<b>LEPE</b>	Lei do Exercício Profissional de Enfermagem
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MEDLINE</b>	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>Q</b>	Questão
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>S</b>	Seção

<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SCA</b>	Síndrome Coronariana Aguda
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SPO2</b>	Saturação de oxigênio
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>STM</b>	Sistema de Triagem Manchester
<b>T</b>	Temperatura
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFBA</b>	Universidade Federal da Bahia
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>US</b>	Unidade de Significado
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	19
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	19
2.2 TOMADA DE DECISÕES DE ENFERMEIRAS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	24
2.3 ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM SUSPEITA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	31
<b>3 MÉTODO</b> .....	35
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	35
3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	36
3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	37
3.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	38
3.6 PROCEDIMENTOS PARA ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
<b>4 RESULTADOS</b> .....	43
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	51
5.1 CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEIRAS QUE ATUAM EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.....	51
5.2 TOMADA DE DECISÕES DA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	52
5.3 TOMADA DE DECISÕES DA ENFERMEIRA NO ACCCR AO PACIENTE COM SUSPEITA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	61
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	68
<b>APENDICE A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	81
<b>APENDICE B</b> – Instrumento de coleta de dados.....	85
<b>ANEXO A</b> – Parecer Consubstanciado do CEP Nº. 4.746.740.....	90

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto a tomada de decisões de enfermeiras<sup>1</sup> no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento. O interesse no desenvolvimento desse estudo adveio, sobretudo, de minha experiência de dois anos de trabalho em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) situada no município de Camaçari, Bahia.

Nas práticas diárias surgiram dúvidas, inquietações e situações desgastantes que me fizeram questionar a respeito da minha tomada de decisões na assistência direta aos pacientes no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Somado a este fato, incluem-se os conhecimentos construídos a partir da inserção em um Grupo de Pesquisa que estuda sobre Educação, Ética e Exercício da Enfermagem (EXERCE), vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA). Essas vivências despertaram questionamentos, reflexões e motivaram a querer compreender, de maneira aprofundada, a temática referida.

Desta forma, a minha vivência possibilitou compreender que o ACCR requer das enfermeiras não apenas conhecimento técnico-científico sobre o protocolo adotado pela Unidade de Pronto Atendimento, mas também sobre a promoção da comunicação qualificada, a fim de proporcionar o bem-estar do usuário.

A tomada de decisão da enfermeira é em uma ação constante em sua prática profissional, a qual necessita ser consciente, segura, ética e assertiva. Logo, a decisão que concerne a essa profissional no ACCR recebe destaque, visto ser um setor que necessita de uma deliberação coerente e imediata dos usuários que procuram pelos serviços de saúde.

A capacidade de tomar decisões constitui em uma competência fundamental para o sucesso profissional, bem como para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde. Entende-se como tomada de decisões a seleção entre duas ou mais opções de uma determinada ação que possibilitem atingir o resultado esperado (MARQUIS; HUSTON, 2015).

No contexto da saúde de modo geral, o processo da tomada de decisão segue os passos de identificação do problema, coleta de dados, análise de causas e consequências, seleção da opção mais adequada, implementação e avaliação dos resultados (ZOBOLI, 2013). Dessa forma, a tomada de decisões, ao ser acompanhada por procedimentos sistematizados, reduz incertezas e contribui para aumentar as chances de êxito e auxilia os profissionais a serem responsáveis e prudentes em suas escolhas.

---

<sup>1</sup>Optou-se por utilizar o termo “enfermeira” em todo o texto para se referir também aos enfermeiros, considerando que 85,1% dos profissionais inscritos nos Conselhos de Enfermagem são do gênero feminino, conforme consta na Resolução nº 580/2018 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

As decisões são classificadas em “programadas e não-programadas”. As programadas são aquelas frequentes, fundamentadas em diretrizes sistemáticas que direcionam à resolução do problema ou conflito. Já as não programadas envolvem situações extraordinárias, sem composição ou protocolo pré-determinado, o profissional fica com a responsabilidade de decidir com base na experiência, habilidade e capacidade indutiva, dedutiva e intuitiva, em qualquer esfera de trabalho (PREVE; MORITZ; PEREIRA, 2010; BORGES, 2017).

A tomada de decisão é essencial nos diversos serviços de saúde, assim como na UPA, diante de situações consideradas de ordem administrativas ou éticas. Essas unidades de saúde surgem com a finalidade de organizar a assistência, por meio da articulação dos serviços, definição de fluxos e referências adequadas. A UPA foi criada pela Política Nacional de Atenção às Urgências, a qual pertence ao Sistema Único de Saúde (SUS), voltada para o atendimento de urgência e emergência, tem seu funcionamento 24 horas por dia e possui como porta de entrada do serviço o ACCR, em sua maioria, realizado por enfermeiras (HERMIDA et al., 2018).

Na UPA, a enfermeira realiza o cuidado, que, de acordo o Código de Ética do Profissionais de Enfermagem, “O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017). Essas profissionais constantemente se deparam com situações conflituosas, que exigem tomada de decisão rápida e direcionada por se tratarem de usuários que, muitas vezes, apresentam instabilidade hemodinâmica e que necessitam de prioridade assistencial (OLIVEIRA et al., 2015).

A divisão do trabalho, bem como o dimensionamento da equipe da sua classe profissional é uma característica da enfermagem, e, de modo específico, no ACCR, a tomada de decisão da enfermeira interfere no processo saúde e doença, contribui para a redução da morbimortalidade e organiza o atendimento com foco nas necessidades do paciente. A enfermeira torna-se, assim, a profissional fundamental no processo terapêutico (RONCALLI et al., 2017).

O ACCR é considerado um modelo de atenção à saúde que procura organizar o atendimento nas unidades de urgência e emergência, assim como promover a escuta qualificada, com parâmetros técnicos, sociais e humanitários, com respeito à ética e à execução de atendimento qualificado, embasado na complexidade das manifestações clínicas dos usuários que procuram por serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2016a).

Dessa forma, a enfermeira necessita tomar decisões na prática profissional embasada

em aspectos deontológicos da profissão. Logo, a Lei do Exercício Profissional, de Enfermagem (LEPE), nº 7.498 de 25 de junho de 1986, em seu Art. 11, inciso I, cita que é de estrita competência e responsabilidade da enfermeira a capacidade de tomar decisões imediatas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987).

Na tomada de decisão consciente, é necessário que a enfermeira possua conhecimento científico e prática. Portanto, é essencial que estas profissionais ampliem sua competência teórico-prática e ética e minimizem práticas inseguras durante o processo de tomada de decisão assim como uma assistência de qualidade aos usuários dos serviços de saúde (NORA et al., 2016).

A classificação de risco é condicionada à presença de uma enfermeira para atender cada paciente e, assim, efetuar a identificação adequada de sua queixa principal que servirá de suporte para a escolha do fluxograma de atendimento ou protocolo específico. No Brasil, os serviços de urgência e emergência, dentre eles, a UPA, têm implantado o Sistema de Triagem Manchester (STM), composto de protocolos clínicos e traumatológicos que permitem à enfermeira determinar a prioridade dos atendimentos, para viabilizar o aumento na eficácia dos serviços de pronto-atendimento (CARDOSO et al., 2016).

A Resolução COFEN nº 661/2021 que atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da equipe de enfermagem na atividade de Classificação de Risco, traz em seu Art. 1º que no âmbito da equipe de enfermagem, a enfermeira é a profissional designada para identificar a priorização da assistência, bem como realizar a classificação de risco, observadas as disposições legais da profissão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021).

Nesse contexto, de acordo com Roncalli et al. (2017), a utilização de protocolos direcionadores possibilita maior segurança para a enfermeira na realização da classificação de risco e agiliza o seu trabalho no cotidiano, pois visa a oferecer um atendimento mais seguro, além de promover o trabalho em equipe, por meio da avaliação e/ou reavaliação contínua do usuário mediante sua necessidade.

É fundamental que as enfermeiras que atuam no ACCR tenham decisões precisas, visto serem necessárias tanto a identificação, quanto a diferenciação dos pacientes que necessitam de atendimento imediato; ela necessita estar apta para classificar e, se necessário, reclassificar de acordo com a necessidade de cada usuário do sistema de saúde. Contudo, é imprescindível que se tenha avaliação concisa da queixa clínica para promover planejamento e reavaliação dos pacientes de forma contínua (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

A tomada de decisões da enfermeira impacta diretamente na qualidade da assistência

prestada aos pacientes no ACCR. No intuito de identificar o que se tem produzido sobre a temática, foi realizado um levantamento bibliográfico nas principais bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Inicialmente, foram capturados 52 estudos sobre tomada de decisões, triagem e enfermagem em emergência, dos quais foram selecionados sete por se adequarem ao objetivo do estudo. Todavia, não foram identificados estudos nacionais relacionados à tomada de decisão de enfermeiras no ACCR na UPA, o que evidencia uma lacuna na produção desse conhecimento.

Diante do contexto, a realização deste estudo torna-se justificável à medida que busca ampliar os conhecimentos sobre a tomada de decisão da enfermeira no ACCR, haja vista, a existência de lacuna do conhecimento identificada no levantamento bibliográfico sobre a temática. Além disso, é visto que, por mais que sejam relevantes os protocolos institucionais, os mesmos não garantem a total eficácia da tomada de decisão da enfermeira no ACCR. Dessa forma, tornam-se necessários estudos que abordem a temática para que estas profissionais tomem decisões precisas, seguras e assertivas.

Diante do exposto, definiu-se como questão de investigação: Como ocorre o processo de tomada de decisões de enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento? Tendo como objeto de estudo: tomada de decisões de enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento.

O estudo tem como objetivo geral compreender o processo de tomada de decisões de enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento. E como objetivos específicos: Caracterizar enfermeiras que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento; Discutir o processo de tomada de decisão da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco; Conhecer a tomada de decisões de enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco ao usuário com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, será apresentada a revisão da literatura focada na temática, a qual foi dividida nas seguintes partes: Contextualização da Unidade de Pronto Atendimento e do Acolhimento com Classificação de Risco; Tomada de decisões da enfermeira no Acolhimento com Classificação de risco e Atendimento ao usuário com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio no Acolhimento com Classificação de risco.

### 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Em 2002, por meio da Portaria nº 2.048, foi definido o atendimento pré-hospitalar fixo, como ferramenta de primeiro atendimento ao usuário em casos de quadros agudos, traumas e psiquiátricos, que possam desencadear o risco de morte ou sequelas, com vista a proporcionar um atendimento e/ou transporte adequados para o local de referência, de forma hierarquizada, regulada e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002).

Ainda, essa portaria definiu as missões da UPA, as quais compreendem o atendimento aos quadros agudos, servir de retaguarda para atenção básica à saúde (ABS), descentralizar a assistência de quadros agudos de média complexidade, diminuir as demandas das emergências hospitalares, servir de ambiente de estabilização de pacientes críticos, ter em sua composição uma equipe interdisciplinar, realizar articulação com as unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com os demais pontos da rede, e ser observatório do sistema e da saúde da população, no intuito de favorecer o desenvolvimento de estudos (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe que a atenção à saúde desempenhe atividades que promovam a qualidade na assistência à saúde, que engloba como premissas a resolutividade e eficiência nas ações, humanização das relações em todos os níveis, agilidade, estímulos aos profissionais e controle social. Dessa forma, a rede de atenção à saúde de urgência e emergência organizou-se como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), central de regulação de emergência, leitos de guardas hospitalares e atenção domiciliar e as UPA (BRASIL, 2006).

Antes da implantação das UPA, havia o atendimento pré-hospitalar fixo não regulado pelo Estado, que realizava atividades não sistematizadas. Essas unidades não possuíam estruturas adequadas, não classificavam risco, e prestavam consultas pouco resolutivas. No

Brasil, a primeira UPA surgiu no estado do Rio de Janeiro, em 2007, antes mesmo da regulamentação federal. Nesse estado, a UPA foi priorizada na agenda governamental com vista em responder a crise na saúde que se instalava no município, a qual teve seu agravamento em 2005 (KONDER; O'DWYER, 2016).

Com a aprovação da portaria de nº 1.601, de 7 de julho de 2011, foram estabelecidas diretrizes para a implantação do componente (UPA 24h), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Após sua implantação, as UPAs constituíram-se no principal componente fixo de urgência e emergência pré-hospitalar e têm se articulado como intermédio entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as emergências hospitalares (BRASIL, 2011a).

Em relação ao porte das UPAs, elas podem ser classificadas em Porte I, II ou III. Os critérios para classificação são: população da área de abrangência da UPA, área física mínima, número de atendimentos médicos nas 24 horas, número mínimo de médicos por plantão, número mínimo de leitos de observação (BRASIL, 2013).

As UPAs são classificadas em três portes distintos, de acordo com a população do Município sede, a área física e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos. Desse modo, a UPA tipo I: com cobertura populacional de 50.000 a 100.000 habitantes, deve dispor de 700 m<sup>2</sup> e atender uma média de 50 a 150 pacientes/dia. A porte II: com cobertura populacional de 100.001 a 200.000 habitantes, deve dispor de 1.000 m<sup>2</sup> e atender de 151 a 300 pacientes/dia. Já a porte III: com cobertura populacional de 200.001 a 300.000 habitantes, deve dispor de 1.300 m<sup>2</sup> e atender uma média de 301 a 450 pacientes/dia (CAMARGO NETO et al., 2018).

Além disso, a UPA tem seu funcionamento nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos, e deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos usuários que apresentem quadros clínicos agudizados, cirúrgicos e de trauma, com vista a estabilizar os usuários, por meio da investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, a necessidade de regulação para serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011a).

De acordo com a portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017, a UPA, para encontrar-se em adequado funcionamento, deve garantir a articulação com a Atenção Básica à Saúde (ABS), o SAMU, a Atenção Domiciliar (AD) e a Atenção Hospitalar (AH), bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, tendo como premissa o efetivo fluxo de referência e contra referência sistematizados pelas centrais de regulação de urgências (BRASIL, 2017).

A UPA deve garantir o atendimento resolutivo e qualificado aos usuários de quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, traumática e cirúrgica, com garantia de referenciamento dos pacientes que a UPA não possui suporte para atendimento. A UPA deve

funcionar como local de estabilização dos usuários atendidos pelo SAMU e mantê-los em observação por até 24 horas, para identificação diagnóstica ou estabilização clínica, com posterior regulação daqueles que não tiveram sua condição hemodinâmica resolvida, para hospitais de médio e/ou grande porte (BRASIL, 2017).

A UPA, com relação à composição da equipe multidisciplinar, deve possuir, obrigatoriamente, os seguintes profissionais: coordenador/gestor, enfermeira, técnico de enfermagem, médico clínico-geral, médico pediatra, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório. E, quando houver laboratório na unidade, também deverá contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório (BRASIL, 2002).

Em observância à satisfação dos usuários com a implantação das UPA, um estudo realizado por Pinto, Stocker e Lima (2019) demonstrou que uma pesquisa de satisfação realizada no primeiro semestre de implantação de uma UPA, no município de Pelotas no Rio Grande do Sul (RS), apontou que 98,19% dos entrevistados referiram que retornariam para um novo atendimento na UPA; 93,96% relataram que o atendimento realizado foi ótimo e/ou bom e 90,64% disseram que o atendimento foi resolutivo. No período da pesquisa, foram realizados 32.596 atendimentos e 29.070 consultas.

De acordo com Brasil (2013), a UPA 24h deve ser implantada em locais ou unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco, observadas as seguintes diretrizes: devem funcionar de modo ininterrupto e possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte.

Para reorganizar o fluxo de atendimento nas UPA, embasado pelo atendimento prioritário aos pacientes que possuem maior complexidade, foi implantado o ACCR, o qual possui ambiente específico, avalia a necessidade de tratamento imediato, identifica o potencial de risco, agravos à saúde ou nível de sofrimento, de modo a priorizar atendimento de acordo com as manifestações clínicas ou a gravidade do caso (BRASIL, 2011a).

O ACCR é a porta de entrada dos serviços de urgência e emergência e deve ser realizado de forma a atender os indivíduos de acordo com os princípios do SUS, que envolvem a universalidade, igualdade e integralidade. No acolhimento, o profissional que executa o atendimento deve ter uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, é necessário que realize um atendimento com responsabilização e resolutividade (BRASIL, 2009).

O ACCR como dispositivo técnico-assistencial proporciona a reflexão e mudanças na

operacionalização da assistência, visto que questiona a condução da clínica no agir em saúde, os modelos de atenção e a forma de acesso aos serviços. A identificação do risco permeia na avaliação atenta do grau de sofrimento físico, quanto psíquico, com análise do grau de risco e suas vulnerabilidades (BRASIL, 2009).

Compete ao gestor responsável pela UPA implantar o ACCR em local específico, para promover a identificação precisa e qualificada do paciente que necessite de tratamento imediato, bem como garantir apoio técnico e logístico para o funcionamento da Unidade (BRASIL, 2011a).

De acordo com a portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, no ACCR, deve ser realizado primeiramente o acolhimento dos usuários, por meio da escuta qualificada e direcionada. A seguir, deve ser realizada a classificação do risco, a qual é executada por profissional de saúde, de nível superior, o qual deve dispor de treinamento específico, embasado na utilização de protocolos pré-estabelecidos (BRASIL, 2002).

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar o fluxo de atendimento nas urgências e emergências, também possui outras atribuições que visam a garantir atendimento imediato aos pacientes com grau de risco elevado, embasado em protocolos pré-existentes, sendo, em maioria, no Brasil, utilizado o protocolo do Sistema de Triagem de Manchester (STM); informar aos pacientes, bem como aos familiares de pacientes o grau de sofrimento em que se encontram e o tempo de espera para o atendimento; promover o trabalho em equipe; avaliação contínua do processo; melhorar a satisfação dos usuários que buscam pelos serviços, e possibilitar e estimular a pactuação e a construção de redes associadas de atendimento (BRASIL, 2009).

O STM foi criado na cidade de Manchester, Inglaterra, no ano de 1994, por uma equipe de especialistas em triagem de pacientes. Esse protocolo apresenta em média 52 fluxogramas distintos, a depender da condição clínica apresentada, e uma escala de risco. Esta escala utiliza classificações identificadas por número, nome, cor e tempo de atendimento médico. Segundo o protocolo, o indivíduo pode ser classificado em cinco cores: vermelha (emergência); laranja (muito urgente); amarela (urgente); verde (pouco urgente) e azul (não urgente) (GUEDES; MARTINS; CHIANCA, 2015).

Vale ressaltar que o STM considera os critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, que não se trata da realização de diagnóstico médico, pois o mesmo estipula a prioridade clínica e o tempo de espera para o atendimento médico, sendo assim, embasado na identificação da queixa principal (GUEDES; MARTINS; CHIANCA, 2015).

No que remete às situações de urgência e emergência, o protocolo de atendimento

no ACCR, em todo Brasil, possui uma padronização embasada no STM. No estado da Bahia, as unidades de emergência do SUS utilizam as diretrizes dispostas no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco, no qual as cores utilizadas determinam um tempo de espera e o grau de prioridade de cada paciente, conforme quadro 1 demonstra:

**Quadro 1** – Protocolo de classificação de risco.

<b>COR</b>	<b>PRAZO DE ATENDIMENTO</b>	<b>SITUAÇÃO</b>	<b>ENCAMINHAMENTO</b>
<b>VERMELHO</b>	Atendimento imediato	Emergência	Sala vermelha/reanimação
<b>AMARELO</b>	Até 30 minutos	Urgente	Aguardar avaliação médica
<b>VERDE</b>	Até 60 minutos	Pouco urgente	Aguardar avaliação médica
<b>AZUL</b>	Até 240 minutos	Não urgente	Ver necessidade de encaminhamento para unidade de referência

Fonte: Elaboração própria (2021) - adaptado do modelo proposto pela SESAB, 2014.

A cor vermelha significa tempo de espera zero, e são pacientes com risco iminente de morte, os quais necessitam de atendimento médico imediato; a cor amarela, o tempo de espera é em até 30 minutos, e são usuários que necessitam de atendimento médico imediato, podendo ser atendidos nos consultórios médicos. A cor verde é considerada pouco urgente e por isso pode aguardar até 60 minutos para atendimento médico, e azul não apresenta situações de urgência, por isso pode aguardar até 240 minutos por atendimento médico. Desta forma, sugere-se que os usuários classificados como azul sejam encaminhados para os serviços ambulatoriais (SESAB, 2014).

