**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

DÉBORA LUIZA DA SILVA

**A percepção do enfermeiro acerca de suas vivências no acolhimento com classificação de
risco**

**Ribeirão Preto
2018**

DÉBORA LUIZA DA SILVA

A percepção do enfermeiro acerca de suas vivências no acolhimento com classificação de risco

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Saberes e Práticas em Saúde Mental

Orientadora: Profª Drª Margarita Antonia Villar Luis

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Débora Luiza da

A percepção do enfermeiro acerca de suas vivências no acolhimento com classificação de risco. Ribeirão Preto, 2018.

p. 87 : il. ; 30 cm

Dissertação, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, para obtenção do título de Mestre em enfermagem pelo programa de pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica

Orientador: Margarita Antonia Villar Luis.

1. Classificação de risco. 2. acolhimento. 3. Prazer-sofrimento. 4. Enfermeiro. 5. Urgência.

Nome: Silva, Débora Luiza da

Título: A percepção do enfermeiro acerca de suas vivências no acolhimento com classificação de risco.

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus que permitiu que eu chegasse até aqui me dando força a cada momento. A minha família, que esteve ao meu lado durante esse árduo percurso, ao meu pai José Carlos, que sempre me estimulou a buscar conhecimento, ao meu irmão Douglas Luis da Silva, que tem sido meu exemplo e companheiro nessa caminhada e especialmente a minha mãe, que esteve ao meu lado em cada momento, cada lagrima, cada quilômetro das viagens semanais até Ribeirão Preto, e que mesmo nas suas dificuldades esteve comigo com paciência e muito amor para suportar meus momentos de exaustão. Dedico também ao meu namorado no percurso e marido na chegada, Eder Tadeu (Edinho) por todo apoio, amor e paciência com tudo o que vivemos nesses últimos anos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço novamente a minha família pela força, amor e carinho despendido ao longo da minha trajetória na enfermagem. a minha tia Silvana através do exemplo de profissional, me fez escolher a Enfermagem, profissão essa que me faz feliz e realizada.

A minha querida Orientadora Prof^a Dr^a Margarita Antonia Villar Luis, pelos ensinamentos ao longo da minha caminhada, pelos conselhos, tempo dispendido em minhas orientações, por compreender minhas limitações.

As professoras doutoras Maria Célia Barcellos Dalri e Kelly Graziani Glacchero Vedana, pelas contribuições a este no exame de qualificação e para minha formação.

Aos professores Luis Jorge Pedrão, Adriana Miasso, Jacqueline de Souza, Adriana Katia, Maria José Clapis pelos ensinamentos ao longo do caminho na pós-graduação.

As minhas amigas Ana Carolina Silva Teles e Lóris Prado da Cruz pelo companheirismo de sempre, pelo incentivo para que eu iniciasse esse trabalho e pelas palavras que tantas vezes me tranquilizaram ao longo do percurso.

Aos meus colegas de trabalho da Escola Técnica José Dagnoni, Centro Paula Souza que me deram apoio pelos incentivos, compreensão para a realização desse trabalho.

Aos enfermeiros participantes desse estudo: obrigada pela compreensão e disponibilidade.

E por fim, A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica pela possibilidade de realização desse trabalho.

“O trabalho é, na maioria das vezes, o pai do prazer”.
(Voltaire)