O ACCR é um setor suscetível a receber casos distintos de natureza e procedência distintas, ou seja, desde situações mais simples, até as mais complexas. Apesar de os casos de baixa complexidade ou crônicos deverem ser atendidos na ABS, muitas vezes os usuários procuram os serviços de urgência para esses atendimentos, visto que não encontram o acolhimento necessário nos serviços de baixa complexidade (CAMARGO NETO et al., 2018).

Apesar de o ACCR ser uma ferramenta que busca organizar os atendimentos nas UPA, de acordo com a gravidade de cada caso, os usuários ainda apresentam dificuldades para compreender a classificação de risco estabelecida. Conforme traz o estudo de Campos et al. (2020), o qual dispõe que os usuários demonstram dificuldade na compreensão do funcionamento do ACCR, pois ainda possuem o idealismo que o atendimento deve acontecer por ordem de chegada ao serviço. Diante do contexto, existe a necessidade de explicações constantes sobre a forma de atendimento que corresponde aos protocolos do ACCR.

Ainda, de acordo com Inoue et al. (2015), e Bellucci Junior e Matsuda (2012), existe

uma reprodução histórica de filas de espera, superlotação e falta de infraestrutura adequada que repercutiram na precariedade da assistência à saúde dos serviços de emergência. Tal situação tem sido agravada pela demora no atendimento em UBS, seja no agendamento de consultas, horário de funcionamento restrito e reduzido acesso às medicações, que propiciam a maior procura por atendimento em unidades de emergência.

Em um estudo realizado por Acosta e Lima (2015), os usuários justificam que a procura pelos serviços de emergências nos quadros estáveis possui relação com a organização da atenção à saúde. Visto que existe uma facilidade de acesso às unidades de emergência, quando comparada aos demais serviços de saúde, principalmente os serviços da atenção primária. Nessas unidades, existe a tecnologia reunida em um único local, o entendimento da resolutividade de problemas de saúde e a construção de vínculo com os profissionais, estes são alguns fatores que motivaram os usuários na busca por atendimento em unidades de emergência.

O ACCR tornou-se uma ferramenta essencial no atendimento holístico, humano, de qualidade e que possui priorização eficaz. Desta forma, é visto na prática que é função destinada à profissional enfermeira, pois esta tem competência para reunir as informações necessárias, por meio da coleta de dados e das escalas de avaliação e, posteriormente, realizar a classificação de risco, assim organizando a ordem e o tempo de atendimento (CAMARGO NETO et al., 2018). O Ministério da Saúde (MS) destaca que é competência da enfermeira, por meio da consulta de enfermagem, realizar a Classificação de Risco, que irá resultar na organização e priorização do atendimento dos usuários (BRASIL, 2009).

## 2.2 TOMADA DE DECISÕES DA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No que refere à tomada de decisão da enfermeira no ACCR, de acordo com a resolução Cofen nº 661/2021, a enfermeira é a profissional designada para executar a Classificação de Risco e priorização da assistência, a qual deverá ser treinada e capacitada especificamente para utilização do protocolo adotado pela instituição, além de dispor de consultório em adequadas condições de ambiente e equipamentos necessários para desenvolvimento da classificação de risco (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021).

O processo de tomada de decisão remete à escolha entre duas ou mais alternativas que possibilitem atingir determinado resultado esperado, o qual é identificado nas ações de liderança da enfermeira em sua assistência, visto ser a profissional que lidera a equipe de enfermagem, e media, por muitas vezes, as relações entre os profissionais da equipe de saúde

(MOREDA et al., 2019).

O ato de decidir envolve um processo cognitivo que exige que o executor possua rápidos pensamentos embasados na memória de ações anteriores para uma ação precisa, sendo normalmente conceituado como a escolha de determinada ação para as atitudes tomadas. A resolução de problemas contempla o processo decisório, e representa, nesse contexto, um processo sistemático que é embasado no julgamento de uma situação difícil (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Assim, tomar decisões costuma ser uma ação desenvolvida por um problema pré-existente, embora seja executada não necessariamente para sanar um problema subjacente. Ainda, para se tomar decisões, é necessário pensar de forma crítica, ou seja, possuir raciocínio reflexivo nas ações executadas para atingir uma resposta ou uma conclusão (MARQUIS; HUSTON, 2015).

De acordo com Chiavenato (2013), toda organização é um sistema de decisões e todos os membros inseridos nesse sistema tomam decisões constantemente. Portanto, todas as pessoas participam consciente e racionalmente na escolha e na decisão entre alternativas mais ou menos racionais que lhe são apresentadas de acordo com a sua personalidade, motivações e atitudes.

Nesse contexto, Herbert Simon (1963) criou as definições de decisões programadas e não-programadas. De acordo com Montana (1999), as decisões programadas são caracterizadas por problemas de fácil compreensão, estruturados, rotineiros e resolvidos por regras previamente sistematizadas. Em consonância, Stoner e Freeman (1999) discorrem que as decisões programadas são aquelas tomadas de acordo com políticas, procedimentos ou regras, escritas ou não, que simplificam a tomada de decisão.

As decisões não-programadas, para Montana (1999), são aqueles problemas que não são bem compreendidos, são singulares e não se enquadram em procedimentos rotineiros ou sistêmicos. Conforme Stoner e Freeman (1999), as decisões não-programadas são aquelas que envolvem problemas incomuns ou excepcionais e que não ocorrem constantemente na prática.

A escolha da melhor opção no curso de pensamento e do julgamento é inseparável no processo decisório, já que lhe é intrínseco e implica nos elementos de análise e ação, pois são os meios que permitem definir o problema, avaliar as possíveis alternativas e, em seguida, tomar a decisão, seja ela programada ou não programada (SIMON, 1965).

Tomar decisões no âmbito da enfermagem visa à seleção entre uma ou mais opções de uma ação para garantir uma assistência de qualidade. Para essa garantia, é necessária a agregação de conhecimentos e, na enfermagem, isso pode ser visualizado nas relações interpessoais adequadas. Fatores estes que contribuem para postura profissional, por

viabilizarem a autonomia da enfermeira para realizar e analisar as queixas dos pacientes, para decidir de forma correta e direcionada do que fazer (CARDOSO et al., 2016).

Nessa perspectiva, o processo decisório é uma atividade central das enfermeiras em sua atuação, já que parte do seu tempo é dedicada ao exame crítico de questões, incluindo problemas, dilemas e conflitos éticos, para a tomada de decisões em busca de solução. Assim, escolhas são feitas constantemente durante a assistência de enfermagem, o que implica inevitavelmente na ação de decidir, sobretudo, ao se considerarem as estreitas relações que a enfermeira mantém com os pacientes (PARK, 2009).

Ciampone (1991) direciona o modelo do processo de tomada de decisão por meio de etapas e acredita que essa estrutura emana clareza da situação a ser resolvida, pelas etapas possibilitarem a identificação da melhor solução. Todavia, apesar de oferecer suporte para a tomada de decisão, o autor aborda que o modelo não proporciona o suporte completo, mas possibilita que o decisor possa estruturar e analisar o processo a ser percorrido em busca da melhor alternativa, e é apresentado em nove etapas, conforme demonstra o quadro 2:

**Quadro 2** – Modelo de etapas para de tomada de decisão na enfermagem.

<b>Etapas</b>	<b>Processo para tomada de decisão</b>
<b>Etapa 01</b>	Percepção do problema
<b>Etapa 02</b>	Definição do problema
<b>Etapa 03</b>	Coleta de dados
<b>Etapa 04</b>	Análise dos dados
<b>Etapa 05</b>	Redefinição do problema
<b>Etapa 06</b>	Procura de solução / alternativas
<b>Etapa 07</b>	Escolha da decisão
<b>Etapa 08</b>	Implementação
<b>Etapa 09</b>	Avaliação

Fonte: Elaboração própria (2021) - adaptado do modelo proposto por CIAMPONE (1991).

De acordo com Ciampone (1991), a etapa 01 inicia-se a partir da percepção de que algo encontra-se fora da normalidade. A partir daí, surge a etapa 02, que emerge a definição do problema em questão. Nessa etapa, é descrito que a definição do problema deve ser embasada apenas na situação descrita, sem deduções e/ou inferências. A etapa 03 apresenta-se relevante, visto que a coleta de dados é a base para a decisão. Com a identificação dos dados coletados, segue-se para a etapa 04, a qual realiza a análise dos dados, que é determinada pelas informações mais relevantes da situação em questão. A etapa 05 é identificada no momento em que surge a necessidade de redefinição do problema, e a etapa 06, na possibilidade de propor alternativas e refletir a respeito das consequências. Para a etapa 07, é essencial que a escolha esteja em consonância com a proposta do serviço de enfermagem, para diminuir conflitos e dificuldades

na implementação da decisão. As etapas 08 e 09 são as fases de implementação e avaliação, as quais são fundamentais para a execução da solução concretamente.

Das decisões tomadas na enfermagem, emergem também as questões éticas. Na prática, é visto que somente a intuição ou o bom-senso não asseguram às enfermeiras a tomada de decisão correta, pois a incerteza é característica dessas intuições. Assim, o adequado é utilizar procedimentos sistematizados para a tomada de decisão ética, os quais darão suporte às profissionais, pois proporcionam a diminuição de inseguranças e dúvidas acerca da sua decisão (ZOBOLI, 2013).

A identificação da necessidade de utilização do conhecimento ético na assistência favorece para tomadas de decisões eficazes, justas, imparciais e adequadas. Dessa forma, a ética destaca-se positivamente na atuação do profissional e na sua tomada de decisão, pois busca elucidar soluções disponíveis, por meio da análise crítica da situação e assim, ser utilizada como guia para decisões a serem executadas cotidianamente na assistência (MARCON, 2006).

Enfermeiras em sua atuação deparam-se com situações diversas que requerem conhecimentos, habilidades, atitudes coerentes, precisas e imparciais para uma tomada de decisão, e, ainda, que estejam em consonância com os valores pessoais, éticos e institucionais, para ser adequada à situação (CIAMPONE, 1991).

O processo de tomada de decisão na assistência de enfermagem é compreendido como as decisões tomadas pelas enfermeiras, em concordância direta com o paciente, com respeito à ética, a qual possui uma relação com ações realizadas sobre a condição de saúde do usuário; sobre a análise dos achados observados, bem como do conjunto de ações de enfermagem que devem ser executadas no cuidado prestado ao paciente (CAMPOS; GRAVETO, 2009).

As questões éticas que envolvem a tomada de decisão da enfermeira possuem influência direta da relação profissional/usuário. Conforme Potter e Perry (2018), o respeito ao princípio da autonomia é identificado pela enfermeira, quando inclui o paciente nas decisões relacionadas ao seu processo terapêutico. Já a beneficência consiste na tomada de decisões positivas para ajudar os outros, enquanto a não maleficência diz respeito à obrigação de não causar danos ou ferimentos, sendo que a prática ética de cuidados em saúde envolve não somente fazer o bem, mas se comprometer igualmente a não causar danos. A justiça, por sua vez, refere-se ao respeito à equidade, isto é, defende a igualdade social e o bem-estar do ser humano como parte da sociedade, atendido a partir das suas necessidades e especificidades.

A competência que concerne à enfermeira para cuidar nos serviços de emergência é embasada em condutas altamente qualificadas, prestadas de maneira contínua ao paciente com instabilidade hemodinâmica, como resposta às necessidades afetadas para permitir manter as

funções vitais da vida, com o intuito de prevenir complicações e limitar incapacidades. Salienta-se que o cuidado humanizado da enfermeira na emergência exige, além da escuta qualificada, um cuidado que perpassa pelos princípios da ética e bioética como forma de respaldo para suas atitudes e tomada de decisão imediata (NUNES, 2015).

O cuidado é, e sempre será, indispensável, tanto para o indivíduo, quanto para uma sociedade. A ação de cuidar, foi alterada entre os humanos, a partir do avanço tecnológico, socioeconômico e cultural, que gerou um aumento das práticas de cuidados, numa imensidão de tarefas e atividades distintas, onde as mesmas eram pleiteadas entre diversas profissões. No que concerne à enfermagem, sua origem no cuidar teve início mediante sua caracterização inicial por estar associada ao cuidado prestado por mulheres, primeiramente as mães, em seguida por religiosas em função da caridade e por mulheres de reputação questionável. Assim, a enfermagem teve um posicionamento de servilismo e humildade ao longo da história (COLLIÉRE, 1999).

Assim, o cuidado reflete em uma atitude de prudência pelo outro, ou seja, embasa-se em ações que envolvem a alteridade como critério, bem como a relação com o outro a partir da consideração desse como ser humano de equânime dignidade e participe de uma rede de cuidado que constrói e sustenta a vida (ZOBOLI, 2010).

Para Potter e Perry (2018), existem dimensões de cuidado voltadas ao paciente, tais dimensões estão relacionadas às experiências de atendimento das profissionais de saúde, principalmente de enfermeiras, e, para prestação desses cuidados, é necessária uma visão ampliada sobre a qualificação profissional, para participar de forma eficaz de cada aspecto dos cuidados à saúde, com vista a adquirir conhecimentos e capacitação necessários a uma prática competente e eficaz.

Ao se tratar da tomada de decisão embasada no cuidado integral, humanizado e ético da enfermeira, é visto, na Lei 7.498/86 de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto-Lei 94. 406/87 de 08 de junho de 1987, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências, que compete à enfermeira a execução privativa dos cuidados de enfermagem aos pacientes com risco iminente de vida, de maior complexidade técnica, que exijam conhecimento científico e capacidades de tomar decisões imediatas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987).

Nessa perspectiva, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) apresenta-se como um marco ético na atuação das enfermeiras. A sua utilização, entre outros benefícios, aumenta a credibilidade profissional, propõe a identificação dos limites do exercício profissional e permeia relação com o processo decisório. Desta forma, deve ser utilizado como

fonte de reflexão, discussão e análise que antecede e guia a tomada de decisões de enfermeiras (TOREN; WAGNER, 2010).

Em relação à tomada de decisão no ACCR em unidade de pronto atendimento, podem emergir situações conflitantes que envolvem a classificação realizada e a segurança da enfermeira ao se questionar sobre sua tomada de decisão: Será que a classificação foi correta? E se esse usuário retornar com quadro de agravamento? Portanto, o processo de tomada de decisão da enfermeira envolve dimensões relacionadas ao cuidado, à ética, à humanização e à análise crítica da situação, mecanismos estes que embasam a enfermeira na seleção da melhor conduta a ser prestada ao usuário, visando a uma tomada de decisão segura e assertiva.

A resolução do COFEN nº 423/2012 que normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da enfermeira na atividade de Classificação de Riscos, descreve no seu art. 1º que ,no que concerne à equipe de enfermagem, a classificação de risco e a priorização da assistência em situações de urgência e emergência é privativa da enfermeira, observadas as disposições legais da profissão. Além disso, a resolução determina em seu parágrafo único que, para executar a classificação de risco, esta profissional deverá possuir conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao atendimento (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

As enfermeiras que atuam no ACCR, possuem funções pré-estabelecidas, as quais, remetem intensa pressão pela necessidade de ter respostas imediatas, rápidas e precisas com relação ao quadro clínico que se deparam no cotidiano. Essas enfermeiras também enfrentam situações que envolvem vida e sofrimento, e se deparam com fatores intervenientes que podem acarretar problemas e conflitos éticos, associados à constante necessidade de tomada de decisão (CAMPOS; FARIAS; RAMOS, 2009).

No cenário da urgência e emergência, a enfermeira apresenta como integrante da equipe de saúde, pois realiza desde o cuidado direto ao paciente, até o gerenciamento da equipe e as atividades da educação permanente. Dessa forma, a enfermeira nesse cenário possui uma atuação complexa, sendo vista como a profissional que executa o cuidado, a educação na promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários e pelo gerenciamento da equipe de enfermagem e suas condições de trabalho (CALIL, 2010; DIAS; SANTOS; SILVA, 2018).

Um estudo realizado sobre a análise do ACCR em UPA, por Gouveia et al. (2019), foi identificado que o item classificação de risco foi bem avaliado pelas enfermeiras, desta forma, evidencia-se que os atendimentos ocorrem conforme preconizado nos protocolos institucionais, as profissionais preocupam-se em acolher o usuário, sem realizar restrição ou qualquer tipo de ação excludente em sua atuação.

Nesse contexto, a tomada de decisão da enfermeira relacionada aos cuidados aos pacientes em situações de emergência exige a priorização do atendimento dos que necessitam de cuidados imediatos. Esta ação implica no planejamento e na organização prévia das ações de trabalho para promover uma assistência sistematizada e de qualidade (CARDOSO et al., 2016).

O pensamento crítico deve ser um aliado para tomada de decisões em urgências e emergências, sendo o mesmo definido como uma competência da enfermeira para organizar a assistência de enfermagem e resolver os problemas dos pacientes, tendo em vista a prestação de cuidados seguros e eficazes nas diversas situações encontradas na assistência. Desta maneira, dada a natureza do cuidado nos serviços de urgência e emergência, a tomada de decisão deve ser concisa e livre de incertezas, visto que é um processo sistemático de avaliação e de julgamento constantes que concerne habilidades cognitivas e comportamentais inerentes ao pensamento crítico (CROSSETTI et al., 2014).

No que tange o raciocínio clínico na tomada de decisões em urgência e emergência, é visto que o mesmo contribui para autonomia, liderança e tomada de decisões precisas na prática de enfermeiras. Principalmente, que nos setores de alta complexidade, como no ACCR, o desenvolvimento do raciocínio clínico apresenta-se como necessidade constante da enfermeira, diante da complexidade dos cuidados realizados, da procura constante de pacientes por atendimento e da ampla rotatividade de usuários nas urgências e emergências (MENEGON et al., 2019).

A tomada de decisão precisa no ACCR compõe o principal elemento para um acolhimento e uma classificação bem-sucedida. Visto que somente os protocolos pré-existentes não contemplam o atendimento em todos os níveis de complexidade. Além disso, a responsabilidade da enfermeira que atua nesse setor é ampla, pois, se determinada queixa é negligenciada, e a classificação for incorreta, pode ocasionar danos aos pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência.

O conhecimento teórico é visto como basilar para se realizar a classificação de risco. A enfermeira, como profissional delegada para realização, precisa conhecer amplamente as condições clínicas, cirúrgicas e psicossociais dos indivíduos, em função da diversidade de problemas presentes no contexto da urgência e emergência. Além disso, deve ter conhecimento sobre o perfil epidemiológico dos usuários, assim como a fisiologia e patologia das alterações mais frequentes para se estabelecer uma prioridade adequada de cada atendimento (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Dentre as dificuldades vivenciadas pela enfermeira do ACCR, Prudêncio et al. (2016)

trazem que as dificuldades estão associadas principalmente ao sentimento de insegurança, referente à constante instabilidade do quadro clínico do usuário que aguarda atendimento e os conflitos provenientes de atos agressivos de pacientes, quando não concordam com a classificação efetuada pela enfermeira. Esta situação ratifica que o ACCR requer capacitação adequada e exige da profissional raciocínio crítico e reflexivo, além de capacidade de tomar decisões imediatas.

De acordo com Goransson et al. (2008), o raciocínio clínico e a tomada de decisões concisas das enfermeiras são fundamentais na realização da triagem bem-sucedida nos serviços de urgência e emergência. Nesse contexto, Noon (2014) salienta sobre a enfermeira possuir habilidades para a tomada de decisão de qualidade na triagem e, para essa execução adequada, a consciência e os julgamentos de como as decisões devem ser tomadas tornam-se imprescindíveis.

Ademais, Martin et al. (2014) citam que os serviços de triagem apresentam-se como um setor de muita responsabilidade e, portanto, a enfermeira designada para atuar nesse setor deve ter conhecimento apropriado e capacidade para tomar decisões seguras sobre os pacientes nos serviços de emergência.

O princípio da autonomia da enfermeira é visto no ACCR como a capacidade de cumprir suas atividades assistenciais de maneira autodeterminada, desempenhando, simultaneamente, os aspectos legais, éticos e práticos da enfermagem. Exercício este que advém da conscientização da enfermeira sobre sua atuação, sobre os direitos do paciente e sobre a participação da equipe multidisciplinar no processo, entre outras situações, pois, no processo de tomada de decisão, não pode existir um distanciamento entre os que tomam decisões e os que as colocam em prática (CARDOSO et al., 2016).