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar as percepções de enfermeiros no trabalho ao aplicar a classificação de risco em serviços de Urgência e Emergência, verificar o contexto de trabalho desses enfermeiros e avaliar indicadores de desgaste, valorização e reconhecimento. Método: Estudo quantitativo descritivo do tipo estudo de caso realizado em 4 serviços de Pronto Atendimento, participaram uma amostra de 33 enfermeiros. Coleta de dados, através observação participante (consulta a documentos, conversas informais com enfermeiros e a observação propriamente dita). Além de aplicação do instrumento EIPST (Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho) construída no Brasil por Mendes (2001) com objetivo de avaliar os fatores de Desgaste, valorização e reconhecimento. Resultados. Todos os casos conheciam o Protocolo de Classificação de Risco (PCR), porém não se verificou a padronização preconizada. O registro dos atendimentos realizados na PCR foi falho devido carência ou mau funcionamento de insumos (computadores); as instalações mostraram ser inadequadas em termos de ambiência (acolhimento dos pacientes e à realização do trabalho); os tempos de espera por atendimento médico após a PCR foram demorados (média de três horas para qualquer tipo de ficha). Dos enfermeiros destacam-se que poucos possuíam especialização em urgência e emergência, embora atuassem nos locais há um tempo considerável (média de 7,9 anos). E quanto ao trabalho executado (72,73% dos enfermeiros) relataram que rotineiramente estendem sua carga horária de trabalho. O fator valorização foi o que indicou diferenças significativas em relação ao desgaste e reconhecimento. Porém, os fatores valorização e Reconhecimento se mostraram próximos da média estipulada pela escala. O fator desgaste apresentou menor escore, embora enfermeiros possam estar em situações de desgaste em pequeno grau, pois na correlação entre o fator desgaste e esforços físico (81,25%) e mental (69,88%), houve resultados estatisticamente significantes. Além disso a maioria (87,88%) consideraram sua atividade repetitiva. Também mais da metade (60,61%) percebeu a supervisão do seu trabalho inadequada. Destaca-se o desgaste ocasionado pelo trabalho noturno, pela dupla jornada de trabalho através da correlação desgaste e carga horária estendida e ter outro vínculo empregatício. Mostraram escore de indicadores de valorização significativamente superior os enfermeiros submetidos a novas tarefas, assim como os que receberam treinamento para executar as suas tarefas e o consideraram adequado. Quanto ao reconhecimento, os que trabalhavam à tarde apresentaram escores significativamente superiores de reconhecimento em relação aos que trabalhavam à noite. Também os que perceberam a supervisão como adequada, apresentaram escores de reconhecimento significativamente superiores. Conclusão. O material coletado e analisado permitiu conhecer e compreender a realidade de uma amostra de enfermeiros de serviços de Urgência e Emergência, suas peculiaridades, deficiências ou limitações e os componentes do seu trabalho geradores de desgaste, favorecedores da valorização e reconhecimento. Melhoras devem ocorrer para a aplicação da PCR pois não há padronização na aplicação, além dos espaços e insumos para a sua realização não se mostrarem adequados para os profissionais e pacientes.

Palavras chave: Classificação de risco; acolhimento; Prazer-sofrimento; Enfermeiro; Urgência.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the perceptions of nurses at work when applying the classification of risk in and Emergency services, verify the work context of these nurses and evaluate indicators of wear, recovery and recognition. Methods: A quantitative descriptive study of the type of case study carried out in 4 emergency services, participated a sample of 33 nurses. Data collection through participant observation (query documents, informal conversations with nurses, and the observation itself) In addition to applying the instrument the Scale of Pleasure and Suffering at Work, built in Brazil by Mendes (2001) with the objective of evaluating the factors of Wear, valorization and recognition. Results: All cases were familiar with the Risk Classification Protocol (RCP) but the recommended standardization was not verified. The registry of the consultations realized in the PCR was flawed due to lack or poor functioning of inputs (Computers). Facilities proved to be inadequate in terms of ambience (patient care and the performance of work); the waiting times for medical care after the RCP were delayed (average of three hours for any type of card); Of the nurses, it should be noted that few had specialization in emergency and emergency, although they have acted locally for a considerable time (average of 7.9 years) Regarding the work performed (72.73% of the nurses). reported that they routinely extend their workload. The valorization factor indicated significant differences in wear and recognition. However, the valuation and recognition factors were close to the mean stipulated by the scale. Wear factor presented lower score, although nurses may be in low-grade wear situations, because in the correlation between the wear factor and physical (81.25%) and mental (69.88%) efforts, there were statistically significant results. In addition, the majority (87.88%) considered their activity repetitive. Also, more than half (60.61%) perceived the supervision of their work inadequate. Emphasis is given to wear and tear caused by night work, by double working hours through the correlation of wear and extended working hours and having another employment relationship. They showed a significantly higher score for nurses who underwent new tasks, as well as those trained to perform their tasks and considered it appropriate. As for recognition, those who worked in the afternoon presented significantly higher scores of recognition than those who worked at night. Also those who perceived supervision as adequate presented significantly higher recognition scores, Conclusion: The material collected and analyzed allowed to know and understand the reality of a sample of emergency and emergency services nurses, their peculiarities, deficiencies or limitations and the components of their work that generate wear, favoring the recovery and recognition. Improvements must occur for the application of RCP since there is no standardization in the application beyond the spaces and inputs for its realization not to be adequate for professionals and patients.