Portanto, torna-se oportuna a compreensão da tomada de decisão da enfermeira no ACCR, visto ser uma atividade privativa desta profissão, na qual essa decisão deve ser realizada com segurança, presteza, ética e responsabilidade, pois uma ação negligenciada ou imprudente pode repercutir diretamente no agravamento do quadro clínico do paciente.

### 2.3 ATENDIMENTO DO USUÁRIO COM SUSPEITA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O coração tem seu funcionamento realizado por uma bomba cardíaca composta por quatro câmaras, sendo dois átrios e dois ventrículos, os quais são responsáveis pela manutenção do volume circulante de sangue. Desta forma, o átrio direito é responsável por 25% do Débito

Cardíaco (DC) e o ventrículo esquerdo, por 75%. À medida que o coração fornece nutrientes para utilização sistêmica, ele próprio recebe oxigênio e nutrientes por meio da artéria coronária, o que resulta no equilíbrio entre oferta e demanda, que representa a homeostasia do organismo (GUYTON; HALL, 2011).

Condições que geram desequilíbrio homeostático, devido à existência de placas ateroscleróticas, podem ocasionar a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) que é caracterizada por manifestações clínicas e laboratoriais de isquemia miocárdica aguda, a qual pode ser classificada em três formas: Angina Instável (AI), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sem supradesnível do segmento ST e IAM com supradesnível do segmento ST (BASSAN; BASSAN, 2006).

A manifestação clínica mais presente nas SCA é a dor torácica, em forma de angina pectoris. Este sintoma frequentemente está associado ao estreitamento gradual da artéria coronária, que normalmente vem acompanhada das seguinte característica: desconforto torácico em forma de aperto, peso ou compressão, muitas vezes, associado a exercícios ou emoções, com alívio pelo repouso ou administração de nitroglicerina (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

O tempo entre o início das manifestações clínicas e a chegada a unidade de emergência é uma variável que possui relação direta com morbimortalidade de usuários com suspeita de SCA, principalmente os que apresentam IAM com supra ST. É visto que, quanto mais precoce o diagnóstico e início do tratamento, melhor será o prognóstico dos usuários. (BASSAN; BASSAN, 2006).

Na perspectiva de identificar o perfil de doenças que são mais prevalentes nas UPA, o estudo de Soares et al., (2016) realizado em três Unidades de Pronto Atendimento demonstra o sistema cardiovascular como o mais afetado nas três unidades. Os autores associam essa predominância à procura dessas unidades por idosos, que, por sua vez, possuem comorbidades que podem evoluir para cronicidade (SOARES et al., 2016).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a isquemia cardíaca e o acidente vascular cerebral são as doenças que mais propiciam mortes no mundo, as quais responderam por um total de 15,2 milhões de óbitos em 2016. Essas doenças têm repercussão mundial, visto que têm permanecido como as principais causas de mortalidade global nos últimos 15 anos (OPAS, 2018).

No estado da Bahia, referente às taxas de mortalidade específicas, verifica-se que o grupo das doenças do aparelho cardiovascular está como primeira causa, as quais representam risco aumentado de óbito para a população geral e, principalmente, após os 50 anos de idade, em ambos os sexos. A identificação deste grupo mostra que as doenças isquêmicas cardíacas,

Infarto Agudo do Miocárdio e cerebrovasculares têm continuamente elevado sua participação no risco de morte na Bahia (SESAB, 2019).

A enfermeira é a profissional responsável por realizar o Acolhimento Com Classificação de Risco nos serviços de emergência. Desta forma, cabe a ela avaliar o usuários, identificar os sinais que requerem prioridade assistencial e o encaminhamento para a área de tratamento, visto que a identificação precoce de um possível IAM e a rapidez do atendimento são fatores cruciais para diminuir o tempo de sofrimento do músculo cardíaco (TEIXEIRA et al., 2015).

É durante a classificação de risco que a enfermeira deve ser atenciosa e estar apta a detectar os sinais característicos do IAM, como a dor precordial, pode ocorrer de forma intensa e prolongada (maior que 20 minutos), dispneia, pele fria, pálida e úmida, taquipneia e fadiga (SILVA; SILVA; FERNANDES, 2017). Pode ainda haver irradiação da precordialgia para mandíbula, membros superiores, dorso e ombros (CECIL, 2001). Manifestações clínicas como dor epigástrica e vômitos também podem ser indicativos de lesão na região próxima ao diafragma (SMELTZER e BARE, 2012).

Em estudo realizado no serviço de emergência de São Paulo, (37,5%) das enfermeiras entrevistadas destacaram a identificação rápida e o atendimento prioritário como atuação crucial frente ao paciente com suspeita de IAM, além de uma triagem precisa, por meio da coleta de dados para tomada de decisão de acordo com essas informações (SILVA; SILVA; FERNANDES, 2017).

A variedade de manifestações clínicas que propiciam a dor torácica, sugestiva de IAM, exige uma classificação rápida para o aumento do prognóstico dos usuários. Desta forma, a classificação de risco da enfermeira necessita ser direcionada e imediata para que o usuário tenha um eletrocardiograma (ECG) realizado em até 10 minutos para continuidade da assistência (VIEIRA et al., 2016).

O ECG é um dos exames mais utilizados para o diagnóstico de cardiopatias, em especial para o IAM, o qual é realizado por meio de um aparelho que mede os impulsos elétricos do músculo cardíaco e fornece um traçado eletrocardiográfico característico que permite a identificação de alterações patológicas. No ECG de 12 derivações, o supradesnivelamento do segmento ST associado com dor torácica possui especificidade de 91% e sensibilidade de 46% para o diagnóstico de IAM (MANSUR et al., 2006).

Nesse contexto, o protocolo de IAM sistematiza a ação da enfermeira, pois serve como discriminador na identificação dos sinais e sintomas de alerta, mediante um atendimento específico e protocolado por uma enfermeira capacitada para a situação (LIMA et al., 2021).

A existência de um protocolo para avaliação e classificação da dor torácica torna-se

imperioso para tomada de decisão da enfermeira ao usuário com suspeita de IAM, visto que, quando esta profissional encaminha para a realização do ECG em seguida à classificação de risco, agiliza o processo e evita atraso do possível diagnóstico. Assim, à medida que o protocolo é institucionalizado, a atuação da enfermeira fica definida e respaldada (VIEIRA et al., 2016).

Diante da enfermeira ser a profissional responsável pela classificação de risco, torna-se crucial a capacitação com relação ao protocolo de IAM e os fatores predisponentes às doenças coronarianas, além da distinção entre a dor torácica e outro tipo de dor localizada. (LIMA et al., 2021).

Silva, Silva e Fernandes (2017) mencionam a representatividade da enfermeira como fundamental para o cuidar voltado para uma visão holística, por meio do conhecimento científico e prático, de uma postura ética e moral, para que o cuidar seja prestado com qualidade. Além disso, deve compreender a necessidade e a importância de seguir protocolos direcionadores, para a otimização do tempo de atendimento, acolher paciente e família de forma integral e promover interação com a equipe multiprofissional, com a finalidade de diminuir o número de agravos, sequelas incapacitantes e/ou óbito dos usuários com IAM.

### 3 MÉTODO

Neste capítulo, são descritas as etapas desenvolvidas para a estruturação da pesquisa, contendo o tipo de estudo, o local da pesquisa, os aspectos éticos, as participantes, o instrumento e os procedimentos utilizados, tanto de coleta quanto de análise dos dados.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo descritivo permite ao pesquisador observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos, sem manipulá-los e tem como principal característica a subjetividade, à medida que visa a retratar características de indivíduos, situações ou grupos e a frequência com que determinados fenômenos acontecem, o que exige do (a) pesquisador (a) informações precisas e detalhadas que possibilitem a descrição dos resultados com precisão, ao considerar o objeto investigado (CERVO et al., 2007; RICHARDSON, 2017).

Na pesquisa qualitativa, a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo a ser pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um fenômeno ou grupo social, organizações, instituições, ou de uma trajetória. Os dados obtidos desse tipo de pesquisa consistem em descrever de maneira detalhada as situações e tem o objetivo de compreender os indivíduos em seus processos e fenômenos, os quais não podem ser reduzidos à operacionalização e nem à quantificação de variáveis. Esses dados não são padronizáveis e requerem do pesquisador a flexibilidade no momento de coletá-los e analisá-los (MYNAIO, 2010a; GOLDENBERG, 2015).

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O cenário de investigação é considerado um campo de possibilidade de aproximação do objeto que se busca estudar e aprofundar o conhecimento, bem como da construção de conceitos a partir da realidade presente (MINAYO, 2010b).

Este estudo foi realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que possui 30 enfermeiras, localizada da cidade do Salvador – Bahia, selecionada por contemplar campo de prática/formação de estudantes de enfermagem e ter em seu serviço o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) implantado.

A UPA é uma unidade cuja estrutura oferece serviços de urgência e emergência, com atuação de equipe multiprofissional e interdisciplinar nas áreas de medicina clínica, pediátrica

e ortopédica, odontologia, enfermagem, serviço social, nutrição, farmácia, apoio diagnóstico e bioimagem. Trata-se de uma UPA tipo III, e dispõe de 24 leitos, sendo 04 de reanimação e 20 de observação, distribuídos entre adultos, infantil e isolamento. Além disso, possui sala de Acolhimento com Classificação de Risco adulto e pediátrico, com capacidade de atendimento médio de 350 pacientes por dia, possui cobertura de 300 mil habitantes e uma base do SAMU instalada no local (SMS, 2016).

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para assegurar a ética na pesquisa, foram considerados os aspectos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Resolução 580/ 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os dispostos no o ofício circular da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sobre: Orientações para procedimentos em pesquisas em ambiente virtual, de 24 de fevereiro de 2021.

Assim, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para que as participantes fossem previamente informadas quanto à natureza da pesquisa, objetivo, benefícios previstos (a clientela em atendimento, para políticas públicas de atendimento na classificação de risco), os potenciais riscos (inerentes a possíveis desconfortos e constrangimentos ao responder as perguntas, bem como os riscos inerentes a pesquisa por meio online) e quais medidas seriam adotadas pelas pesquisadoras para suporte aos possíveis riscos.

Em caso de possíveis sensações de desconforto, as participantes foram esclarecidas quanto ao direito de interromper o questionário, além da plena liberdade de recusar ou retirar sua participação em qualquer etapa do estudo, sem prejuízos pessoais ou profissionais. As pesquisadoras disponibilizaram-se para apoiar e acolher com cuidados que minimizassem qualquer desconforto ou inquietação por meio de escuta e orientação.

Para solicitar anuência do campo, foi enviado um e-mail para Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Salvador-BA, contendo a cópia do projeto, termo de compromisso com a SMS, formulário de solicitação de campo e um ofício solicitando a anuência dos gestores para a liberação do espaço de coleta de dados. Após aceite da proposta pela SMS o projeto de pesquisa foi encaminhado, via Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), para apreciação. O estudo foi aprovado com parecer : 4.746.740 e CAAE44202721.0.0000.5531.

Após a liberação do registro de aprovação, foi encaminhado para Secretaria Municipal de Saúde (SMS), via e-mail, e posteriormente para gestora da UPA. Na sequência, foi solicitado à coordenação de Enfermagem o contato de e-mail e/ ou WhatsApp das possíveis participantes. Como forma de aproximação das mesmas, foi enviado o convite, de forma individual, com as devidas explicações sobre o desenvolvimento da pesquisa. Após a aceitação em participar da pesquisa, foi enviado, também de forma individual, para cada participante, o link com acesso ao TCLE, e, após a concordância do mesmo, a participante teve acesso ao questionário do estudo.

O TCLE foi elaborado e aplicado para proteger as participantes, por meio de informações adequadas e claras sobre o estudo, de forma que pudessem compreender essas informações e tivessem o poder de escolher, com liberdade, se aceitariam ou não participar voluntariamente da pesquisa.

Os resultados serão divulgados no grupo de pesquisa EXERCE, na defesa da dissertação, congressos, seminários, livros e revistas científicas, assegurando-se o sigilo da identidade dos participantes e da unidade de saúde. Como devolutiva pela participação no estudo, será agendada uma data com a coordenação de enfermagem para apresentação dos resultados às participantes. O banco de dados, com as respostas dos questionários, será arquivado pelas pesquisadoras no grupo Exerce por um período de cinco anos.

### 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidadas para participar da pesquisa 30 enfermeiras que atuam na UPA localizada na cidade de Salvador e, dessas, concordaram em participar 19 profissionais. Os critérios de inclusão adotados foram: atuar na UPA há, no mínimo, um ano, transcorrido até o início do período de coleta dos dados, estar em pleno exercício de suas atividades laborais e atuar no ACCR. E como critérios de exclusão: estar de férias, licenças médicas e ausência de resposta após três tentativas de abordagem. Foram excluídas da pesquisa duas enfermeiras por estarem em licença médica, uma por estar de férias e oito por não responderem ao convite. A coleta de dados foi realizada no período de 07 de Junho a 27 de Junho de 2021.

Para resguardar o sigilo e o anonimato das participantes, foi utilizada uma codificação específica (número de ordem e questionário) para cada participante e somente as pesquisadoras responsáveis tiveram acesso a esses dados.

### 3.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário Online do Google Forms. O mesmo foi selecionado por ser um formulário gratuito e possibilitar que o participante da pesquisa conseguisse acessar em qualquer local e horário, bem como proporcionar maior celeridade na coleta de dados e análise dos resultados, pois, quando respondido, as respostas foram disponibilizadas imediatamente para o pesquisador.

De acordo com Richardson (2017), normalmente, os questionários, em pesquisa qualitativa, adotam duas funções, a de caracterização dos participantes e a de mensuração de determinadas variáveis de um grupo estudado. Com relação ao tipo de pergunta, os questionários podem ser compostos de perguntas fechadas, que possibilitam uma melhor compilação e interpretação dos dados, de perguntas abertas que permitem uma maior liberdade para descrição das respostas e os que combinam ambos os tipos de perguntas e que corrobora a se responder à questão de pesquisa. E para atingir esse objetivo, a participante da pesquisa é designada para livre descrição das suas respostas.

O questionário online que utilizado nessa pesquisa é intitulado “Tomada de decisão de enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento” (APÊNDICE B).

O questionário eletrônico aplicado proporcionou privacidade aos participantes da pesquisa para responderem, sem nenhuma interferência das pesquisadoras, às questões propostas. O instrumento foi composto por 22 questões e dividido em duas partes: a) caracterização dos participantes da pesquisa (questões fechadas); b) tomada de decisão da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento (questões fechadas e abertas), com tempo médio de 20 minutos para as respostas, variando entre as participantes.

Na primeira parte do instrumento de pesquisa (Questões 01 a 15), há 13 questões fechadas e duas questões abertas. Por meio dessas questões, pretendeu-se caracterizar os participantes da pesquisa. O questionário constou-se das seguintes variáveis: idade, sexo, raça/cor autodeclarada, situação conjugal, religião, além dos dados acadêmicos e profissionais das participantes da pesquisa.

A segunda parte do questionário (questões 16 a 19) constou de quatro questões fechadas, as quais pretenderam classificar a tomada de decisões, delimitar a predominância de tempo de atendimento do usuário mediante a tomada de decisão da enfermeira, identificar os elementos utilizados pelas enfermeiras para a tomada de decisão ética no ACCR e verificar a atividade

utilizada com maior frequência por essas profissionais nos atendimentos no ACCR.

O questionário constou ainda de questões subjetivas. No primeiro momento, teve em sua composição duas questões norteadoras abertas: O que você considera importante para tomar decisões no atendimento ao usuário no ACCR? E como você toma decisões no seu atendimento no ACCR?

No segundo momento, foi apresentado às participantes um caso clínico (questão 22) (APÊNDICE B): Paciente deu entrada na UPA com quadro de dor retroesternal constritiva, em repouso, irradiada para MSE, acompanhada de sudorese e náusea com início há 1 hora. Com parâmetros vitais: Pressão Arterial (PA): 130/80 mmHg, Frequência cardíaca (FC): 92 bpm, Frequência Respiratória (FR): 20 mrpm, Temperatura (T): 36.3°C, Saturação de oxigênio (SPO2): 97%. A enfermeira do ACCR de uma forma muito ríspida, alegando os sinais vitais do paciente estarem estáveis, classificou-o com a cor verde e solicitou que o mesmo aguardasse na recepção para ser atendido pelo médico. O acompanhante questionou a avaliação realizada, mediante o quadro do paciente, porém a enfermeira não aceitou os questionamentos e mencionou que ela é a profissional que tem o conhecimento ali para classificar o risco. Enquanto aguardava o atendimento na recepção, o paciente evoluiu com piora do quadro, apresentando rebaixamento do nível de consciência, apneia e ausência de pulso, sendo encaminhado para sala vermelha.

O caso clínico teve o propósito de possibilitar reflexões das enfermeiras acerca do processo de tomada de decisão no ACCR. Para tanto, este teve como questionamento: O que você levaria em conta para tomada de decisão com relação à situação descrita?

A delimitação do caso clínico para uma situação que envolvesse o atendimento ao usuário no ACCR com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) deu-se por considerar, conforme explicita os dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que a isquemia cardíaca está entre as duas causas de maior mortalidade no mundo (OPAS,2018). Ainda nesse seguimento, um estudo realizado por Soares (2016) em três UPA identificou que as doenças do aparelho cardiovascular foram as que mais levaram ao óbito. Ao se tratar da Bahia, o plano estadual de saúde de 2019 evidenciou que as doenças cardiovasculares são consideradas a primeira causa de morte no estado (SESAB, 2019). Desta forma, justifica-se a escolha da suspeita diagnóstica de IAM para o caso clínico descrito, visto que as doenças cardiovasculares são as mais presentes nos usuários que procuram a UPA.

Ressalta-se que a análise do caso clínico será apresentada separadamente das questões 20 e 21. Isso porque, em sua elaboração, as pesquisadoras, intencionalmente, direcionaram a tomada de decisão das enfermeiras no atendimento ao usuário no ACCR com suspeita de IAM,

o qual se delimitou para uma área de demanda recorrente destas profissionais em sua atuação na UPA.

### 3.6 PROCEDIMENTOS PARA ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As respostas das participantes da pesquisa foram disponibilizadas e organizadas no programa Microsoft Excel 2010, para tratamento dos dados que caracterizam a população e foram apresentadas em quadros e tabelas, o que favoreceu o processo de análise. Posteriormente, os dados qualitativos foram organizados e compilados, por meio do programa Microsoft Word 2010, para posterior leitura e análise.

O processo de análise foi guiado pelo referencial teórico metodológico da Configuração Triádica Humanística-Existencial-Personalista, proposta por Vietta (1995). A configuração triádica possibilita a apreensão da essência do fenômeno “que passa a ser analisado em suas singularidades, deixando de lado as generalizações” (VIETTA, 1995, p. 40). Este processo de análise não define apenas as essências, nem possui um caráter unicamente conceitual, ele permite que se descrevam os significados das essências existentes e, com isso, revelar as compreensões.

A análise foi utilizada a partir das informações fornecidas pelas participantes. Após a coleta de dados, as respostas fornecidas pelos participantes foram utilizadas na íntegra, e para garantia do anonimato, foram acrescentadas um número de ordem para cada enfermeira (ENFA). Para organizar as Unidades de Registro, as questões foram listadas de acordo com ordem de cada Questão (Q) (ENFA01. Q20, ENFA01. Q21... e assim sucessivamente).

Os resultados foram apresentados em duas seções: na primeira seção, contemplaram-se as questões (20 e 21); na segunda seção, a questão (22); e, para identificação das respostas de cada Seção (S) houve uma codificação conforme segue: (ENFA01. Q20. S01, ENFA01. Q21. S01, ENFA01. Q22. S02).

Para possibilitar a identificação da convergência entre os aspectos significativos, foi atribuída uma codificação para as Unidades de Significado (US) (ENFA01. Q20. S01. US1, ENFA01. Q20. S01. US2... e assim sucessivamente em cada questão).