Keywords: Classification of risk; Reception; Pleasure-suffering; Nurse; Urgency.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
EIPST	Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual das variáveis de caracterização amostral

Tabela 2 - Percentual das variáveis referentes aos dados profissionais dos enfermeiros

Tabela 3- Estatísticas descritivas de algumas variáveis contínuas referentes aos dados profissionais

Tabela 4 - Estatísticas descritivas dos indicadores do instrumento aplicado para avaliação dos enfermeiros do estudo

Tabela 5 – Média $\pm$ desvio padrão dos escores dos indicadores em relação a algumas variáveis categóricas

Tabela 6 - Coeficientes de correlação de Spearman (valores P) para a correlação dos escores dos três indicadores em relação a algumas variáveis contínuas de interesse

Tabela 7 - Coeficientes alfa de Cronbach para os indicadores do instrumento avaliado para os enfermeiros participantes do estudo

Sumário

1. Introdução	12
1.1. Redes de Atenção à Saúde	14
1.2. Rede de Atenção às Urgências.....	14
1.3. Política Nacional de Humanização	15
1.4. Acolhimento.....	15
2. Referencial Teórico.....	18
2.1. Carga de Trabalho.....	20
2.2. O Sofrimento no Trabalho	20
3. Objetivo geral:	24
4. Método:.....	25
4.1. Delimitação da unidade caso	26
4.2. Participantes:.....	26
4.3. Coleta de Dados: Estratégias e instrumentos	26
4.4. Formulário de caracterização dos enfermeiros	28
4.5. Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento	28
4.6. Procedimento	32
4.7. Seleção e interpretação dos dados.....	32
5. Resultados	33
6. Discussão	65
7. Considerações Finais	72
Referências	75
Apêndice:.....	81
Formulário Sócio-Demográfico	81
Anexo I	86

1. Introdução:

O uso de protocolos pelo enfermeiro que atua no acolhimento com Classificação de Risco oferece respaldo legal para a tomada de decisões no momento de classificar o paciente (SOUZA, 2011).

Os primeiros protocolos de classificação de risco surgiram a partir da necessidade de classificar os pacientes em urgentes e não urgentes em situações com múltiplas vítimas, principalmente em períodos de guerra. Os primeiros registros de sua utilização, datam de 1800, na França, quando nos campos de batalha era preciso priorizar o atendimento as vítimas que necessitavam de tratamento cirúrgico (ROBERTSON-STELL, 2006).

A partir do desenvolvimento da medicina, alguns protocolos foram surgindo nos Estados Unidos e na Europa. Os primeiros objetivavam classificar os pacientes no âmbito pré-hospitalar para direcionar o usuário para o serviço adequado de acordo com sua necessidade. Posteriormente foram criados sistemas que realizavam uma pré-avaliação clínica do paciente e em um terceiro momento houve a criação da Triage nos serviços de emergência (ROBERTSON-STELL, 2006).

A maioria dos protocolos de classificação de Risco são formulados em cinco níveis de gravidade. Sendo alguns exemplos: Australian Triage System (Austrália), Maschester Triage System (Reino Unido), Canadian Triage and Acuity Scale (Canadá), e Emergency Severity Index (Estados Unidos da América) (PARENTI, 2014);

O Australian Triage System é um protocolo que surgiu através da revisão do protocolo National Triage System, em 1993, e consiste em cinco categorias de gravidade que avalia a história do paciente, sinais e sintomas que indicam a gravidade e também o tempo máximo que o paciente pode esperar por atendimento (HODGE, 2012)

Na maioria dos hospitais australianos são utilizados sistemas eletrônicos onde são incluídos os dados como nome, idade, anamnese, presença ou não de alergias, nível de dor e sinais vitais. As cinco categorias são: 1 - Risco imediato a vida (Avaliação médica imediata); 2 - Risco iminente a vida (avaliação médica em <10 min); 3- potencial risco de vida (Urgência) (avaliação médica em até 30 min); 4- Situação de potencial urgência ou de complicações/gravidade importante (atendimento médico em até 60 min); 5 – Menos urgente ou problemas clinico administrativos (avaliação médica em até 120 min) (HODGE, 2012; PIRES, 2003).

O Canadian Triage and Acuity Scale (Canadá) foi publicado em 1999, através da adaptação da escala Australiana para a realidade canadense e também consiste em cinco categorias: 1-

Situações de risco a vida ou com sinais iminentes de risco de deterioração do quadro clínico; 2- Emergência; 3- Urgência; 4- Semi-urgência; e 5- Não urgência. (Pires, 2003; Bullard, 2014).

Esse protocolo preconiza uma breve entrevista que deve ter de 2 a 5 minutos de duração. Os sinais vitais são verificados de acordo com a queixa ou se o tempo permitir. Todos os pacientes classificados na Categoria 1 ou 2, devem ser encaminhados para a área de tratamento imediatamente, sendo essa uma responsabilidade do enfermeiro responsável pela triagem (CTAS, 2018).

Os dados que devem ser colhidos durante a aplicação da Canadian Triage and Acuity Scale são a data e hora da realização da triagem; nome do enfermeiro; início dos sintomas; dados da observação; categoria da triagem; localização no departamento; Alergias; medicações; primeiras intervenções, diagnóstico e Reavaliação (CTAS, 2018).