Para análise dos dados, utilizou-se da operacionalização criteriosa em três momentos, por meio dos passos sugeridos por Vietta (1995, p. 41):

No primeiro momento, foi efetuada a apresentação dos passos 1 e 2. No passo 1, foi feita a leitura atenta do conteúdo total expresso pelas enfermeiras no questionário, de forma a obter

o seu sentido dentro da estrutura global identificadas nos relatos de cada participante, conforme apresentado no quadro 3:

**Quadro 3-** Modelo do sentido atribuído para tomada de decisão da enfermeira dentro da estrutura global.

<b>RESPOSTA À QUESTÃO</b>	<b>SENTIDO DENTRO DA ESTRUTURA GLOBAL</b>
“Ter conhecimento científico e uma boa coleta de dados para que cada paciente tenha um atendimento prioritário de acordo com os seus sinais e sintomas”	Para enfermeira 02, o importante para tomar decisão é identificar o atendimento prioritário do usuário, por meio do conhecimento científico, coleta de dados e sinais e sintomas.

Fonte: Elaboração própria (2021) – extraído dos resultados deste estudo.

No passo 2, foi realizada uma nova leitura das respostas na íntegra para identificar as Unidades de Significado (US), isto é, as locuções de efeito, conforme apresentado no quadro 4:

**Quadro 4 -** Modelo de identificação das Unidades de Significado.

<b>RESPOSTA À QUESTÃO</b>	<b>UNIDADES DE SIGNIFICADO</b>
“Ter conhecimento científico e uma boa coleta de dados para que cada paciente tenha um atendimento prioritário de acordo com os seus sinais e sintomas”	Ter <b>conhecimento científico</b> (ENFA02. Q20. S01. US01)
	[...] Uma <b>boa coleta de dados</b> para que o paciente tenha um <b>atendimento prioritário</b> , de acordo com seus <b>sinais e sintomas</b> (ENFA02. Q20. S01. US02)

Fonte: Elaboração própria (2021) – extraído dos resultados deste estudo.

O segundo momento foi desenvolvido por meio de três passos. No passo 1, buscou-se identificar e classificar os aspectos que apresentavam convergências de conteúdo significativos, destacados das descrições extraídas das respostas dos questionários preenchidos pelas participantes. Buscaram-se os sentidos que se mostraram constantes na escrita de cada enfermeira, conforme é apresentado no quadro 5:

**Quadro 5 –** Modelo de identificação e classificação dos aspectos de convergência de conteúdo de sentido nas Unidades de Significado.

<b>UNIDADES DE SIGNIFICADO</b>	<b>SENTIDO</b>
[...] uma <b>boa coleta de dados</b> para que o paciente tenha um <b>atendimento prioritário</b> , de acordo com seus <b>sinais e sintomas</b> (ENFA 02. Q 20. S01. US 02)	Atendimento prioritário
Identificar a <b>prioridade clínica</b> do paciente (ENFA 06. Q 20. S01. US 02)	Atendimento prioritário

Fonte: Elaboração própria (2021) – extraído dos resultados deste estudo.

No passo 2, foi realizado o agrupamento das Unidades de Significados associados por

convergência, com base nas descrições das enfermeiras para construção de subcategorias e categorias empíricas, conforme apresentado no quadro 6:

**Quadro 6**– Modelo de agrupamento das Unidades de Significado (US) por semelhança de sentido.

<b>UNIDADES DE SIGNIFICADO</b>
[...] uma <b>boa coleta de dados</b> para que o paciente tenha um <b>atendimento prioritário</b> , de acordo com seus <b>sinais e sintomas</b> (ENFA 02)
Identificar a <b>prioridade clínica</b> do paciente (ENF 06)

Fonte: Elaboração própria (2021) – extraído dos resultados deste estudo.

No passo 3, as subcategorias e categorias que emergiram foram apresentadas em quadros representativos para dar melhor visibilidade aos resultados encontrados, conforme o quadro 7 demonstra:

**Quadro 7** – Modelo de apresentação das categorias e subcategorias que emergiram.

<b>CATEGORIA</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
TOMADA DE DECISÃO DA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	Avaliação de dados objetivos e subjetivos para definir o tempo de atendimento do usuário
	Conhecimento técnico-científico da enfermeira
	Tomada de decisão pautada em protocolos e fluxogramas institucionais

Fonte: Elaboração própria (2021) – extraído dos resultados deste estudo.

No terceiro momento, foi realizada a análise compreensiva dos dados significativos das categorias e subcategorias com base na interpretação do conteúdo descrito pelas participantes, associado aos referenciais da ética e da bioética, tomada de decisão da enfermeira, além de manuais e portarias do Ministério da Saúde.

## 4 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados do estudo, que iniciam pela caracterização das participantes, seguida pela análise dos dados qualitativos organizados por categorias e subcategorias empíricas.

Em relação às características sociodemográficas das 19 enfermeiras, foi visto que 12 tinham entre 29 e 39 anos de idade, 15 eram do gênero feminino, 13 auto declaradas pardas, 10 casadas e sete católicas, conforme apresenta a tabela 1:

Tabela 1- Distribuição das enfermeiras quanto às características sociodemográficas – Salvador- Bahia- 2021

CARACTERÍSTICAS		n	%
GÊNERO	Masculino	4	21,1
	Feminino	15	78,9
IDADE (anos)	18-28	2	10,5
	29-39	12	63,2
	40-50	5	26,3
COR AUTODECLARADA	Preta	1	5,3
	Branca	5	26,3
	Parda	13	68,4
SITUAÇÃO CONJUGAL	Casada	10	52,6
	União estável	3	15,8
	Solteira	3	15,8
	Divorciada	3	15,8
RELIGIÃO	Católico	7	36,8
	Evangélico	5	26,3
	Espírita	5	26,3
	Espiritualista	1	5,3
	Universalista	1	5,3

Fonte: Elaboração própria (2021) – extraído dos resultados deste estudo.

Quanto aos dados acadêmicos das enfermeiras, o estudo apontou que 15 participantes concluíram o bacharelado em enfermagem entre 2011 e 2019, na qual todas tiveram como formadora instituições privadas. A respeito da realização de cursos de pós-graduação, é visto que 18 enfermeiras realizaram um ou mais cursos de pós-graduação, nos quais a maioria contemplava as áreas de Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além disso, observou-se que 15 enfermeiras realizaram cursos voltados para o ACCR no período de 2018 a 2021, conforme tabela 02.

De acordo com os dados profissionais das enfermeiras, observa-se que 15 tiveram média de tempo de atuação profissional de 06 a 10 anos. No tempo de atuação na instituição, oito enfermeiras têm de um a dois anos. No quesito tempo de atuação no ACCR, nota-se que 13

profissionais têm entre 06 a 10 anos e 17 são enfermeiras assistenciais, conforme apresenta a tabela 2:

Tabela 2 - Dados acadêmicos e profissionais de enfermeiras de uma UPA de Salvador – Bahia – Brasil - 2021

CARACTERÍSTICAS		n	%	
CONCLUSÃO BACHARELADO	2001 a 2010	4	21,1	
	2011 a 2019	15	78,9	
INSTITUIÇÃO FORMADORA	Privada	19	100,0	
ATUAÇÃO PROFISSIONAL (ANOS)	01 a 05	6	31,5	
	06 a 10	11	57,9	
	11 a 15	1	5,3	
	16 a 20	1	5,3	
ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO (ANOS)	01 a 02	8	42,1	
	03 a 04	5	26,3	
	05	6	31,6	
CAPACITAÇÃO PARA O ACCR (ANO)	2012 a 2017	2	10,5	
	2018 a 2021	15	78,9	
	Nunca recebeu	1	5,3	
	Não respondeu	1	5,3	
ATUAÇÃO NO ACCR (ANOS)	01 a 05	6	31,6	
	06 a 10	13	68,4	
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO	Sim	18	94,7	
	Não	1	5,3	
CURSO	Emergência	11	57,9	
	UTI	6	31,6	
	Centro cirúrgico	3	15,8	
	Gestão	2	10,5	
	Oncologia	1	5,3	
	CCIH	2	10,5	
	Enfermagem do trabalho	1	5,3	
	Estética	1	5,3	
	Cardiologia	1	5,3	
	Obstetrícia	1	5,3	
	Não respondeu	1	5,3	
	FUNÇÃO NA INSTITUIÇÃO	Assistencial	17	89,4
		Supervisão	1	5,3
Coordenação		1	5,3	

Fonte: Elaboração própria (2021) – extraído dos resultados deste estudo

Evidenciou-se que sete enfermeiras referiram utilizar da tomada de decisão programada e não-programada nos atendimentos no ACCR; entretanto, ao avaliar de forma individual, seis

relatarem utilizar da tomada de decisão programada em sua atuação. Com relação à classificação de risco mais presente nos atendimentos de enfermeiras, de acordo com o protocolo da instituição, 18 descreveram a cor verde. A atividade realizada com maior frequência no ACCR, referenciada por 10 enfermeiras, foi o ato de assistir o paciente, conforme tabela 03.

Dentre os elementos disponibilizados para embasamento na tomada de decisão ética no ACCR, os mais utilizados pelas enfermeiras foram: conhecimento científico (19), normativas do Ministério da Saúde (19), código de ética da profissão (15), procedimentos técnicos (nove) e princípios bioéticos (oito). Com menor utilização pelas enfermeiras, que apenas uma descreveu, foi a legislação civil ou penal, conforme apresenta a tabela 3.

Tabela 3 - Tomada de decisão de enfermeiras no ACCR.- Salvador -Bahia – Brasil - 2021

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO ACCR		n	%
TOMADA DE DECISÃO PROGRAMADA OU NÃO PROGRAMADA	Programada	6	31,6
	Não-programada	4	21,1
	Programada e Não programada	7	36,8
	Não responderam	2	10,5
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	Verde	18	94,7
	Amarelo	1	5,3
ELEMENTOS PARA TOMADA DE DECISÃO ÉTICA	Conhecimento científico	19	100,0
	Normativas do Ministério da Saúde	19	100,0
	Código de ética da profissão	15	78,9
	Procedimentos técnicos	9	47,4
	Princípios bioéticos	8	42,1
	Valores pessoais e morais	3	15,8
	Contexto social ou institucional	2	10,5
	Legislação civil ou penal	1	5,3
AÇÃO NO ACCR	Assistir	10	52,6
	Administrar/gerenciar	4	21,1
	Escutar	2	10,5
	Acolher	2	10,5
	Orientar	1	5,3

Fonte: Elaboração própria (2021) – extraído dos resultados deste estudo

Além das perguntas objetivas, foram apresentadas duas questões subjetivas (Seção 01) e um caso clínico composto por uma questão subjetiva (Seção 02) para nortear as questões e reflexões das enfermeiras. Na análise qualitativa das respostas, emergiram três categorias e seis subcategorias empíricas, conforme apresenta o quadro 8:

**Quadro 08** - Descrição das categorias e subcategorias da análise qualitativa dos dados coletados.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
<b>1 - TOMADA DE DECISÃO DA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>	1.1 - AVALIAÇÃO DE DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS PARA DEFINIR O TEMPO DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO
	1.2- CONHECIMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ENFERMEIRA
	1.3 - TOMADA DE DECISÃO PAUTADA EM PROTOCOLOS E FLUXOGRAMAS INSTITUCIONAIS
<b>2 - ATENDIMENTO HUMANIZADO DE ENFERMEIRAS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>	-----
<b>3 - TOMADA DE DECISÃO DA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AO USUÁRIO COM SUSPEITA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b>	3.1- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO PARÂMETRO PARA TOMADA DE DECISÃO DA ENFERMEIRA
	3.2- IDENTIFICAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA, QUADRO CLÍNICO E QUEIXA CLÍNICA
	3.3 - PROTOCOLO DE IAM COMO PARÂMETRO PARA TOMADA DE DECISÃO DE ENFERMEIRAS

Fonte: Elaboração própria (2021) – extraído dos resultados deste estudo.

A princípio, será apresentada a análise das questões subjetivas da primeira seção, na qual emergiram duas categorias e três subcategorias. Posteriormente, será apresentada a análise do caso clínico que emergiu uma categoria e três subcategorias. A análise será apresentada separadamente devido à existência de um caso clínico que aborda uma situação específica referente a um usuário com suspeita de IAM, o que delimitou a necessidade de uma análise individual para melhor apresentação dos resultados.

### **CATEGORIA 1 – TOMADA DE DECISÃO DA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Essa categoria apresenta três subcategorias que discorrem sobre a tomada de decisão realizada pelas enfermeiras no atendimento do usuário, as quais consideram a prioridade clínica, protocolos institucionais, fluxogramas, quadro clínico e coleta de dados em seus atendimentos.

## SUBCATEGORIA 1.1: AVALIAÇÃO DE DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS PARA DEFINIR O TEMPO DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO.

As enfermeiras do estudo relatam que tomam decisões considerando a coleta de dados, queixas apresentadas e sinais vitais do usuário para avaliar o tempo de espera para ser atendido pelo médico, conforme descrição a seguir:

A **partir do Estado que chegue esse paciente** para mim, sua resposta  
 [...] **hemodinâmica, sinais vitais** versus **nível de consciência e sintomas** (ENFA 03)  
 [...] baseio-me nos **sinais vitais do paciente** (ENFA 01, ENFA 03, ENFA 06, ENFA 07, ENFA 19)  
 [...] busco saber **qual a queixa** do paciente e **associo com os sinais vitais** (ENFA 19)  
 Acredito que seja o **conjunto da queixa** do paciente (ENFA 08, ENFA 11, ENFA 12)  
 [...] associando a **sua queixa principal** para ver o **tempo de espera**. (ENFA 06)  
 Contexto das **informações coletadas** (ENFA 11)  
 [...] com **busca de dados** (ENFA 03, ENFA 18)  
 [...] uma **boa coleta de dados** para que o paciente tenha um **atendimento prioritário**, de acordo com seus **sinais e sintomas** (ENFA 02)  
 Identificar a **prioridade clínica** do paciente (ENFA 06)  
**Minha decisão** é tomada a partir dos **sinais e sintomas** que o paciente vem apresentando (ENFA 14)  
 [...] é necessário saber **discernir o sintoma** (ENFA 05)  
 Diante do **quadro clínico** (ENFA 16, ENFA 19)  
 Direcionando **de acordo com a gravidade, urgência do caso e tempo do atendimento** (ENFA 17)

## SUBCATEGORIA 1.2: CONHECIMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ENFERMEIRA

As enfermeiras que atuam no ACCR fundamentam-se no conhecimento técnico-científico e prático para tomar decisões de forma assertiva.

Ter **conhecimento científico** (ENFA 02, ENFA 04, ENFA 18)  
**Conhecimento técnico-prático** (ENFA 07, ENFA 13)  
 [...] baseada no **conhecimento técnico científico** (ENFA 01, ENFA 09, ENFA 11)  
 [...] **olhar técnico** (ENFA 07)  
 [...] **tomar decisões** de forma assertiva (ENFA 04)  
 Ter **bom senso** (ENFA 13)  
 Muitas vezes **gera conflito em torno do problema**. (ENFA 05)

### SUBCATEGORIA 1.3: TOMADA DE DECISÃO PAUTADA EM PROTOCOLOS E FLUXOGRAMAS INSTITUCIONAIS

Para auxílio na tomada de decisão no ACCR, as enfermeiras tomam como referência os protocolos e fluxogramas institucionais:

[...] não esquecendo a **norma da empresa**. (ENFA 13)  
**protocolos previamente instituídos** (ENFA 01, ENFA 06, ENFA 09)  
 [...] baseio-me em **protocolos** (ENFA 10)  
 [...] e **fluxograma** (ENFA 12)

### CATEGORIA 2 – ATENDIMENTO HUMANIZADO DE ENFERMEIRAS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Esta categoria descreve os elementos que fundamentam o atendimento humanizado da enfermeira ao usuário no ACCR, a saber: acolhimento, escuta qualificada, visão holística e observação:

Vai depender da situação, vou **acolher o usuário** (ENFA 13)  
 prestar **atenção nos detalhes** (ENFA 15)  
 Faço o **acolhimento do paciente** (ENFA 19)  
**Boa escuta**. O profissional precisa estar **apto a escutar os sinais e sintomas** (ENFA 04, ENFA 06)  
 [...] **saber ouvir a queixa** do paciente (ENFA 08, ENFA 14, ENFA 15)  
 Um olhar na **totalidade do paciente** e **não somente** no problema apresentado,  
 [...] muitas vezes não é o sintoma em si, mas é **todo um contexto** (ENFA 05).  
 Eu me baseio na **observação do paciente** (ENFA 08, ENFA 10)

A partir da análise das respostas das participantes referentes ao caso clínico na segunda seção, emergiu a categoria: Tomada de decisão da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco ao usuário com suspeita de infarto agudo do miocárdio, que será apresentada na Categoria 3. Ressalta-se que o caso clínico descreve o ACCR de uma enfermeira ao paciente em UPA, com sinais sugestivos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e estava com acompanhante, a profissional classificou o usuário com a cor verde. O quadro clínico do mesmo teve oscilação para piora enquanto aguardava na recepção, necessitando ser reclassificado.

### **CATEGORIA 3 – TOMADA DE DECISÃO DA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AO USUÁRIO COM SUSPEITA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Esta categoria apresenta três subcategorias, as quais discorrem sobre os parâmetros para a tomada de decisão da enfermeira ao atender o usuário no ACCR, como: utilização do protocolo de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), identificação da sintomatologia, quadro clínico, queixa clínica e classificação de risco.

#### **SUBCATEGORIA 3.1: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO PARÂMETRO PARA TOMADA DE DECISÃO DA ENFERMEIRA**

As enfermeiras que atuam no ACCR, diante da suspeita de IAM, apresentam classificações distintas, salientam a reclassificação do risco, as quais variam do vermelho ao amarelo, conforme relatos a seguir:

**Reclassificação** (ENFA 10)  
**classificar** como **laranja ou vermelho** (ENFA 09)  
**classificar** como **amarelo** (ENFA 13)

#### **SUBCATEGORIA 3.2: IDENTIFICAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA, QUADRO CLÍNICO E QUEIXA CLÍNICA DO USUÁRIO**

As enfermeiras listam a identificação da sintomatologia, quadro clínico e queixa clínica como elementos que deveriam ter sido considerados no caso clínico na tomada de decisão da enfermeira para o risco de IAM no ACCR, conforme descrição a seguir:

A partir **da queixa de dor retroesternal** (ENFA 04, ENFA 13)  
 A **dor retroesternal** que irradia para MSE, a **sudorese e náusea** (ENFA 06, ENFA 14, ENFA 16, ENFA 18)  
 [...] podem ser **sinais sugestivos de IAM** (ENFA 06)  
 Mesmo os **sinais vitais dando normais** o paciente apresentou **dor precordial**, o que sugere uma **suspeita de SCA** (ENFA 19)  
 Observar **não só os parâmetros dos sinais**, mas também a **queixa clínica** (ENFA 05)  
 A **clínica é soberana** (ENFA 01)  
 Eu levaria em conta os **sinais vitais, sintomatologia e fatores de predisposição** (ENFA 03) [...] e **tempo janela** (ENFA 01)

**IAM...** Buscaria **complemento clínico** (ENFA 12)

**Observar não só** os parâmetros dos **sinais**, mas também a **queixa clínica** (ENFA 15)

Os **sinais** e o **tempo inicial** dos **sintomas** ( ENFA 13, ENFA 19)

A **sintomatologia** (ENFA 07, ENFA 11, ENFA 17)

### SUBCATEGORIA 3.3: PROTOCOLO DE IAM PARA TOMADA DE DECISÃO DE ENFERMEIRAS

Conforme caso clínico, as enfermeiras do estudo consideram a possibilidade de enquadramento dos critérios previstos no protocolo de IAM e sentem a necessidade de treinamento dos protocolos institucionais para adquirir conhecimentos:

**O protocolo institucional, realizar ECG no paciente em até 10 min** (ENFA 08)

**Encaminharia** o paciente **para telemedicina**, se enquadra nos critérios de **protocolo IAM** (ENFA 09) [...] afim de **afastar IAM**. (ENFA 15)

realização de um **ECG em caráter imediato** (ENFA 04, ENFA 05, ENFA 06, ENFA 13, ENFA 15)

**traçado ao médico** com brevidade para dar **continuidade no cuidado**. (ENFA 13)

**treinamentos/ protocolos** institucionais da unidade (ENFA 02)

Para as enfermeiras, de acordo com a situação descrita no caso clínico, é necessária a identificação da queixa principal, sinais vitais, fatores de predisposição, bem como o fundamento no protocolo de infarto para classificar o risco do usuário com suspeita de IAM. Além disso, mediante a situação descrita no caso, elas ainda identificam a necessidade de reclassificação, divergindo entre a cor amarela e a vermelha.