O protocolo Emergency Severity Index foi desenvolvido nos Estados Unidos em 2000 pelos médicos Richard Wuerz e David Eitel que acreditavam que a triagem deveria ser mais do que um instrumento para determinar a prioridade dos atendimentos. Para eles os enfermeiros devem classificar os pacientes de acordo com a gravidade e avaliar quais os recursos necessários até o fim do atendimento (admissão, Alta ou transferência). A diferença entre esse protocolo e os outros citados no presente estudo é que ele não possui um tempo pré-determinado para realizar os atendimentos nas diferentes categorias. As categorias são divididas da seguinte forma: do nível 1 a 5, em que o nível um requer grande quantidade de recursos tecnológicos (RX, ultrassom, terapia intensiva) e nível 5 nenhum recurso (GILBOY, 2011)

O Triage Manchester System, criado no Reino Unido em 1997, por Mackway- Jones com o objetivo de avaliar clinicamente as queixas do paciente e classificá-lo de acordo com as seguintes cores: Emergência (Vermelho – Atendimento Imediato), Muito Urgente (Laranja – Atendimento em até 10 min), Urgente (Amarelo – atendimento em até 60), Verde (pouco urgente – atendimento em 120 min) e azul (Não Urgente – atendimento em até 240). O protocolo de Manchester contém 52 fluxogramas baseados nas queixas mais comuns nas unidades de urgência e emergência (Olofsson, 2009). Assim o paciente relata qual sua queixa naquele momento e o enfermeiro escolhe no sistema um fluxograma que se aproxima da mesma e o sistema direciona quais as informações necessárias e qual a classificação desse usuário (Christ, 2010).

No Brasil, os pioneiros na implantação do Triage Manchester System foi o estado de Minas Gerais e antes de sua implantação foi verificada a viabilidade de aplicação para a realidade

brasileira, porém não existem muitos estudos que avaliem das diferenças entre os protocolos locais e o de Manchester. (SOUZA, 2010)

1.1. Redes de Atenção à Saúde

Para entender como a classificação de risco funciona no Brasil é importante conhecer o funcionamento da Rede de Atendimento as Urgências no país.

Com o objetivo de minimizar a fragmentação dos serviços de saúde no Brasil, o ministério da saúde normatizou a Portaria que instituiu as redes de atenção à saúde (RAS), com a finalidade de reorganizar os serviços de saúde, garantindo a integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2011).

Nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), os serviços devem se estruturar numa rede de pontos de assistência à saúde compostos por várias densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente de forma otimizada (BRASIL, 2011)

Consequentemente foi criada a Rede de Atenção as Urgências com o objetivo de melhorar o atendimento para pacientes em condições agudas de saúde. E para ser efetivo, os usuários devem ser distribuídos de acordo com sua necessidade de saúde, ou seja, aquele com grau de risco menor, deve ser atendido em um serviço de menor complexidade (BRASIL, 2011).

Com o aumento da demanda por atendimento em decorrência do aumento da violência, número de acidentes e rede de assistência à saúde ineficiente, foi reformulada a Política Nacional de Atendimento as Urgências com o objetivo de ordenar o atendimento as urgências e emergências preconizando o acolhimento dos usuários nas unidades de saúde com atendimento qualificado e resolutivo.

A portaria nº 1.600 de 2011, tem como diretriz a ampliação do acesso e acolhimento de todos os casos agudos contemplando a classificação de risco e intervenção necessária aos diferentes agravos. Assim, o acolhimento com classificação de risco constitui uma das bases fundamentais dos fluxos assistências da Política nacional de Atendimento as urgências. (BRASIL, 2011).

1.2. Rede de Atenção às Urgências

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam a demanda e funcionem como retaguarda para os outros serviços de atendimento de urgência e emergência de menor complexidade e assim a política

preconiza a humanização da atenção, atendimento baseado em prioridades mediante classificação de risco, segundo a gravidade de cada usuário (BRASIL, 2011).

A Rede de urgências é composta pelos serviços de promoção e prevenção a saúde, atenção básica em saúde, atenção básica em saúde, Serviço de atendimento móvel de urgência, sala de estabilização, Força nacional de saúde do SUS, Unidades de pronto atendimento, e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, hospitalar e domiciliar (BRASIL, 2011).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) é um serviço de complexidade intermediária, criada com o objetivo de reduzir a demanda de usuários nas unidades de emergência dos hospitais e como pressuposto devem prestar atendimento resolutivo aos pacientes com quadros agudos sejam eles clínicos ou traumáticos realizando estabilização e início da investigação diagnóstica até o encaminhamento para serviços hospitalares. Os hospitais são as portas hospitalares de urgências, compostas por retaguardas, leitos intensivos, serviços diagnósticos e linhas de cuidados prioritários. (BRASIL, 2011; PAIM, 2011).

1.3. Política Nacional de Humanização

Em 2003 o ministério saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) com a proposta de colocar em prática os princípios do SUS, proporcionando mudanças no processo de gerir e cuidar com a participação dos trabalhadores, gestores e usuários na produção e gestão do cuidado (BRASIL, 2013).

Essa inclusão ocorre a partir dos conflitos gerados pelas diferenças entre os atores desse processo. Os trabalhadores atuando ativamente da gestão se tornam fundamentais para a reinvenção dos processos de trabalho. Os usuários e sua rede de apoio se transformam em recursos que favorecem a corresponsabilização pelo seu próprio cuidado (BRASIL, 2009).

A PNH deve ter como um princípio fundamental a Transversalidade e deve estar presente em todas as políticas e programas do SUS, transformando as relações de contato e comunicação entre as diferentes esferas, através do reconhecimento das diversas especialidades e práticas de saúde (BRASIL, 2009).

1.4. Acolhimento

Acolher pressupõe um ato em que se reconhece a necessidade de saúde do outro, ato esse que sustenta a relação entre equipe de saúde e usuário. O acolhimento acontece de forma

coletiva quando o trabalhador oferece uma escuta qualificada através de uma relação de confiança, compromisso e vínculo e garante assim, o acesso aos usuários as tecnologias adequadas para suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2009).

Constitui uma forma de atender demandas dos que procuram os serviços de saúde ao ouvir as solicitações, mostrar uma postura de acolher e oferecer as respostas mais adequadas a cada usuário com vistas a proporcionar um atendimento resolutivo, oferecendo orientações a família e interessado (paciente) sobre a continuação da assistência de saúde. Um aspecto importante para garantir a efetividade dos encaminhamentos é a articulação com outros serviços (BRASIL, 2004)

Com frequência o acolhimento em unidades de emergência é visto como uma postura de bondade sendo atitude voluntaria de alguns profissionais de saúde ou também, como uma recepção do usuário na unidade em ambiente confortável e até mesmo como uma ação de triagem realizada pela enfermagem para selecionar quem será atendido por ordem de chegada. Tais ações realizadas isoladamente transformam o acolhimento em um ato descomprometido com os processos de responsabilização da equipe de saúde e formação de vínculo (BRASIL, 2009).

Para a construção de um sentido para o acolhimento nas portas de entrada temos que considerar o acolhimento como parte do processo de produção em saúde e deve ocorrer através da realização das diretrizes do PNH: Clínica Ampliada; Cogestão; Ambiência e Valorização do trabalho em saúde. (BRASIL, 2009)

A Classificação de Risco é uma ferramenta que propõe diminuir as filas de espera por meio do atendimento imediato ao usuário com grau de risco elevado, e após avaliação realizada pelo enfermeiro, explicar para suas famílias sobre o tempo de espera até o atendimento médico. Auxilia a promover o trabalho em equipe oferecendo melhores condições de trabalho através da discussão da ambiência e implantação de um cuidado horizontal, aumentando a satisfação dos usuários do serviço possibilitando a pactuação e construção de redes de atendimentos, ou seja, a Classificação de risco não é uma atividade isolada. Ela necessita de esforço dos envolvidos para a criação de vínculos com uma rede de urgência e emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel promovendo a reinserção do usuário no sistema de saúde. (BRASIL, 2009).

A Classificação de Risco é realizada por Enfermeiro e se baseia em consenso realizado juntamente com equipe médica para avaliar o grau de risco de cada paciente. Os protocolos de

classificação de risco sistematizam a avaliação do paciente e devem sempre ter o respaldo do profissional médico (BRASIL, 2009).

O problema de superlotação nos serviços de urgência e emergência, não são exclusivos do sistema de saúde brasileiro. Há evidências que esse é um fenômeno mundial que ocorre devido à procura dos serviços de pronto atendimento por pacientes com casos não urgentes, às doenças sazonais, escassez de funcionários e leitos insuficientes. Em consequência há o aumento na mortalidade por demora no atendimento, atrasos no tratamento e aumento dos custos hospitalares (HOOT, 2008).

Ser o responsável pela classificação de risco, constitui uma atividade a mais, que não libera o enfermeiro de envolver-se em outros cuidados diretos ao paciente, além das outras atividades administrativas. Esse acréscimo nas atribuições do enfermeiro pode interferir na sua satisfação no trabalho quando aliado a superlotação, e a não efetividade dos outros níveis da assistência. Tal contexto sobrecarrega esse profissional, levam-no ao seu esgotamento, e a manifestação de sinais e sintomas de estresse. (ZANELATTO, 2010).