## 5 DISCUSSÃO

Este capítulo corresponde à discussão acerca do que se tem presente na literatura e corrobora ou diverge dos resultados encontrados neste estudo. Inicialmente, será realizada a discussão dos achados sociodemográficos das participantes e, posteriormente, da análise compreensiva do processo de tomada de decisão das enfermeiras no ACCR, a partir das suas vivências em uma UPA, associado aos referenciais da ética e da bioética, tomada de decisão da enfermeira, além de manuais e portarias do Ministério da Saúde.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEIRAS QUE ATUAM EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Os resultados deste estudo, indicam que as enfermeiras, em sua maioria, são do gênero feminino, com idade entre 29 e 39 anos e estado civil casada, semelhante ao encontrado no estudo de Zorzal (2020), que descreve as características das enfermeiras que atuam no ACCR: predominância do gênero feminino (96%), com média de idade de 31,3 anos e casadas (44%). Quanto à presença majoritária do gênero feminino neste estudo, confirma também os achados do referido autor, ao justificar a representatividade feminina no ACCR como o fato de o setor não exigir esforços físicos, e, sim, requerer da enfermeira o exercício do pensamento crítico e ágil, para classificar o usuário de acordo com sua prioridade clínica.

As enfermeiras demonstram interesse na busca por conhecimento para sua atuação profissional na UPA, confirmado na realização de curso de pós-graduação e de capacitação para atuar no ACCR pela maioria. Tal interesse pode indicar o comprometimento com a tomada de decisão segura e precisa das enfermeiras, similar à abordagem vista no estudo de Lacerda et al. (2019), em que as enfermeiras possuíam cursos de pós-graduação no nível de especialização, o que remete à formação de uma equipe atualizada e preparada para as demandas do ACCR. O estudo Campos et al. (2020) complementa que é essencial que enfermeiras estejam qualificadas para atuação efetiva no ACCR. Para isso, identifica-se a necessidade de as instituições desenvolverem espaços de formação permanente, como instrumento fortalecedor da qualidade assistencial ofertada nos serviços de urgência e emergência.

Com relação aos cursos de capacitação para atuar no ACCR, este estudo demonstrou que as enfermeiras foram capacitadas, em sua maioria, no período de 2018 a 2021, o que demonstra que a gestão da UPA em estudo busca treinar e capacitar sua equipe para tal função. De acordo com Diniz et al. (2014), é necessária a capacitação prévia de enfermeiras, sobretudo,

acerca da metodologia de classificação de risco, sob a ótica do protocolo direcionador, com o intuito de que o atendimento do paciente seja direcionado e em concordância com o protocolo, de modo a minimizar os erros de classificação decorrentes da falta de treinamento do mesmo.

No que concerne à formação acadêmica, todas as enfermeiras concluíram o bacharelado em enfermagem em instituições de ensino superior privado. Esse dado corrobora o estudo de Aguiar (2016), ao mencionar que as ações e o incentivo das políticas públicas do governo brasileiro nos anos 2000 tiveram como objetivo viabilizar o acesso de diversas camadas sociais às universidades públicas e privadas, tanto com a implantação de cotas e bolsas de estudo parciais ou integrais, quanto na ampliação do setor privado e/ou possibilidade do financiamento estudantil.

Identificou-se também que houve coincidência quanto ao tempo de atuação profissional e de atuação no ACCR das enfermeiras deste estudo, de 06 a 10 anos, fato que demonstra uma possível associação entre tempo de exercício profissional e de atuação no ACCR, e ao mesmo tempo, remete à relação do primeiro emprego com o tempo de atuação das enfermeiras no ACCR. Esses dados corroboram os achados de Zorzal (2020), ao correlacionarem a possibilidade de existir uma facilidade da conquista do primeiro emprego de enfermeiras em setores de classificação de risco.

Desta forma, identificou-se, nesse estudo, que as enfermeiras preocupam-se com seu processo de formação e capacitação, bem como possuem experiência em atuação no ACCR, fatos que são relevantes para uma tomada de decisão adequada dessas profissionais em seus atendimentos.

## 5.2 TOMADA DE DECISÕES DA ENFERMEIRA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Enfermeiras em sua atuação no ACCR utilizam da tomada de decisão programada, que é aquela fundamentada nos protocolos institucionais, código de ética da profissão e normativas do MS. Como também utilizam da tomada de decisão não-programada, que é aquela fundamentada nas experiências, vivências, intuições e habilidades pré-existentes.

Nesse contexto, o processo para tomada de decisão, neste estudo, teve como achados que a maioria das enfermeiras utilizavam tanto a tomada de decisão programada, quanto a não-programada em seus atendimentos no ACCR. O que confirma os achados de Marcon (2006), ao citar que as enfermeiras utilizam das decisões programadas e não-programadas em seus atendimentos, associada ao preparo da profissional para execução, uma vez que tais decisões

requerem uma diversidade de conhecimentos para possibilitar uma conduta responsável, comprometida, eficaz, justa e benéfica a todos os envolvidos.

Na vertente da tomada de decisão não-programada, os achados do estudo de Madani et al. (2019) trouxeram que os gerentes de enfermagem são recomendados a contratar enfermeiras que possuam habilidades para tomada de decisão, obtidas por meio da experiência. Dessa forma, para as enfermeiras, a experiência é considerada ponto crucial para tomada de decisão nos setores de triagem. Ainda Duro, Lima e Weber (2017) mencionam que a utilização da capacidade intuitiva foi enfatizada pelas enfermeiras que realizam o ACCR, visto que a intuição possui relevância na tomada de decisões difíceis. A intuição faz parte de uma das habilidades que, aliada à experiência profissional, é responsável pelo conhecimento tácito, que é o conhecimento adquirido durante a trajetória do profissional.

Entretanto, ao avaliar de forma individual, a maioria das enfermeiras do estudo relatou utilizar da tomada de decisão programada em seus atendimentos no ACCR. O que corrobora o estudo de Marcon (2006), que menciona que as decisões programadas são consideradas como aquelas rotineiras e frequentes nos atendimentos de enfermeiras, e que esta profissional, ao se deparar com a situação, embasam-se em regras, normativas e rotinas que possuem diretrizes estabelecidas e sistematizadas, de como deve ser o percurso ou até a solução para tal decisão.

Ao considerar diretrizes sistematizadas no ACCR, remete à utilização de protocolos pré-estabelecidos para tomada de decisão de enfermeiras. Dessa forma, é visto que as enfermeiras valorizam as normativas existentes para embasamento nas decisões. De acordo com Lacerda et al. (2019), a utilização de protocolos nos serviços de emergência, fundamentados nas premissas da PNH, são essenciais para uma atuação padronizada no ACCR e favorece para tornar esse setor justo, visto que valorizam a equidade e evitam que os atendimentos sejam realizados por ordem de chegada, sem considerar a gravidade de cada caso.

No ACCR, a enfermeira em cada atendimento determina o tempo de espera do usuário para ser atendido pelo médico, no qual esse tempo é classificado por sistema de cores, sendo elas vermelha, amarela, verde e azul. Cada cor indica o grau da gravidade do paciente após a avaliação inicial da enfermeira, desta forma, a cada classificação, a enfermeira toma uma decisão sobre a queixa clínica do usuário em ter condições, ou não, de aguardar até determinado tempo para ser atendido pelo médico.

Uma pesquisa realizada no ACCR de uma UPA em Pelotas – RS demonstrou que os atendimentos realizados no período de junho de 2016 a junho de 2017 tiveram a representatividade da classificação de risco na cor verde, a qual possuía o tempo estimado de duas horas para atendimento médico (PINTO; STOCKER; LIMA, 2019). Outro estudo

realizado na cidade de São Paulo identificou que 61,1% dos pacientes que procuraram o serviço de emergência foram classificados na cor verde, o que evidencia os atendimentos da unidade serem em sua maioria de baixa complexidade. (OLIVEIRA et al., 2016b).

Na UPA, espaço eleito para este estudo, houve um predomínio da classificação de risco na cor verde, o que remete que a maioria dos usuários classificados na UPA são casos pouco urgentes, de acordo com o protocolo da instituição. Nesta perspectiva, os achados da classificação de risco mais realizada pelas enfermeiras estão em conformidade com estudos de Pinto, Stocker e Lima (2019) e Oliveira et al. (2016a). O que pode remeter que a procura dos usuários pelos serviços considerados de complexidade ambulatorial, como o das Unidades Básicas de Saúde (UBS), não suprem suas demandas, desta forma, acabam tendo as UPA como referência para atendimento rápido e resolutivo.

Lacerda et al. (2019), em seu estudo que abordou sobre a relação de justiça dos atendimentos no ACCR com o usuário, tiveram como resultado que o funcionamento precário da ABS gera sobrecarga nas unidades de emergência, bem como dificulta a continuidade do cuidado em saúde, pois, muitas vezes, ao encaminhar o usuário para UBS não há garantia de atendimento.

Outra questão identificada por Lacerda et al. (2019) foi que os usuários apresentam insatisfação nos atendimentos realizados no ACCR, visto a insuficiência de informações e orientações das enfermeiras, pois os pacientes não compreendem os critérios de cores, o que remete à não compreensão da sua classificação de risco, ou porque alguém que chegou depois foi atendido com prioridade, o que gera um sentimento de injustiça com relação ao usuário.

De acordo com Oliveira et al. (2015), as classificações de risco realizadas nas UPA pesquisadas, frequentemente, não se enquadravam nos critérios de urgência, o que gera um fluxo de usuários que sobrecarregam o serviço. Desta forma, os atendimentos tornam-se mais demorados, o que ocasiona estresse não só para o paciente, mas também para enfermeiras, que constantemente necessitam repetir, para cada usuário, qual a finalidade das UPA.

Por outro lado, a atividade do cuidado prestado pelas enfermeiras deste estudo está intrinsecamente relacionada à prestação de cuidados seguros, que, por sua vez, depende da sua tomada de decisão ética para que suas intervenções não sejam apenas para cumprimento de protocolos direcionadores e/ou dos fluxos assistenciais, mas tenha fundamentação ética que facilite a enfermeira a agir de forma deliberativa e imediata.

De acordo com Pereira et al. (2020), a razão e a humanização são características inerentes à pessoa e, por meio delas, é possível entender as situações vivenciadas pelo ser humano. Por isso, a ética caracteriza-se como agente influenciador na tomada de decisão, a

partir do estabelecimento de princípios e do saber prático. Desse modo, escolhas devem ser feitas priorizando valores e princípios morais, uma vez que afetam indivíduos, instituições e coletividade.

No presente estudo, as enfermeiras utilizam como fundamentos para tomada de decisão ética no ACCR sobretudo os conhecimentos científicos, o código de ética da profissão, as normativas do Ministério da Saúde, os procedimentos técnicos e os princípios bioéticos. Fundamentos estes que também foram evidenciados no estudo de Morgado et al. (2014), o qual destaca que a tomada de decisão ética deve ser baseada em princípios, valores profissionais e fundamentação teórica do conjunto de princípios éticos.

O conhecimento científico foi selecionado por todas as enfermeiras como elemento para fundamentar sua tomada de decisão ética. Resultados estes que também foram identificados no estudo de Johansen e O'brien (2016), os quais mencionam que a enfermeira necessita manter o conhecimento em constante atualização e em consonância com as demandas da sociedade.

Com relação às normativas do MS como fundamento da tomada de decisão ética, destaca-se a Portaria N<sup>o</sup>. 2048/2002 que faz parte da política nacional de atenção às urgências e que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002), a Resolução COFEN N<sup>o</sup> 661/2021 que atualiza e normatiza a participação da equipe de enfermagem na classificação de risco (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021), e o Protocolo Estadual de Classificação de Risco da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)/2014 (SESAB, 2014). Essas normativas fundamentam as enfermeiras para a tomada de decisão no ACCR embasada na ética, na legislação e em protocolos institucionais.

O novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) confere como direito da enfermeira o aprimoramento de seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais como forma de fundamentar sua prática, e, ao mesmo tempo, determina como dever desta profissional prestar esclarecimentos ao usuário do serviço, familiares e à coletividade sobre direitos, riscos, benefícios e intercorrências relacionadas ao cuidado de enfermagem prestado (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017). Desta forma, as enfermeiras necessitam embasar-se nos preceitos éticos e legais da sua profissão para tomar uma decisão ética, segura e assertiva no ACCR.

De acordo com Nora et al. (2016), legislações, normas, procedimentos e orientações são úteis e relevantes nos serviços de saúde, pois fornecem estrutura para a prática diária, podendo contribuir na melhoria da qualidade do cuidado prestado, além de servirem de base ou fundamento para a tomada de decisões.

Ainda nesse contexto, o novo CEPE menciona em seu Art. 24 que a enfermeira deve exercer a enfermagem embasada nos princípios da justiça, compromisso, resolutividade, responsabilidade, competência, honestidade, dignidade e lealdade (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017). Desta forma, Oguisso e Schmidt (1999) abordam que as enfermeiras devem nortear as suas ações, dentre elas, a tomada de decisões, nos valores e nos preceitos éticos e legais que regulamentam a profissão, com vista a promover a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários que dependem da assistência de enfermagem.

No que tange os procedimentos técnicos, elemento também utilizado pelas enfermeiras para tomada de decisão ética, de acordo com Mendonça et al. (2018), a qualidade da assistência prestada pela enfermeira no ACCR depende tanto da propriedade técnica quanto científica. Ainda nessa perspectiva, Eduardo Araújo et al. (2015) mencionam que questões complexas fazem parte do processo decisório das enfermeiras, e dentre eles, encontram-se as habilidades e o conhecimento técnico da pessoa que decide.

Acrescidos a isso, as enfermeiras que participaram desta pesquisa utilizam os quatro princípios bioéticos como fundamento para tomar uma decisão ética. De acordo com Figueredo (2011), a melhor decisão é aquela que consegue respeitar os princípios bioéticos da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Em consonância com o referido autor, Ferreira; Silva Junior; Batista (2020) discorre que o processo decisório depende do contexto, da situação e das relações entre os indivíduos, as quais se balizam entre pragmatismo, princípios bioéticos e cuidado.

De forma complementar, o CEPE do Brasil refere no Art. 42 que é dever da enfermeira fazer o que estiver ao seu alcance, para respeitar o direito ao exercício da autonomia por parte do paciente durante a tomada de decisão, livre e esclarecida, dos aspectos relacionados à saúde, segurança, tratamento, conforto e bem-estar. Além disso, o Art. 50 da mesma normativa prevê que essa profissional deve assegurar a prática por meio do prévio consentimento do paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Desta forma, a decisão da enfermeira possui ascendências éticas e bioéticas. Os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça norteiam a enfermeira na identificação do problema ético, no reconhecimento das circunstâncias e dos fatos envolvidos, na organização das escolhas quanto aos seus riscos e benefícios, na decisão da opção que mais se adequa ao contexto determinado e na (re)avaliação da decisão tomada (MOREDA et al., 2019).

As enfermeiras, em sua atuação no ACCR, realizam frequentemente atividades/ações

para tornar a tomada de decisão eficaz. Na UPA, local deste estudo, as profissionais destacam a ação de assistir o usuário em seus atendimentos. Para Cardoso et al. (2016), a tomada de decisão representa uma ação que visa a garantir a qualidade da assistência prestada ao usuário, visto que favorece a autonomia e a liberdade para escutar e avaliar as queixas do usuário e assim, com segurança, escolher qual decisão tomar.

A tomada de decisão de enfermeiras é uma ação constante no ACCR, pois, para cada classificação de risco realizada, essas profissionais precisam tomar uma decisão acerca do tempo de espera que o usuário pode aguardar para o atendimento médico. As enfermeiras do estudo fundamentam-se no conjunto de queixas do usuário, associado à queixa principal, os sinais vitais e o contexto das informações coletadas para tomada de decisão.

Para Camargo Neto et al. (2018) e Bellucci Junior, Matsuda e Marcon (2015a), a enfermeira em sua atuação no ACCR deve primeiramente realizar a coleta de dados para direcionar a consulta de enfermagem. Posteriormente, esta profissional estará apta para a tomada de decisão, na qual o raciocínio lógico é norteado pela escuta qualificada das queixas e o resultado do exame físico, determinando a prioridade no atendimento.

Nessa vertente, também se identificou que as enfermeiras do estudo na tomada de decisão avaliam o quadro clínico do usuário, sua condição hemodinâmica, nível de consciência e sintomas, para direcionar o tempo de atendimento, de acordo com a gravidade e urgência do quadro apresentado. Achados esses que corroboram os estudos de Lacerda et al. (2019) e Campos et al., (2020), os quais abordam que a tomada de decisão possibilita que a enfermeira, diante das queixas da pessoa que ela atende e dos sinais e sintomas de alerta, possa fazer o julgamento clínico e crítico adequado, associado ao protocolo institucional a fim de permitir a classificação por níveis de gravidade, e conseqüentemente, utilizar do raciocínio lógico para determinação do risco.

As enfermeiras do estudo fundamentam-se no conhecimento técnico-científico para tomar decisões de forma assertiva e ressaltam que se deve utilizar do bom senso, pois muitas vezes a classificação realizada gera conflitos. Para Roncalli et al. (2017), apesar da existência dos protocolos, as enfermeiras que atuam no ACCR precisam ampliar seus conhecimentos científicos acerca do seu exercício profissional, visto que a atuação nesse setor visa à segurança e a menores possibilidades de agravos enquanto os usuários aguardam por atendimento médico.

Ainda na vertente do conhecimento científico, de acordo com o estudo de Bijani et al. (2018), é necessário que as enfermeiras que atuam nos setores de triagem possuam raciocínio clínico e científico, assim como basearem-se em evidências em circunstâncias clínicas e críticas para identificação do problema apresentado, e assim tomar uma decisão correta. Desta forma,

para elas, o pensamento crítico é pré-requisito do raciocínio clínico, o que torna o julgamento clínico possível.

Todavia, os usuários ainda possuem dificuldade para aceitarem o ACCR e apresentam uma visão distorcida do propósito. Muitos ainda veem como um método excludente, pois tem como característica “escolher” quem deve ou não ser atendido, e deixam de assistir aqueles que, segundo os protocolos, não atendem aos requisitos neles estabelecidos (BRASIL, 2009). É visto que os usuários ainda retratam o ACCR como um dispositivo eficiente apenas para as situações de emergência, o que proporciona um sentimento de descrédito e descontentamento com o setor face à classificação de baixa complexidade (OLIVEIRA et al., 2016b).

O ACCR é um setor que requer atuação rápida da enfermeira, pois a identificação dos sinais de gravidade são cruciais para tomada de decisão inerente ao tempo de atendimento do usuário, e, para isso, os protocolos de classificação de risco tornam-se aliados ao subsidiar essa profissional na identificação e análise da queixa principal, sinais vitais e predisposição aos fatores risco, à gravidade e à necessidade daquele usuário.

As enfermeiras do estudo relatam que se fundamentam em protocolos e fluxogramas institucionais para classificar o risco do usuário e não menosprezam as normas da instituição. As enfermeiras das UPA de Salvador/Bahia utilizam para classificação de risco um protocolo que é embasado no Sistema de Triagem de Manchester (STM). Isso corrobora o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015), que menciona o STM como protocolo padrão adotado em vários países do mundo, entre eles, o Brasil. Nesse contexto, Sacoman et al. (2019) abordam que o STM é um sistema que prioriza o acesso aos cuidados necessários em tempo oportuno, o que o torna estratégico por proporcionar o contato precoce do usuário com a enfermeira, possibilita também que o tempo de atendimento seja gerenciado, por meio da identificação do problema e tomada de decisão rápida quanto ao fluxo que esse paciente necessita para prestação de cuidados adequados.