A pressão exercida pela superlotação dos serviços de saúde também afeta a população, pois impede que os usuários recebam assistência integral; o cuidado centra-se em ações imediatistas e específicas baseadas nas queixas apresentadas. Esses problemas acarretam a descontinuidade da assistência e agravam a saúde, e pacientes em situações crônicas, que deveriam ser acompanhados nas unidades básicas de saúde, terminam nas filas dos serviços destinados a atendimentos de emergência. (DAL PAI, 2011).

Quando o usuário procura o serviço de saúde, tem a expectativa de ser atendido imediatamente para alívio de sua dor, do sofrimento e do medo da morte, tendo como dimensão temporal o agora. A tensão gerada pelo problema de saúde desse usuário faz surgir manifestações de violência sejam elas físicas ou verbais (COSTA, 2006)

Para os trabalhadores da saúde a superlotação gera conflitos e insatisfação devido à sobrecarga de trabalho que gera relações tensionadas tanto com colegas como com usuários. Caracteriza-se uma situação de alerta a saúde desses trabalhadores, pois quando o trabalho não atinge os objetivos propostos fere a identidade do trabalhador (DAL PAI, 2011).

Assim levando em consideração os fatores que influenciam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de urgência e a escassez de estudos sobre o sofrimento vivenciado por esses profissionais na classificação de risco, foi identificada a necessidade de investigação do tema para evidenciar como os enfermeiros que atuam na classificação de risco percebem o seu trabalho.

2. Referencial Teórico

As condições adversas originadas pelo ambiente físico e pelo ambiente psicossocial no qual se desenvolvem as atividades laborais, exigem que os indivíduos desenvolvam formas de enfrentamento que nem sempre repercutem em benefícios para a sua saúde, daí o possível aparecimento de manifestações de sofrimento; reações físicas e/ou emocionais associadas de alguma forma ao exercício do trabalho (SOUZA et al, 2015).

Estas respostas foram descritas em estudos com bases teóricas diferentes, sendo as teorias de estresse, psicodinâmica do Trabalho e Desgaste Mental (SELIGMANN-SILVA, 1995). A primeira vertente surgiu a partir dos estudos que se focalizaram na teoria do estresse e centrou-se nas respostas adaptativas do organismo, nos mecanismos fisiológicos; neurais, hormonais, imunes, sistêmicos de forma geral, que o organismo humano coloca em ação no intuito de gerar uma resposta integrada de enfrentamento capaz de reestabelecer o equilíbrio que foi afetado (Souza et al, 2015).

No início as pesquisas voltaram-se para a fisiopatologia decorrente dessa relação para na sequência dirigir-se à avaliação do estresse psicológico, cujo foco de análise são os julgamentos que a pessoa faz da sua capacidade de lidar com as demandas impostas por eventos ou experiências específicas, como o trabalho (COHEN et al., 1997). Tais julgamentos (teoria Transacional de estresse e formas de enfrentamento) baseiam-se em duas avaliações psicológicas: quando o indivíduo percebe e considera que um estímulo é nocivo (Primária) e quando avalia os seus recursos para o enfrentamento da situação (secundária) com vistas a eliminar ou minimizar os efeitos do agente estressor (FOLKMAN; LAZARUS 1984). Essa vertente privilegia a tipificação dos estressores, a demonstração e mensuração de seus efeitos através de testes e técnicas, enfim a quantificação dos fenômenos (os desvios, os déficits de parâmetros estabelecidos).

No Brasil as teorias cuja base é o estresse também se desenvolveram através de estudos, principalmente na área da saúde ocupacional. Entretanto, o estresse no trabalho revelou não ser um problema exclusivo de indivíduos que vivenciam situações graves. Pode ocorrer a partir de inúmeras situações diárias reais ou não. O Estresse é definido como uma resposta do organismo, fisiológica ou psicológica, causada quando o indivíduo se confronta com situações capazes de gerar irritação, medo ou confusão e até mesmo felicidade (LIPP, 1996).

Os eventos estressores são aqueles que alteram a homeostase interna e exigem adaptação do sujeito. E esse fator estressor não precisa ser negativo, basta que o indivíduo precise de energia para se adaptar a alguma mudança para apresentar sinais de estresse (LIPP, 1996).

Os processos de adaptação são comumente aceitos como processos normais do indivíduo para manter sua sobrevivência, porém sua repetição constante devido as mudanças periódicas pode fazer com que o profissional desenvolva estresse crônico (LAURELL, 1987)

Os estressores podem ser diferenciados em internos, definidos por características pessoais como timidez, agitação, crenças, e estressores externos, tais como variações do clima, por exemplo. Assim quando a pessoa vivencia algum tipo de adaptação o organismo sinaliza a necessidade de proteção, desencadeando o estresse, que é manifestado após um tempo e depende da intensidade do estressor, da sua duração e do efeito cumulativo criado pela ocorrência de vários estressores em um curto espaço de tempo (LIPP, 1996).

Segundo um estudo desenvolvido no Brasil (LAGO 2010), os profissionais da saúde desenvolvem um tipo de trabalho com propensão a vivenciar diariamente situações tidas como estressoras: a dor, o medo, os mesmos sentimentos apresentados pelos pacientes, pois se preocupam com eles. Isso os deixa vulneráveis à Fadiga por compaixão, que decorre do profissional não conseguir lidar de forma saudável com os sentimentos negativos presentes no cotidiano, com isso apresenta respostas somáticas ou defensivas relativas ao seu trabalho, nessa condição o estresse se apresenta como uma tensão ocasionada pelo ato de ajudar a pessoa em sofrimento. O enfermeiro escuta histórias perturbadoras e essas situações colocam sua saúde em risco. O trabalhador vive em constante tensão, pois o mesmo sente a necessidade de suportar todo o sofrimento de cada paciente que recebe atendimento e tal expectativa tem o impacto de afetar qualquer profissional que trabalha em unidades de saúde (LAGO, 2010).

O mesmo estudo, destaca que sempre haverá um conteúdo de sofrimento vivenciado, com o qual o profissional terá que lidar e afirma não haver uma “forma saudável” de evitar esse sofrimento. Caso o profissional use mecanismos de evitação para se proteger emocionalmente, há o risco de comprometer o atendimento realizado (LAGO 2010).

Tendo como base o julgamento individual da situação tida como estressora, estudiosos deram forma a uma outra vertente utilizando conceitos oriundos da psicanálise, fundamento da psicopatologia do trabalho, a qual privilegia a vivência do sujeito que sofre, por entender que a perspectiva do estresse dispensa o sujeito que o vivencia, não considera o seu sofrimento nem as formas de elaborá-lo psiquicamente (DEJOURS, 1988).

Essa perspectiva desenvolve o seu discurso com conceitos como carga de trabalho, comportamento livre x comportamento estereotipado, conteúdo significativo e ergonômico relacionado com a estrutura da personalidade, sofrimento psíquico fluxo e destino das pulsões,

estratégias de defesa, estruturação de formas de atuação, economia psicossomática, dentre outros (SOUZA, 1992)

2.1. Carga de Trabalho

Um conceito importante ao se discutir estresse e sofrimento no trabalho é o de Carga de Trabalho que é dividido em dois grupos diferentes. De um lado as cargas químicas, físicas, biológicas e mecânicas e do outro as fisiológicas e psíquicas. As primeiras possuem características externas ao corpo e as últimas somente adquirem materialidade no indivíduo quando vivenciam transformações internas (LAURELL, 1987).

Para exemplificar o primeiro grupo podemos falar sobre as cargas físicas que atuam externamente ao corpo mas interagem com ele, por exemplo o calor, que ao atingir o indivíduo produz sudorese por meio da termorregulação. Já as cargas psíquicas e fisiológicas não possuem efeitos externos. Elas são relacionadas ao corpo, são processos corporais transformados que exigem atividades corporais, como gasto energético, por exemplo (LAURELL, 1987).

As cargas psíquicas têm o mesmo caráter que as fisiológicas por proporcionarem interferências através de manifestações somáticas e também podem ser divididas em dois grupos sendo um deles o que envolve uma sobrecarga psíquica em situações de tensão prolongada (pressão por parte da supervisão do trabalho, jornada excessiva de trabalho etc.) e o outro subcarga psíquica que aborda a impossibilidade de desenvolver e utilizar a capacidade psíquica (Falta de qualificação para desenvolver as atividades, divisão do trabalho, dentre outros).

Deve ser agrupar ao conceito de Cargas do Trabalho, o conceito de Desgaste definido como “a perda da capacidade potencial e/ou efetiva biopsíquica” originada a partir de transformações negativas causada pela interação entre as cargas de trabalho e os processos biopsíquicos humanos e pode acontecer devido a exposição ao trabalho alienado, por meio de esforço mental e físico excessivos, sendo uma atividade em que o fator desgastante é maior do que a possibilidade de reposição e desenvolvimento das capacidades (LAURELL, 1987).

2.2. O Sofrimento no Trabalho

O sofrimento no trabalho começa quando a relação entre trabalhador e organização do trabalho é dificultada. A partir do momento em que o trabalhador não consegue descarregar sua

energia pulsional ele apresenta sentimentos de desprazer e tensão e consequentemente Fadiga que é resultado da sobrecarga do trabalho (DEJOURS, 1994).