O STM é composto de fluxogramas que possuem discriminadores, que são os sinais e sintomas que devem ser investigados para avaliação da queixa. A presença de um discriminador pode determinar o nível de prioridade do paciente. Os níveis de prioridade estabelecidos pelo STM é o tempo-alvo para atendimento médico, que contemplam as cores: vermelho - atendimento médico imediato; laranja - atendimento médico em até 10 minutos; amarelo - atendimento médico em até 60 minutos; verde - atendimento médico em até 120 minutos e azul - atendimento médico em até 240 minutos (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

Especificamente nos serviços de urgência e emergência, o Ministério da Saúde

estabelece portarias e resoluções e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) estabelece o protocolo para organização e normatização destes serviços com diretrizes que norteiam o agir da enfermeira no ACCR. Desta forma, destaca-se o Protocolo Estadual de Classificação de Risco da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, que foi adaptado com base no protocolo de Manchester. Este é composto por quatro cores para classificar o risco: Vermelho – atendimento imediato, Amarelo – atendimento em até 30 minutos, Verde – atendimento em até 60 minutos e Azul – atendimento em até 240 minutos (SESAB, 2014). O referido protocolo foi adaptado do STM, onde se pode identificar que possui diferença no tempo de espera para atendimento médico e não utiliza da cor laranja para classificação de risco.

Ainda, de acordo com o protocolo da SESAB, compete à enfermeira da classificação de risco, entre outras atividades, acolher o usuário de forma responsável, por meio da escuta atenta das queixas, medos e expectativas, classificar o risco do usuário com rapidez e eficiência, utilizar a ficha de anamnese padronizada e após classificação do usuário, identificá-lo com a pulseira com a cor correspondente (SESAB,2014).

Segundo Campos et al. (2020), o protocolo de Manchester proporciona um sistema de apoio à enfermeira para a tomada de decisão. O trabalho desta profissional, nesse contexto, deve ser efetivo. Para tanto, faz-se necessário estabelecer fluxos e protocolos de atendimento com classificação de risco, capacitar as equipes, adequar a estrutura física para o atendimento de emergência e pronto atendimento.

Para Duro, Lima e Weber (2017), a atuação da enfermeira no ACCR é descrita como complexa, visto que não se constitui apenas no resultado de uma classificação de risco fundamentada em protocolos institucionais, mas na forma com que as enfermeiras elaboram estratégias para tomada de decisão na priorização do atendimento, resultante de sua autonomia no exercício dessa atividade.

De acordo com o estudo de Vieira et al. (2016), as enfermeiras, com a utilização dos protocolos, efetuam a classificação de risco, consideradas por elas como correta e qualificada. Para elas, o protocolo define melhor as etapas do fluxo de atendimento e torna o serviço mais organizado, humano e seguro.

Todavia, Menezes et al. (2014) retratam que o protocolo de classificação de risco é um instrumento útil e necessário, porém não pode ser considerado autossuficiente, uma vez que não consegue identificar e avaliar os aspectos subjetivos, sociais, culturais, visto que o entendimento dessa configuração é essencial para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada usuário. O protocolo de classificação de risco não deve substituir a interação, a comunicação, a escuta e o respeito, desta forma, torna-se crucial realizar o acolhimento do paciente, para, a

partir de sua queixa, realizar a identificação do seu risco de agravamento.

Além da classificação de risco, o acolhimento possui fundamental relevância na tomada de decisão da enfermeira que atua no ACCR, na perspectiva humana e ética. Quanto à humanização dos atendimentos aos usuários referidos nesse estudo, as enfermeiras expressaram realizar o acolhimento do usuário e identificar a situação em que o mesmo está inserido. Argumentam sobre a necessidade de possuir aptidão para escutar os sinais e sintomas, e assim promover uma boa escuta, além de considerarem a capacidade de saber como ouvir a queixa do usuário.

O ACCR, entendido como uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção, deve ser norteado pela escuta qualificada, construção de vínculo entre profissional, usuário e acompanhante, garantia de acesso, resolutividade, bem como na priorização dos atendimentos que requerem urgência (BRASIL, 2009). O ACCR é visto, também, como um dispositivo que visa a ressignificar o processo de triagem, que finalizava, na maioria das vezes, na recepção do usuário. Isso torna o ACCR uma ferramenta de inclusão que permeia em todo o serviço de saúde (HERMIDA et al., 2018).

No estudo realizado por Santos e Lima (2011), a escuta qualificada permite que os profissionais visualizem com clareza, as singularidades que cada usuário apresenta, por meio da compreensão de algo que é crucial para caracterizar a situação que lhe é transmitida, o que visa a priorizar a intersubjetividade e não a soberania da técnica. Nesse contexto, as enfermeiras precisam desenvolver habilidade da escuta ativa, considerar as queixas do usuário no acolhimento e conseqüentemente humanizar o atendimento no ACCR, conforme preconiza a PNH.

Entende-se que faz parte dos objetivos da PNH, a transversalidade dos princípios que buscam propiciar um atendimento de qualidade e humanizado para todos os envolvidos (profissionais de saúde, usuários e gestores), de forma acolhedora e com profissionais comprometidos com a ética e capacitados por meio de um processo de educação permanente. Em relação às capacitações, os gestores devem disponibilizar espaços e instrumentos necessários à capacitação, como forma de busca de soluções e transformações dos problemas diversos que atingem todo o contexto de saúde pública (BRASIL, 2011b).

De acordo com Rossaneis et al. (2011), exercitar o acolhimento é a capacidade de alterar o foco do atendimento da doença para o usuário doente, por meio da garantia dos princípios de universalidade e acessibilidade aos serviços de saúde, com resolução direcionada para as queixas apresentadas, a partir da promoção da humanização da assistência prestada ao usuário. Assim, acolher é distinguir o que o outro retrata como verdadeiro e individual na sua

necessidade de saúde.

Entretanto, a percepção limitada dos usuários dos serviços de saúde de que o acolhimento é constituído apenas do processo de classificação dos riscos, a partir da seleção dos mais graves para o atendimento emergencial, é caracterizada como uma das principais limitações para a implantação desta tecnologia nos serviços de saúde, dificultando ainda mais sua aceitação pela população (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

Este estudo ainda demonstrou que as enfermeiras possuem uma visão holística do usuário no ACCR, ao avaliar cada detalhe apresentado e as observações que o mesmo apresenta, ao expressarem que não deve se embasar apenas no problema apresentado, pois consideram que os sintomas de forma isolada não direcionam o atendimento adequado, devendo, então, observar todo o contexto do usuário.

Nesse contexto Lacerda et al. (2019), mencionam que, no ACCR, as enfermeiras devem identificar as particularidades de cada usuário e suas condições biopsicossociais, o que demanda uma visão holística e um diálogo permanente entre profissional e usuário. Moraes et al. (2009) abordam que os preceitos da humanização em saúde envolvem o respeito, a individualidade da pessoa e a percepção holística desse ser, o que se torna um fator influenciador na recuperação do mesmo, visto que, quando o usuário é devidamente acolhido, principalmente em seu atendimento inicial, algumas situações de ordem psicológicas, como medo e insegurança, podem ser amenizadas.

A enfermeira em sua atuação no ACCR necessita ter uma avaliação detalhada e direcionada para as necessidades apresentadas pelo usuário. E quando a tomada de decisão envolve uma situação de emergência, como exemplo, uma suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) requer que essa profissional fundamente-se nos protocolos institucionais e possua conhecimento técnico-científico para tomar uma decisão rápida e assertiva.

### 5.3 TOMADA DE DECISÕES DA ENFERMEIRA NO ACCR AO PACIENTE COM SUSPEITA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Em uma situação de atendimento apresentado às enfermeiras, a partir de um caso clínico direcionado ao IAM, elas descrevem como devem tomar decisões mediante as informações coletadas ao acolher o usuário e embasamento nos protocolos e fluxogramas institucionais para uma classificação de risco adequada de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente em questão.

O usuário com queixa de dor torácica, ao dar entrada na unidade de emergência, depara-

se com o atendimento inicial da enfermeira, onde esta profissional deve atuar com competência técnica, científica, ética e humanística para uma tomada de decisão rápida e eficaz. Além disso, deve saber identificar os sinais sugestivos de IAM, visto que o tempo é um fator determinante para o prognóstico, no qual o protocolo de dor torácica é comumente utilizado para suporte na classificação do risco.

As enfermeiras do estudo utilizam como parâmetros para tomada de decisão na classificação de risco do usuário com suspeita de IAM a queixa de dor retroesternal, sudorese e náusea, aferição dos sinais vitais, associados aos fatores de predisposição e tempo janela, visto considerarem a clínica soberana. Ainda relatam que não se deve embasar apenas em sinais vitais, mas também na queixa clínica que o usuário apresenta. Parâmetros esses que corroboram o estudo de Servin et al. (2010), que discorrem que a avaliação da enfermeira no ACCR deve ser embasada na apresentação do quadro clínico, com identificação de início e evolução; queixa principal; estado físico e sinais de alerta do usuário, escala de dor; histórico de doenças preexistentes e sinais vitais; classificação de gravidade e reavaliação constante.

Identificado como o quinto sinal vital, a dor assume para enfermeiras um destaque maior acerca de sua valorização nos últimos anos. Contudo, a avaliação da dor ainda se torna um desafio para a enfermeira em sua atuação na classificação de risco, uma vez que a mensuração deste sintoma está relacionada à observação, escuta qualificada e em acreditar na queixa de dor referida, visto que a dor é um dado subjetivo (MORAIS et al., 2009).

Descrições acima demonstram que as enfermeiras do estudo possuem coerência com os achados de Servin et al. (2010) e Moraes et al. (2009), os quais apresentam o processo similar utilizado como parâmetro para tomada de decisão do paciente com suspeita de IAM no ACCR, o que evidencia uma atuação direcionada e definida ao usuário em seu atendimento inicial.

Para confirmação do diagnóstico de IAM, é necessária a realização de eletrocardiograma (ECG) de caráter imediato, considerado como centro decisório inicial em pacientes com suspeita dessa enfermidade (BASSAN et al., 2002). As enfermeiras deste estudo demonstram que, de acordo com o protocolo institucional, para o paciente com suspeita de IAM, deve-se encaminhar o usuário para telemedicina e realizar ECG em até 10 minutos, posteriormente entregar o traçado eletrocardiográfico ao médico para dar continuidade ao cuidado.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, é primordial que o diagnóstico de IAM por meio do ECG seja realizado até 10 minutos da chegada do paciente, tempo crucial para o início da terapêutica adequada (BASSAN et al., 2002). O protocolo de dor torácica é um diferencial na classificação de risco, visto que proporciona segurança para a enfermeira identificar e avaliar a apresentação da dor, bem como confere agilidade no atendimento na

proporção em que embasa a profissional de saúde para identificação mais ágil de uma condição clínica do usuário (VIEIRA et al., 2016).

Para Bassetti et al. (2018), a abordagem inicial fundamentada no protocolo de atendimento ao paciente com suspeita de IAM deve ser rápida e objetiva, a partir da identificação e avaliação das características da dor torácica e das manifestações clínicas associadas, coleta da história pregressa, exame físico direcionado e realização do eletrocardiograma (ECG). O estudo de Lima et al. (2021) evidenciaram que as enfermeiras do ACCR descrevem que a utilização do protocolo de IAM no ACCR consegue contemplar a demanda da UPA, o que diminui a possibilidade de complicações mais graves e letais ao paciente.

As enfermeiras do estudo salientaram a importância da capacitação das profissionais com relação aos protocolos institucionais. No estudo de Lima et al. (2021), foi identificado carência na capacitação e atualização de enfermeiras sobre os conhecimentos relacionados à leitura e interpretação do ECG, integrante fundamental do protocolo de dor torácica. Isso evidencia a necessidade de práticas contínuas de educação permanente nos serviços de urgência e emergência.

O conhecimento acerca dos protocolos institucionais proporciona direcionamento para enfermeiras na tomada de decisão no ACCR, e, ao se tratar de uma suspeita de SCA, o protocolo de dor torácica assume destaque, pois fundamenta, por meio dos dados objetivos e subjetivos do usuário, a classificação de risco realizada pela enfermeira.

No estudo de Vieira et al. (2016), enfermeiras que utilizavam do protocolo de dor torácica foram solicitadas para apontar os aspectos positivos e negativos do instrumento, e as mesmas evidenciaram que o protocolo contribuiu positivamente na identificação da suspeita de SCA, dos fatores de risco e da tomada de decisão. Ainda nessa vertente, no estudo realizado por Lima et al. (2021), as enfermeiras de uma UPA, ao se depararem com um usuário com suspeita de IAM no ACCR, e ao aplicarem o protocolo institucional corretamente, atuam com resolutividade e encaminhamento adequado para os centros de referência.

Ainda com referência ao estudo de Lima et al. (2021), na UPA pesquisada, do total de 61 pacientes atendidos e que as enfermeiras utilizaram o protocolo de dor torácica, apenas um usuário foi a óbito, em 2018. Os demais foram referenciados para unidades hospitalares. Desta forma, identifica-se a baixa taxa de mortalidade da unidade, o que evidencia efetividade no fluxograma de atendimento, que promove agilidade e segurança nos atendimentos e na conduta adequada dessas profissionais.

Os achados do presente estudo apontam que as enfermeiras classificariam o usuário com

suspeita de IAM na cor amarelo, laranja ou vermelho, além de identificarem a necessidade de reavaliação constante do usuário nessa condição clínica. De acordo com algoritmo da *American Heart Association* (AHA), todo paciente que apresenta desconforto torácico sugestivo de isquemia deve receber atendimento médico em até 10 minutos (AHA, 2015). Desta forma, o adequado seria classificar o usuário na coloração laranja e/ou vermelho, pois determinam um tempo de espera para atendimento médico igual ou menor que dez minutos.

A classificação de risco não é uma ferramenta que visa a estabelecer diagnóstico clínico. Sua utilização pretende assegurar que o atendimento médico ocorra de acordo com o tempo de resposta determinado pela gravidade clínica do paciente (BASSETTI et al., 2018). Ainda de acordo com o estudo de Fathoni, Sangchan e Songwathana (2013), para a eficiência da triagem, a avaliação rápida e classificação de risco dos pacientes são inerentes à capacidade de tomar decisões com precisão e tempo oportuno.

Para Bellucci Junior et al. (2015), mesmo após a realização da classificação de risco, o paciente deve ser reavaliado periodicamente pela enfermeira enquanto aguarda por atendimento médico. Para Curtis et al. (2009), mesmo quando identificada a prioridade clínica, deve-se ainda monitorizar e reavaliar o usuário, visto que sua condição clínica pode piorar, e desta forma, necessitar ser reclassificado.

O estudo internacional de Saban et al. (2018), expressa que o aumento da morbidade e mortalidade do IAM está relacionada a complicações relacionadas ao tempo de espera prolongado para o atendimento ou o reconhecimento dos sintomas pela enfermeira. Ainda, outra pesquisa internacional de Ek e Svedlund (2014) expressa que a reavaliação pela triagem deve ser um processo contínuo. Contudo, sinaliza que os pacientes que aguardam na sala de espera por atendimento médico podem aguardar tempos prolongados para avaliação, o que pode propiciar resultados indesejáveis.

Para a excelência no trabalho de enfermeiras na identificação e condução adequada do paciente com suspeita de IAM no ACCR, torna-se necessária a ampliação da educação continuada e capacitação profissional para a tomada de decisão nos serviços de emergência, visto que as instituições de saúde precisam de profissionais dinâmicas e qualificadas para identificar a suspeita diagnóstica e conduta terapêutica nos cuidados iniciais ao paciente com risco cardiovascular (LIMA et al., 2021).

O usuário com suspeita de IAM demanda uma tomada de decisão cautelosa, porém imediata da enfermeira no ACCR, visto que, se os sinais clínicos da SCA forem menosprezados, a classificação de risco pode ser inadequada e essa atitude pode gerar danos irreversíveis ou até predispor ao óbito. Desta forma, conhecer o protocolo institucional, fundamentar-se nos

preceitos éticos da profissão e possuir conhecimento técnico-científico tornam-se ferramentas indispensáveis para tomada de decisão da enfermeira ao paciente com suspeita de IAM.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender como as enfermeiras que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco de uma Unidade de Pronto Atendimento tomam decisões, sejam elas embasadas nos preceitos éticos da profissão, na identificação da prioridade clínica do usuário que requer um atendimento prioritário, bem como na tomada de decisão frente à classificação de risco do paciente com suspeita de IAM.

Evidenciou-se que as enfermeiras que atuam nas UPAs são, em sua maioria, do gênero feminino, possuem cursos de pós-graduação nas áreas de emergência e UTI e realizaram cursos de capacitação específica para atuação no ACCR.

Identificou-se que o tipo de tomada de decisão no ACCR que as enfermeiras mais utilizam são as decisões programadas e não programadas, o que demonstra que as mesmas fundamentam-se tanto nas normativas institucionais, quanto valorizam também as habilidades adquiridas, as experiências e vivências ao tomar decisões.

Como base para tomada de decisão ética no ACCR, as enfermeiras utilizam as normativas do Ministério da Saúde, conhecimento científico, código de ética da profissão, procedimentos técnicos e princípios bioéticos. Nesse contexto, identificou-se que as enfermeiras embasam-se nos preceitos éticos e legais da sua profissão para tomar uma decisão ética, segura e assertiva no ACCR.

A classificação de risco mais presente nos atendimentos em geral realizados pelas enfermeiras foi a cor verde, o que remete que à maioria dos atendimentos no ACCR eram de casos de baixa complexidade, ou seja pouco urgentes. Além disso, as enfermeiras destacam em seus atendimentos a ação de assistir o usuário, o que favorece a autonomia e a liberdade para escutar e avaliar as queixas do usuário e, assim, com segurança, escolher qual decisão tomar.

Identificou-se que as enfermeiras fundamentam-se para tomar decisões no ACCR em protocolos/fluxogramas institucionais, coleta de dados objetivos e subjetivos dos usuários, conhecimento técnico-científico e na humanização do atendimento. Além disso, ao se atender um paciente com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio, elas se fundamentam na queixa principal, sinais e sintomas, sinais vitais, protocolo de IAM e na classificação de risco rápida e eficaz do usuário.

O estudo sinaliza a necessidade de cuidado especializado no atendimento ao usuário grave e para a importância em investir na educação continuada, no sentido de assegurar o cuidado qualificado das pessoas que são atendidas com suspeita de IAM na rede de atenção à saúde.

Este estudo trouxe implicações para assistência, ensino e pesquisa em enfermagem. Com relação à assistência, em especial, para urgência e emergência, mediante o setor requerer uma tomada de decisão rápida, eficaz e assertiva. Para o ensino, visto que os graduandos em enfermagem precisam fundamentar-se nos aspectos que envolvem a decisão, pois enfermeiras deparam constantemente em sua prática com a necessidade de decidir. E para pesquisa, visto a relevância do processo de tomada de decisão no âmbito da enfermagem e a lacuna identificada na produção referente a temática.

Para garantir um acolhimento qualificado, os cursos de graduação em enfermagem devem conter conteúdos curriculares voltados para pacientes críticos e com instabilidade hemodinâmica. Desta forma, a capacitação profissional é determinante para atuação da enfermeira no ACCR e, por conseguinte, a oferta de um serviço especializado eficaz.

Para tanto, faz-se necessário que as enfermeiras exercitem uma prática assistencial diferenciada em seu cotidiano, com respeito a humanização, ética e responsabilidade aos seus pacientes. Por essa razão, o agir da enfermeira precisa ser respaldado em uma tomada de decisão com embasamento/fundamentos tais como os encontrados neste estudo.

Dentre as limitações do presente estudo, encontra-se o fato de ter sido realizado em uma única UPA, o que se configura como uma lacuna para esta pesquisa, uma vez que impede a comparação com outras enfermeiras atuantes no ACCR e, desta forma, limitou-se a maior compreensão sobre os fundamentos utilizados pelas enfermeiras para a tomada de decisão no ACCR. Sugere-se, portanto, a realização de estudos em outras unidades, a fim de levantar dados e informações mais abrangentes acerca deste objeto e estabelecer estratégias para viabilizar o preparo profissional que abarquem todo o território nacional.

Entretanto, essa investigação, mesmo restrita a um único grupo de enfermeiras atuantes no ACCR em UPA, possibilitou produzir conhecimentos sobre a tomada de decisão destas profissionais em seu atendimento inicial e proporcionou reflexão sobre os fundamentos utilizados em sua prática, o que permite que outras profissionais possam utilizá-las em outros serviços de emergência. Todavia, discussões e reflexões sobre a tomada de decisão no ACCR precisam ser reforçadas para que haja melhor preparo da enfermeira a respeito do processo decisório.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n4/23.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.
- ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 337-44, mar-abr. 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0072.2560. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/MFdMTTGRhG35Gp3YtrkVm6M/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- AGUIAR, Wilma. Um balanço das políticas do governo Lula para a educação superior: continuidade e ruptura. **Rev. Sociol. Polit**, v. 24, n. 57, 2016. DOI: 10.1590/1678-987316245708. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/4BhqdWbbvKRGRKPBwhH3QQN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- AHA. **American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. *Circulation*, v. 132, n. 18, 2015. Disponível em: <https://www.cercp.org/images/stories/recursos/Guias%202015/Guidelines-RCP-AHA-2015-Full.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.
- BASSAN, Roberto et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. Definição de graus de recomendação e níveis de evidência. **Arq Bras Cardiol**, v. 76 (supl II), p. 1-22, 2002. Disponível em : <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7903/Toracica.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- BASSAN, Fernando; BASSAN, Roberto. Abordagem da síndrome coronariana aguda. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, v. 15, n.7, p. 1-6, 2006. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2006/07/Artigo03.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.
- BASSETTI, Scalfoni et al. Abordagem de pacientes com infarto agudo do miocárdio em serviço de emergência. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 4, n.2, p.224-235. 2018. Disponível em: <http://143.244.166.130/index.php/reinpec/article/view/213/174> Acesso em: 15 ago. 2021. D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v4n2a17>
- BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DwT8nJtQs6YkXGZt3yBmR4F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue; MARCON, Sonia Silva. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 1, p. 108-116, jan-mar. 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n1/pdf/v17n1a13.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 82-7, jan/fev. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.4976>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4976/12347>. Acesso em: 13 ago. 2021.

BIJANI, Mostafa et al. Professional Capability in Triage Nurses in Emergency Department: A Qualitative Study. **Revista Latinoamericana de Hipertensión**, v. 13, n. 6, p. 554 – 560, 2018. Disponível em: [http://www.revhipertension.com/rlh\\_6\\_2018/10\\_professional\\_capability\\_i\\_triage\\_nurses\\_in.pdf](http://www.revhipertension.com/rlh_6_2018/10_professional_capability_i_triage_nurses_in.pdf). Acesso em: 21 ago. 2021

BORGES, Bruna Solano. O processo de tomada de decisão em empresas familiares de pequeno porte: um estudo de casos múltiplos em organizações prestadoras de serviços em Alvorada/RS. **RASM, Alvorada**, v. 7, n. 2, p. 61-101, Jul/Dez. 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/326835291\\_O\\_processo\\_de\\_tomada\\_de\\_decisao\\_e\\_m\\_empresas\\_familiares\\_de\\_pequeno\\_porte\\_um\\_estudo\\_de\\_casos\\_multiplos\\_em\\_organizacoes\\_prestadoras\\_de\\_servicos\\_em\\_AlvoradaRS](https://www.researchgate.net/publication/326835291_O_processo_de_tomada_de_decisao_e_m_empresas_familiares_de_pequeno_porte_um_estudo_de_casos_multiplos_em_organizacoes_prestadoras_de_servicos_em_AlvoradaRS). Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002**. Normatiza e estabelece diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: Histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao\\_do\\_SUS\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf). Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1601 de 07 de julho de 2011**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2011a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601\\_07\\_07\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html). Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas e Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**. Atenção Hospitalar, vol. 3. Brasília, 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf). Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 342, de 4 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342\\_04\\_03\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html). Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE). **Indicadores de Mortalidade**: número de óbitos por grupo de causas. Brasília, 2016. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 10 de 03 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html). Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, 2021. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf). Acesso em: 15 abr. 2021.

CALIL, Ana Maria. **Estrutura Organizacional de um Serviço de Emergência**. O enfermeiro e as situações de emergência. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

CAMARGO NETO, Orlando et al. A Atuação do Enfermeiro no Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Saúde. **Rev. J Health Sci**, v. 20, n. 4, p. 295-302, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970641>. Acesso em: 18 jul. 2020.

CAMPOS, Renata Moreira; FARIAS, Glauceia Maciel; RAMOS, Cristiane da Silva. Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU Natal. **Rev. Eletr. Enf**, v. 11, n. 3, p. 647-657, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a24.pdf>. Acesso em: 2 out. 2019.

CAMPOS, Diana Catarina Ferreira de; GRAVETO, João Manuel Garcia do Nascimento. Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 6, novembro-dezembro. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_21.pdf). Acesso em: 04 nov. 2019.

CAMPOS, Thais Santos et al. Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários . **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p. 1-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2020>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9786> 2020 9786. Acesso em: 07 jul. 2021

CARDOSO, Letícia Silveira et al. O pensar da enfermagem em serviço de urgência e emergência intrahospitalar. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 12, p. 4524- 4531, dez. 2016. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201613. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11519/13407>. Acesso em: 18 nov. 2018.

CECIL, Russell La Fayette; GOLDMAN, Lee; BENNETT, J. Claude. **Tratado de medicina interna**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. DA SILVA, Roberto. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria Geral da Administração**: abordagens descritivas e explicativas. 7. ed. Rio de Janeiro: Manole, 2013.

CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Tomada de decisão em enfermagem**. In: KURCGANT, Paulina. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

COLLIÉRE, Maria-Françoise. **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto-Lei n.º 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei n.º 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1987. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html). Acesso em: 21 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 423/2012 de 15 de fevereiro de 2012**. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html) . Acesso em: 20 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 564/2017, de 06 de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 25 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 580/2018, de 09 de julho de 2018**. Brasília, 2018. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-580-2018\\_64035.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-580-2018_64035.html). Acesso em: 31 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 661, de 9 de março de 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. Diário Oficial da União. Brasília, 2021. Disponível em: [http://www.coren-es.org.br/resolucao-no-661-2021-enfermagem-na-classificacao-de-risco\\_25169.html](http://www.coren-es.org.br/resolucao-no-661-2021-enfermagem-na-classificacao-de-risco_25169.html) Acesso em: 08 jul 2021.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira et al. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 3, p. 55-60, set. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rngen/v35n3/pt\\_1983-1447-rngen-35-03-00055.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rngen/v35n3/pt_1983-1447-rngen-35-03-00055.pdf) Acesso em: 18 out. 2019.

CURTIS Kate et al. The emergency nursing assessment process A structured framework for systematic approach. **Australas Emerg Nurs J**, v. 12, n. 4, p. 130-136, 2009. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/271562938\\_The\\_emergency\\_nursing\\_assessment\\_process-A\\_structured\\_framework\\_for\\_a\\_systematic\\_approach](https://www.researchgate.net/publication/271562938_The_emergency_nursing_assessment_process-A_structured_framework_for_a_systematic_approach). Acesso em: 25 jul. 2021.

DIAS, Samya Raquel Soares; SANTOS, Luzivânia Lopes; SILVA, Igor Almeida. Classificação de risco no serviço de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev Enferm UFPI**, v. 7, n. 1, p. 57-62, Jan-Mar. 2018. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6712>. Acesso em: 07 jul. 2021.

DINIZ, Aline Santos et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 312-320, abr/jun. 2014. DOI: 10.5216/ree.v16i2.21700. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/21700/16967>. Acesso em: 29 jul. 2021.

DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; WEBER Luciana Andressa Feil. Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência. **Rev Min Enferm**, v.21, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170072 . Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1062.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

EDUARDO ARAÚJO, Elizabete et al. Análise de modelo de tomada de decisão de enfermeiros gerentes: uma reflexão coletiva. **Rev. bras. Enferm**, v. 68, n. 4, p. 668-675, 2015. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680414i. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wzd3wPLxyR94vnnvdmwP6mWK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2021.

EK, Bosse; SVEDLUND Marianne. Registered nurses' experiences of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. **J Clin Nurs**, v. 24, n. 7-8, p. 1122-1131, 2014. DOI:10.1111/jocn.12701. Disponível em: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:807216/FULLTEXT01.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

FATHONI, Mukhamad; SANGCHAN, Hathairat; SONGWATHANA, Praneed. Relationships between Triage Knowledge, Training, Working Experiences and Triage Skills among Emergency Nurses in East Java, Indonesia. **Nurse Media J. Nurs**, v. 3, n. 1, p. 511-525, 2013. DOI: 10.14710/nmjn.v3i1.4466. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307732627\\_Relationships\\_between\\_Triage\\_Knowledge\\_Training](https://www.researchgate.net/publication/307732627_Relationships_between_Triage_Knowledge_Training)

\_Working\_Experiences\_and\_Triage\_Skills\_among\_Emergency\_Nurses\_in\_East\_Java\_Indonesia. Acesso em: 09 jul. 2021.

FERREIRA, Debora Carvalho; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; BATISTA, Rodrigo Siqueira. A Tomada de decisão em prevenção quaternária: implicações bioéticas. **Rev. bras. med. fam. Comunidade**, v. 15, n. 42, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2504. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2504/1579>. Acesso em: 08 jul. 2021.

FIGUEIREDO, Antônio Macena de. Bioética clínica e sua prática. **Rev. bioét**, v. 19, n. 2, p. 343–358, 2011. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/632/678](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/632/678) Acesso em: 12 jul. 2021.

FROTA, Cynthia Araújo et al. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na realização da classificação de risco no serviço de urgência e emergência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. 13, n. 2, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5498/3741>. Acesso em: 20 ago. 2021.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de Pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 14. ed. Rio de Janeiro: Record. 2015.

GORANSSON, Katarina et al. Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. **Journal of Advanced Nursing**, v. 61, n. 2, p. 163-172, jan. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04473.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2007.04473.x>. Acesso em: 15 nov 2019.

GOUVEIA, Mariana Tomé et al. Análise do acolhimento com classificação de risco em unidades de Pronto-atendimento. **Rev Min Enferm**. v. 23:e-1210. 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190058. Disponível em: [https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en\\_e1210.pdf](https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1210.pdf). Acesso em: 22 jul. 2021

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249 p.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**: como implementar o Sistema de Manchester de Classificação de Risco em sua instituição de saúde. 2. ed. Belo Horizonte: GBCR, 2015. Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 ago. 2021.

GUEDES, Helisamara Mota; MARTINS, José Carlos Amado; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 1, p. 45-51, jan-

fev, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0045.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

GUYTON, Arthur C., HALL, John Edward. **Tratado de Fisiologia Médica** 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira et al. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, p. 01-07, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/3kNRDN79CfsvBXwDFMBMGWd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

INOUE, Kelly Cristina. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Rev Min Enferm**, v. 19, n. 1, p. 13-20, jan/mar. 2015. DOI: 10.5935/1415-2762.20150002. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v19n1a02.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

JOHANSEN, Mary L.; O'BRIEN, Janice L. Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. **Nurs Forum**, v. 51, n. 1, p. 40-48, 2016. Disponível em: 10.1111/nuf.12119. Acesso em: 15 jul. 2021.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Interface**, v. 20, n. 59, p. 879-892, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150519.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.

LACERDA, Andrea Stella Barbosa et al. Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, n. 6, Nov-Dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0420>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7jh9XPTXx3SPcvKFx9Bkh3f/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2021.

LIMA, Valesca Mônica Rodrigues et al. Utilização por enfermeiros do fluxo assistencial ao paciente com dor torácica: facilidades e dificuldades **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. 2, p. 1-8. 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0849>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4h8wksYVhBny9tyq5j9YbFh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2021.

MADANI, Fatemeh et al. Factors associated with hospital Triage decision making from the viewpoints of emergency nurses. **J. Adv. Pharm. Edu. Res**, v. 9, p. 169-175, 2019. Disponível em: <https://japer.in/storage/models/article/Xbh57iIro9DnWB6n7Ygk5BFzsLliDk7oPhoQK1ed69oMwC190yGbyjA9pGBd/factors-associated-with-hospital-triage-decision-making-from-the-viewpoints-of-emergency-nurses.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

MANSUR, Paulo Henrique Garcia et al. Análise de registros eletrocardiográficos associados ao infarto agudo do miocárdio. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 87, n. 2, p. 106- 114, Ago. 2006 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/MsPHJs9Q8HxwsbBQMm89Jzc/?lang=pt&format=pdf> . Acesso

em: 31 out. 2021.

MARCON, Patrícia Maria. **O Processo de Tomada de Decisão do Enfermeiro no Cenário Administrativo**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Paraná, Curitiba, 2006. Disponível em:

<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oPatriciaMarcon.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

MARQUIS, Bessie. L.; HUSTON, Carol. J. **Administração e liderança em enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2015.

MARTIN, Andrew et al. An Examination of ESI Triage Scoring Accuracy in Relationship to ED Nursing Attitudes and Experience. **Journal of Emergency Nursing**, v. 40, n. 5, p. 461-468, Set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.09.009>. Disponível em: [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(13\)00424-8/fulltext](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(13)00424-8/fulltext). Acesso em: 14 nov. 2018.

MENDONÇA, Amanda Ribeiro et al. Competências do enfermeiro nos serviços de emergência. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 10, p. 2816-2824, 2018. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i10a237779p2816-2824-2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237779>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MENEGON, Fernando Henrique Antunes et al. Desenvolvimento do raciocínio clínico de enfermeiros de um serviço hospitalar de emergência. **Rev Rene**, v. 20, p. 01-09, 2019. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/40249/pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

MENEZES, Max Oliveira et al. Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, v. 2, n. 2, p. 45-58, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/1181/1011>. Acesso em: 12 jul. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010a.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010b.

MONTANA, P. J. **Administração**. Tradução Robert Brian Taylor. Revisão Técnica Reinaldo O. da Silva. São Paulo: Saraiva, 1999.

MORAIS, Flávia Franco et al. Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. **Rev Ciênc Saúde**, v. 2, n. 2, p. 73-7, jul-dez. 2009a. DOI: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2009.2.6378>.

Disponível em :

<https://www.scielo.br/j/ape/a/m9z5DPgnt9qv64WYrZ7Wy6t/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista Enferm**, São Paulo, v.

22, n. 3, p. 323-27, dez. 2009b. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/YbLWmRfRCMYM84mV7rS6wTF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 ago. 2021

MOREDA, Kimberly Ferreira et al. Processo de tomada de decisão no trabalho em uma maternidade: vivências de enfermeiros. **Revista Enfermagem Atual**, v. 87, p. 1- 6, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/216/117> Acesso em: 25 ago. 2021

MORGADO, Tânia Manuel Moço et al. A tomada de decisão ético-deontológica dos enfermeiros. **Rev. Port. Bioética**, v. 20, n. 20, p. 113-129, jun. 2014. DOI: 10.13140/RG.2.1.3023.9848. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/279526591\\_Tomada\\_de\\_decisao\\_etico-deontologica\\_dos\\_enfermeiros\\_Ethical-deontological\\_decision\\_making\\_of\\_Nurses](https://www.researchgate.net/publication/279526591_Tomada_de_decisao_etico-deontologica_dos_enfermeiros_Ethical-deontological_decision_making_of_Nurses) Acesso em: 23 ago. 2021.

MOTTA, Luis Claudio de Souza; OLIVEIRA, Lucas Nicolau de; SILVA, Eugenio; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Tomada de decisão em (bio) ética clínica: abordagens contemporâneas. **Rev. Bioét**, vol. 24, n. 2, p. 304-314, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242131>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/1983-8034-bioet-24-2-0304.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.

NOON, Amy J. The cognitive processes underpinning clinical decision in triage assessment: A theoretical conundrum? **International Emergency Nursing**, v. 22, n. 1, p. 40-46, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.01.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X13000049?via%3DIhub>. Acesso em: 18 nov. 2019.

NORA, Carlise Rigon Dalla; DEODATO, Sérgio; VIEIRA, Margarida Maria da Silva; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone . Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 1-9, jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt\\_0104-0707-tce-25-02-4500014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-4500014.pdf). Acesso em: 25 out. 2019.

NUNES, Lucila. Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. **Rev. Bioét**, v. 23, n. 1, p. 187-199, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0187.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 125, p. 01-12, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000072.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000072.pdf). Acesso em: 09 set. 2019.

OGUISSO, Tanaka; SCHMIDT, Maria José. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. São Paulo: Ltr, 1999.

OLIVEIRA, Saionara Nunes et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-244, jan-mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003390011>. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf). Acesso em: 22 out. 2018.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de. et al. Atuação do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco: um estudo de metassíntese. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n. 2, p. 374-382, abr/jun. 2016a. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i2.28573>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28573>. Acesso em: 12 out 2018.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli et al. Correlação das categorias de classificação de risco com aspectos clínicos e desfechos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n. 2842. 2016b. DOI: 10.1590/1518-8345.1284.2842. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/LcMCnrFbK4chH77bznqkPTr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS Brasil). **10 principais causas de morte no mundo Brasil**. 2018 . Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0). Acesso em: 21 ago. 2021.

PARK, Mihyun. The Legal Basis of Nursing Ethics Education. **Journal of Nursing Law**, v. 13, n. 4, p. 106-113, dez. 2009. Disponível em: 10.1891/1073-7472.13.4.106. Acesso em: 22 nov. 2018.

PEREIRA, Sindy Roberta et al. A ciência do cuidado e a humanização em urgência e emergência. **Revista Gestão e Saúde**, v. 22, n. 2, p. 111-124. 2020. ISSN 1984 – 8153. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/fileaeb6da40c633cb159b4078b9065fa711.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2021.

PINTO, Rodrigo Serpa; STOCKER, Tainá; LIMA, Tania Marisa de Lima. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde**. v. 8, n. 2, p. 127-136, mai./ago. 2019. DOI:10.5585/rgss.v8i2.14922. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/d51f087ec8975255d715ac05212cd488/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037575>. Acesso em: 18 ago. 2021.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, Patricia; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2018.

PRÉVE, Altamiro Damian; MORITZ, Gilberto de Oliveira; PEREIRA, Maurício Fernandes. **Organização, Processos e Tomada de Decisão**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, Brasília, 2010. Disponível em:

ad.uepb.edu.br/arquivos/licitacao\_livros\_admpub/07-organiza%E7%E3o%20processos%20e%20tomada%20de%20decis%F5es/Livro\_grafica%20organiza%E7%E3o%20de%20processos%20e%20tomada%20de%20decis%E3o.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

PRUDÊNCIO, Celine Pinheiro Gordo et al. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 01-10, abr/jun. 2016. Disponível em: [https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/14917/pdf\\_46](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/14917/pdf_46). Acesso em: 20 nov. 2019.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção; SILVA, Ludmila Pinheiro da; LIMA, Maria Luzia Silva. Conhecimento do infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. **Rev Enferm UFPI**, v. 5, n. 4, p. 63-8. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5546/pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 4. ed. reimpr. São Paulo: Atlas, 2017.

RONCALLI, Aline Alves et al. Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em unidade de pronto atendimento. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 04, p. 1743-1751, abr. 2017. DOI: DOI: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201724. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/15246/18030>. Acesso em: 20 nov. 2018

ROSSANEIS, Mariana Ângela et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 648-56, 2011. ISSN: 1518-1944. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n4/pdf/v13n4a08.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a08.pdf). Acesso em: 15 ago. 2021

SABAN, Mor et al. Round-off decision-making: Why do triage nurses assign STEMI patients with an average priority? **International Emergency Nursing**, v. 43, p. 34-39, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj>. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X18300910?via%3Dihub>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SACOMAN, Thiago Marchi et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Rev.Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 354-367, abr-jun. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912105. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nSqT5yZ4vQnB6BRzCZwDn6y/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

SANTOS, José Luís Guedes dos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Processo de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 695-702. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0923>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n4/v32n4a09.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SERVIN, Santiago Cirilo Noguera et al. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**. Política Municipal de Humanização. Prefeitura de São Luís – Maranhão, 2010.

Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf).

Acesso em: 17 ago. 2021.

SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Protocolo Estadual de Classificação de Risco / SESAB**. Protocolo elaborado com base no Protocolo de Manchester. p. 01- 54, 2014. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/protocolo\\_classificacaoderisco\\_jun\\_2017.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/protocolo_classificacaoderisco_jun_2017.pdf). Acesso em: 15 out. 2019.

SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano estadual de saúde 2020 – 2023**. p. 01-269, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/PES-2020-2023.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SILVA, Franciely Oliveira; SILVA, Wédja Mondeiro; FERNANDES, Gisleide Carvalho Góes. Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. **Ensaio USF**, v. 2, n. 1, p. 1-13, 2017. Disponível em: <http://ensaios.usf.edu.br/ensaios/article/view/16>. Acesso em: 31 out. 2021

SIMON, Herbert Alexander. **A capacidade de decisão e liderança**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1963.

SIMON. Hebert Alexander. **The shape of automation: for men and management**. New York: Harper & Row, 1965.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. **Prefeitura de Salvador**. 2016. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/noticias/>. Acesso em: 15 nov 2019.

SOARES, Tânia Catarina Sobral et al. Perfil dos usuários atendidos na sala vermelha de uma unidade de pronto atendimento 24h. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 12, dez. 2016. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201625. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11531>. Acesso em: 19 ago. 2021.

STONER, James. A. F; FREEMAN, Edward R. **Administração**. Tradução Alves Calado. Revisão de conteúdo Agrícola de Souza Bethlem. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

TEIXEIRA, Antônio Fernando de Jesus et al. Atuação da equipe de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Rev Cienc Enferm**, v. 8, n. 1, p. 300-309, 2015. Disponível em: <https://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015185545.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

TOREN Orly, WAGNER Nurith. Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma. **Nurs Ethics**, v. 17 n. 3, p. 393-402, mai. 2010. Disponível em: 10.1177/0969733009355106. Acesso em: 18 ago. 2021.

VIEIRA, Aline Costa et al. Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001830014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/mSMWg7qcHr9Frq6kNFTd4VG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

VIETTA, Edna Paciência. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórica-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 3, n. 1, p. 31-43, jan. 1995. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691995000100004>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n1/v3n1a04.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Deliberação**: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica na atenção básica. Livre-docência. São Paulo: EEUSP, 2010.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Rev. bioét**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 389-396, set-dez. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-8042201300030000>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a02v21n3.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

ZORZAL, Luciene Gonçalves da Costa. Níveis de estresse entre enfermeiros na Classificação de Risco em hospitais estaduais do Espírito Santo. **Rev Enferm. Foco**, v. 11, p. 131-135, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2882/717>. Acesso em 30 jun. 2021.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**Título do Projeto de Pesquisa:** Tomada de decisões de Enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento. **Número do Projeto de Pesquisa:** 4.746.740

**Local da Coleta de Dados:** Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Salvador, Bahia.

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem, UFBA.

**Pesquisadores Responsáveis:** Kelly Cruz Pimentel Sampaio (e-mail: kellycpsampaio@gmail.com) e Darci de Oliveira Santa Rosa (orientadora/corresponsável pela pesquisa) (e-mail: darcisantarosa@gmail.com)

**CEP da Escola de Enfermagem da UFBA:** Rua Basílio da Gama S/N, 4º andar, Bairro: Canela. Salvador-Bahia, CEP 40110-907. Telefone (071) 3283-7615. E-mail cepee.ufba@ufba.br

Prezado(a) enfermeiro(a), você está sendo convidado(a) para participar da nossa pesquisa intitulada: “Tomada de decisão de Enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento”, que tem por objetivo geral analisar o processo de tomada de decisão da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento. Informamos para seu esclarecimento o seguinte:

- a) O estudo tem abordagem qualitativa e a coleta de dados será por meio de questionário com preenchimento online na Plataforma Google Forms.
- b) Caso você decida participar, sua participação envolverá responder ao questionário online composto de duas partes: 1) caracterização dos participantes da pesquisa; 2) tomada de decisão da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento (questões fechadas e abertas).
- c) O acesso ao questionário será feito por meio de um link que está sendo disponibilizado, aos possíveis participantes via e-mail e/ou WhatsApp, de forma individual para evitar sua identificação, bem como a visualização dos seus contatos por outras pessoas.

- d) A participação nesta pesquisa é voluntária, portanto, não inclui nenhuma forma de remuneração e também não haverá despesas para você e nem para a instituição na qual você trabalha.
- e) Mesmo decidindo participar, você terá o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento e em qualquer etapa da pesquisa e caso recuse participar, mesmo após ter enviado o questionário online, não haverá nenhum prejuízo no seu atendimento como usuário dos serviços de saúde e nem quanto ao seu vínculo empregatício.
- f) Como as respostas ao questionário serão por meio virtual e não terá identificação do questionário de cada participantes, torna-se um dificultador excluir o questionário no caso de desistência. Todavia, sugerimos que após o envio, você anote o dia e o horário que enviou e entre em contato com as pesquisadoras, pois podemos acessar o questionário, por meio dessas informações e após checar com você algumas das respostas para ter certeza de que foi seu formulário e excluí-lo.
- g) As suas respostas ao questionário online serão resguardadas com sigilo e anonimato em todas as etapas da pesquisa, ainda que você desista ou retire seu consentimento, não haverá sanção.
- h) Para resguardar o sigilo e o anonimato dos participantes será utilizado uma codificação específica (número de ordem e questionário) para cada participante e somente as pesquisadoras responsáveis terão acesso a esses dados.
- i) Durante a resposta do questionário, existe o risco de alguma pergunta lhe causar desconforto, constrangimento ou indisposição. Caso sinta-se desconfortável ou constrangido (a), estaremos à sua disposição para devidos esclarecimentos e suporte emocional, caso seja necessário. Caso desista de participar da pesquisa, será enviada, por nós, a resposta de ciência do seu interesse de retirar seu consentimento de participação.
- j) Por se tratar de pesquisa desenvolvida em meio online, há os riscos característicos do ambiente virtual, por exemplo, vazamento de informação e sequestro de informações. Para minimizar essas ocorrências, serão tomadas as seguintes providências: cada participante terá uma codificação específica (número de ordem e questionário); as perguntas do questionário não possuem informações que possam identificar registros pessoais dos participantes (nº de RG, nº de CPF, data de nascimento, nome completo, telefone, e-mail, entre outros.); o link do questionário será enviado de forma individual para cada participante via e-mail e/ou WhatsApp, conforme sua preferência; após a resposta ao questionário, como medida de segurança, será feito o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

- k) Você terá o tempo necessário para responder ao questionário, sem nenhum prazo ou tempo para resposta de cada pergunta, e caso a internet fique indisponível no momento da realização, você poderá responder novamente, sem nenhum prejuízo de informações.
- l) Caso sofra algum prejuízo com relação a sua participação neste estudo, você poderá receber assistência, sem nenhum custeio, pelo tempo necessário, após o encerramento da pesquisa ou se a mesma for interrompida, com direito à indenização, se for o caso. Bem como, você poderá buscar qualquer tipo de esclarecimento acerca do andamento da pesquisa ou sobre as formas pelas quais ela está sendo divulgada.
- m) Com relação aos benefícios do estudo, pretende-se contribuir com informações a (o) s enfermeiras (os) para uma tomada de decisão segura, ética e precisa nos cuidados prestados aos pacientes no Acolhimento com Classificação de Risco, na qual visa melhoria no atendimento da clientela, bem como suporte para políticas públicas de atendimento no ACCR.
- n) Para concretizar os benefícios do estudo, pretende-se realizar a divulgação dos resultados no grupo de pesquisa EXERCE (Estudos e Pesquisas sobre Educação, Ética/bioética e Exercício da Enfermagem), na defesa da dissertação, em revistas científicas e em congressos, sempre resguardando o sigilo e o anonimato dos participantes da pesquisa. Como devolutiva pela participação no estudo, será agendado uma data com a coordenação de enfermagem para apresentação dos resultados aos participantes.
- o) Nós guardaremos os registros de cada participante no banco de dados do grupo EXERCE e somente as pesquisadoras terão acesso às informações e após o período de 05 anos estes dados serão excluídos.

Após as informações acima, caso sinta-se satisfatoriamente esclarecido(a) e aceite participar da pesquisa, basta assinalar o “de acordo” em participar da pesquisa. Você terá acesso a uma cópia do TCLE, ao clicar no link que dá acesso a ele, e deverá guardá-lo consigo. Esse TCLE foi aprovado pelo CEP da Escola de Enfermagem da UFBA. Após o aceite do TCLE e recebimento da cópia do mesmo, você poderá dar início ao preenchimento do questionário.

As pesquisadoras estarão à disposição para elucidar quaisquer dúvidas que possam ocorrer antes, durante e após a pesquisa, basta entrar em contato, por meio dos contatos disponibilizados.

Desde já, agradecemos a sua participação.

Não concordo em participar da pesquisa.

Após leitura do TCLE e compreendido todas as informações, sinto-me suficientemente esclarecido(a). Dessa forma, estou expressando o meu “de acordo” com minha participação na

pesquisa intitulada “Tomada de decisões de Enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade em Pronto Atendimento”.

**Link para acesso ao TCLE:**

[https://drive.google.com/file/d/1UFnA7T7Z1lkw\\_x0kuQzXA2lASW5i0FaG/view](https://drive.google.com/file/d/1UFnA7T7Z1lkw_x0kuQzXA2lASW5i0FaG/view)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**APÊNDICE B** – Instrumento de coleta de dados

**Título do Questionário:** Tomada de decisões de Enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento.

Esta pesquisa foi divulgada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia(UFBA), Salvador, Bahia, Brasil, com o número de registro: 4.746.740. CAAE Nº 44202721.0.0000.5531.

Prezado(a) Enfermeiro(a)

O presente questionário foi elaborado com o intuito de analisar o processo de tomada de decisão da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento. Esse instrumento faz parte da pesquisa intitulada: “Tomada de decisões de Enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento” a qual está sendo realizada pelas pesquisadoras Kelly Cruz Pimentel Sampaio (E-mail: kellycpsampaio@gmail.com) e Darci de Oliveira Santa Rosa (orientadora) (E-mail: darcisantarosa@gmail.com).

Desta forma, o (a) convidamos para participar da nossa pesquisa, por meio da resposta das questões abaixo. Todas as informações coletadas irão respeitar o sigilo e o anonimato, tanto a você, quanto a instituição que faz parte. Se aceitar participar da nossa pesquisa, abaixo será disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que já foi aprovado pelo CEP da Escola de Enfermagem, UFBA.

Desde já, agradecemos a atenção que nos foi concedida. Você gostaria de continuar?

- Sim
- Não

**PARTE I – Caracterização das participantes da pesquisa****Formulário sociodemográfico:****1. Gênero:**

Feminino  Masculino.

**2. Idade (anos):**

- 18 a 28 anos  
 29 a 39 anos  
 40 a 50 anos  
 51 a 61 anos  
 Acima de 62 anos

**3. Cor autodeclarada:**  Branca  Amarela (oriental)  Parda  
 Origem indígena  Preta  Outra (Qual?)\_\_\_\_\_**4. Situação conjugal:**  Casado(a)  União Estável  Divorciada  Viúva  
 Solteira**5. Religião:**  Católico  Evangélico  Espírita  Outro (Qual?)\_\_\_\_\_.**Dados da vida acadêmica e profissional:****6. Ano de conclusão do bacharelado em Enfermagem:**\_\_\_\_\_.**7. Instituição formadora:**

- Pública  
 Privada

**8. Tempo de atuação profissional:**

- 01 a 05 anos  
 06 a 10 anos  
 11 a 15 anos  
 16 a 20 anos  
 Acima de 21 anos

**9. Tempo de atuação na instituição:**

- 01 a 02 anos  
 03 a 04 anos

05 anos

**10. Carga horária semanal:**

30 horas

36 horas

40 horas

44 horas

Outra: \_\_\_\_\_

**11. Qual a última vez que recebeu treinamento ou fez curso de aperfeiçoamento voltados para o ACCR (o ano): \_\_\_\_\_.**

**12. Tempo de experiência no ACCR?**

01 a 05 anos

06 a 10 anos

Acima de 10 anos

**13. Possui cursos de Pós-graduação na área de Enfermagem?**

Sim\*

Não

\*Caso a sua resposta para a pergunta anterior seja **SIM**, favor assinalar qual/quais o/os curso(s) de Pós-graduação em enfermagem (pode assinalar mais que uma opção):

Emergência

Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Obstetrícia

Gerenciamento e Gestão hospitalar

Centro Cirúrgico

Oncologia

Outro: \_\_\_\_\_

**14. Além dessa instituição, possui outro(s) vínculo(s) empregatícios que atua como enfermeiro (a)? Quantos?**

01

02

03

Não possuo outro vínculo empregatício como enfermeiro(a)

**15. Função:**

Assistencialista

gestora

coordenadora

outros - especificar se mais de uma \_\_\_\_.

**PARTE II– Tomada de decisão da enfermeira no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento.**

**16. As decisões são classificadas em “programadas e não-programadas”. Com relação ao seu atendimento no ACCR, assinale qual ou quais ocorrem na sua atuação: (pode selecionar mais que uma opção)**

As programadas são aquelas fundamentadas em diretrizes sistemáticas que direcionam à resolução do problema ou conflito.

As não programadas envolvem situações extraordinárias, sem composição ou protocolo pré-determinado, ficando sob a responsabilidade do profissional decidir com base na experiência, habilidade e capacidade indutiva, dedutiva e intuitiva, em qualquer esfera de trabalho.

**17. Com relação a sua tomada de decisão no ACCR, embasada no protocolo de Manchester, qual a cor mais utilizada na classificação do risco dos seus atendimentos?**

Branco

Azul

Verde

Amarelo

Laranja

Vermelho

**18. As decisões tomadas no ACCR emergem também as questões éticas. Enfermeiros dispõem de uma ampla gama de elementos que influenciam e determinam suas ações. Com base na sua prestação de cuidados no ACCR, dentre as 8 opções abaixo, assinale APENAS as 4 opções que você leva mais em conta para tomar uma decisão ética:**

Conhecimento Científico

Princípios bioéticos (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça)

Normativas do Ministério da Saúde ou Protocolos institucionais

Valores pessoais/ morais

Código de ética da profissão

Procedimentos técnicos

Contexto social ou institucional

Legislações Civil e/ou Penal

**19. Na UPA, a enfermeira atua realizando atividades que são interligadas para tomada de decisão eficaz. No ACCR, qual atividade você realiza com maior constância em seus atendimentos?**

assistir

administrar/gerenciar

ensinar

cuidar

outra (Qual?)\_\_\_\_\_.

**20. O que você considera importante para tomar decisões no atendimento ao usuário no ACCR?**

---

---

**21. Como você toma decisões no seu atendimento no ACCR?**

---

---

**22. Caso Clínico:** Paciente, deu entrada na UPA com quadro de dor retroesternal constritiva, em repouso, irradiada para MSE, acompanhada de sudorese e náusea. PA: 130/80 mmHg, FC:60 bpm, FR:20 mrpm, T: 36.3°C, SPO2: 95%. A enfermeira do ACCR de uma forma muito ríspida, alegando os sinais vitais do paciente estarem estáveis, o classificou com a cor verde e solicitou que o mesmo aguardasse na recepção para ser atendido pelo médico. O acompanhante questionou a avaliação realizada, mediante o quadro do paciente, porém a enfermeira não aceitou os questionamentos e mencionou que a profissional que tem o conhecimento para classificar era ela. Enquanto aguardava o atendimento na recepção o paciente evoluiu com piora do quadro, apresentando rebaixamento do nível de consciência, apneia e ausência de pulso, sendo encaminhado para sala vermelha.

**Diante do caso clínico acima, responda a pergunta:**

a) O que você levaria em conta para tomada de decisão com relação a situação descrita?

---

---

---

---

**ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP Nº. 4.746.740**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA - UFBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Tomada de decisão de Enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento

**Pesquisador:** KELLY CRUZ PIMENTEL SAMPAIO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44202721.0.0000.5531

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.746.740

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de apreciação de segunda versão de protocolo de pesquisa que abordará a tomada de decisão das enfermeiras em Unidades de Pronto Atendimento (UPA's). Essas enfermeiras configuram-se como profissionais que constantemente se deparam com situações conflituosas, que exigem uma tomada de decisão rápida e direcionada por se tratarem de usuários que, muitas vezes, apresentam instabilidade hemodinâmica e que necessitam de prioridade assistencial. Conforme descrito, a pesquisa terá um questionário online e será de caráter individual por meio de um formulário eletrônico do Google Forms. O Google Forms foi selecionado, por ser um formulário gratuito, além de possibilitar que o participante da pesquisa consiga acessar em qualquer local e horário e proporcionar maior celeridade na coleta de dados e análise dos resultados. Como meios de disponibilização do formulário, será o envio do link via e-mail, WhatsApp, e em caso do participante estiver impossibilitado de utilizar destes meios, pode ser disponibilizado por meio de outras redes sociais como Instagram ou Facebook. Porém esse link só será disponibilizado, após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da Escola de Enfermagem da UFBA(CEPEE-UFBA).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar o processo de tomada de decisão de enfermeiras no Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento.

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 4.746.740

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme descrito no Formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil:

**Riscos:**

"No presente projeto de pesquisa, no momento da aplicação do questionário, existe o risco de alguma pergunta causar desconforto ou incômodo, no qual o participante fica à vontade para deixar de responder as perguntas que lhe causar indisposição. Caso sofra algum prejuízo com relação a sua participação neste estudo, você poderá receber assistência, sem nenhum custeio, pelo tempo necessário."

**Benefícios:**

"Com relação aos benefícios do estudo, os resultados serão divulgados no grupo de pesquisa EXERCE, na defesa da dissertação, publicados em revistas científicas e em congressos, sempre resguardando o sigilo e o anonimato dos participantes da pesquisa. Além da pretensão de contribuir com informações a (o) s enfermeiras (os) para uma tomada de decisão segura, ética e precisa nos cuidados prestados aos pacientes no Acolhimento com Classificação de Risco."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com abordagem qualitativa. Os participantes serão 35 enfermeiras que atuam em uma UPA localizada na cidade do Salvador - Bahia. Como critérios de inclusão definiu-se: atuar na UPA há, no mínimo, um ano, transcorrido até o início do período de coleta dos dados, estar em pleno exercício de suas atividades laborais e atuar no ACCR.

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

Foram anexados 19 documentos ao protocolo de pesquisa na Plataforma Brasil, dos quais 06 são específicos desta segunda versão. Dentre eles, foi inserida carta ao CEP explicitando os ajustes realizados e também houve enserção do Termo de Anuência da SMS e da gerência da Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

**Recomendações:**

Apresentar, como notificação, via Plataforma Brasil, os relatórios parciais semestrais e final do projeto, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa, conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d.

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

Protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos emanados das resoluções 466/2012 e

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 41.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 4.746.740

510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, sugere-se parecer de aprovação "ad referendum".

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovação ad referendum, tendo em vista considerações prévias em reunião de Colegiado. Ressalta-se que, após realizar modificações atendendo às recomendações descritas no parecer consubstanciado 4.635.917, esta segunda versão do projeto atende aos princípios éticos e bioéticos emanados das Resoluções n.466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e ao ofício circular da CONEP: "Orientações para procedimentos em pesquisas em ambiente virtual", de 24 de fevereiro de 2021.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1703767.pdf	27/04/2021 17:17:54		Aceito
Outros	Comunicado_ajustes_realizados.pdf	27/04/2021 17:14:44	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_da_SMS_e_da_UPA.pdf	27/04/2021 17:11:01	KELLY CRUZ PIMENTEL SAMPAIO	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_Brochura_Pesquisa.pdf	27/04/2021 17:05:57	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/04/2021 17:02:31	KELLY CRUZ PIMENTEL SAMPAIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalha_Brochura_Pesquisador.pdf	27/04/2021 17:00:39	KELLY CRUZ PIMENTEL SAMPAIO	Aceito
Outros	Termo_Concordancia_Projeto.pdf	05/03/2021 11:51:39	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	05/03/2021 11:45:29	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Outros	Solicitacao_Anuencia_Campo.pdf	03/03/2021 17:32:38	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Outros	Solicitacao_Autorizacao_Pesquisa.pdf	03/03/2021 17:30:53	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_kelly_sampaio.pdf	03/03/2021 17:16:00	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Outros	Encaminhamento_projeto_P_Brasil.pdf	03/03/2021 17:13:38	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 41.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 4.746.740

Folha de Rosto	folha_De_Rosto.pdf	03/03/2021 17:11:29	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_de_dados.pdf	02/03/2021 21:30:50	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Outros	Termo_compromisso_pesquisador.pdf	02/03/2021 21:23:24	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Outros	Dec_Coleta_apos_Aprovacao.pdf	02/03/2021 21:22:27	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_autorizacao_EEUFBA.pdf	02/03/2021 21:20:33	KELLY CRUZ PIMENTEL SAMPAIO	Aceito
Orçamento	Orcamento_detalhado.pdf	02/03/2021 21:13:07	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito
Cronograma	Cronograma_Atividades.pdf	02/03/2021 21:10:23	KELLY CRUZ PIMENTEL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 31 de Maio de 2021

---

**Assinado por:**  
**Daniela Gomes dos Santos Biscarde**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 41.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br