O prazer-sofrimento é uma realidade vivenciada pelo trabalhador subjetivamente, e é compartilhada pelo coletivo e influenciada pela atividade de trabalho. O trabalho gera um custo ao indivíduo sob a forma de carga de trabalho que altera seu bem-estar psíquico. O prazer é vivenciado quando há situações em que o profissional é reconhecido, e sua função é percebida como importante para a instituição em que trabalha (MENDES, 2001).

O sofrimento é definido a partir do fator desgaste, por meio de cansaço, descontentamento com a relação de trabalho e relaciona-se à fatores como divisão de tarefas (que impede de exercer as tarefas com criatividade) rigidez hierárquica, procedimentos burocráticos, falta de participação nas atividades e pouca perspectiva de crescimento profissional. Destacam-se ainda as diferenças entre a tarefa prescrita e a atividade realmente desempenhada e isso conduz o sujeito a colocar-se em situação de esforço permanente para dar conta da realidade. (MENDES, 2001).

Já o prazer pode ser definido como uma sensação de que algo está bom no trabalho, que atende as necessidades pessoais. Entre os indicadores de vivência de prazer são mencionados os sentimentos de gratificação, orgulho e identificação com o trabalho (MENDES, 2001).

São alguns sinais de sofrimento a presença de atitudes agressivas e violentas em algumas situações; preocupação em relação a situações no trabalho; esperas muitas vezes prolongadas, diminuição das confraternizações entre a equipe de trabalho, indicando mudança no clima psicológico; morosidade; sentimento de não reconhecimento; vivência de injustiça quanto a níveis de remuneração adiantamento ou reconhecimento; tensões entre equipes (DEJOURS, 1994).

Quando no trabalho o fator humano é considerado, o reconhecimento deve estar envolvido. Ele é uma forma de reconhecer a qualidade do trabalho do outro, sua contribuição para a gestão e para a própria organização do trabalho. É admitir que o indivíduo realizou com eficiência determinado trabalho (DEJOURS, 1997).

Também Dejours (1987,1993,1994), assinala que as situações de medo e tédio são responsáveis pelo aumento do sofrimento que se reflete em sintomas como a ansiedade e a insatisfação. Esses sintomas se relacionam com a incoerência entre a tarefa realizada, as aspirações do trabalhador, as relações psicoafetivas problemáticas com os colegas, frustrações e “adormecimento” intelectual. Quando o indivíduo não utiliza todo o seu potencial o

sofrimento desestabiliza a identidade e a personalidade, levando ao desenvolvimento de problemas mentais. (MENDES, 2001)

Sentimentos como medo e ansiedade podem surgir no desempenho do trabalho, o primeiro em situações em que se espera rendimento e ritmo específicos, ou quando os trabalhadores assumem uma nova função sem receber o treinamento adequado e são considerados desqualificados para a tarefa pela coletividade e mesmo quando os conhecimentos são adquiridos há sempre uma mudança no nível de exigência ao trabalhador. A ansiedade aparece devido ao ritmo de trabalho exigido, produção e velocidade para o desenvolvimento das tarefas, diretamente relacionado ao salário, a premiações e bonificações. Com isso, o trabalhador está sempre procurando cumprir as metas para não perder os benefícios oferecidos. Esse processo afeta a carga física de trabalho levando o trabalhador ao esgotamento progressivo (DEJOURS, 1987).

Outra fonte de ansiedade são as relações de trabalho. O relacionamento com chefias, supervisão e outros trabalhadores que podem ser muitas vezes insuportáveis. Repreensões e favoritismos pioram relativamente o quadro (DEJOURS, 1987).

Dejours (1987) divide a ansiedade em três itens diferentes: degradação do funcionamento mental que acontece devido a desestruturação das relações psicoafetivas com os colegas de trabalho, pela discriminação e suspeita e agressividade recebida da chefia. A ruptura dos laços afetivos ocasionada pela organização do trabalho coloca em risco a saúde mental do trabalhador. Outro item abordado é a degradação do organismo, pois a ansiedade surge através do risco de adoecimento físico. As más condições do trabalho trazem malefícios para a saúde mental. E o último item é a “disciplina da fome”, em que o trabalhador não escondendo mais seu sofrimento, continua executando suas tarefas com o objetivo de sobrevivência.

Entretanto, quando no enfrentamento dessas situações geradoras de sofrimento há apoio institucional e a colaboração de colegas, isso pode contribuir para a normalidade, quando as situações são percebidas como desafio, oportunidade de exercer a criatividade, a solidariedade e a parceria, nesse caso há a transformação do sofrimento em prazer. No Brasil, as pesquisas sobre o enfermeiro na classificação de risco são ainda escassas. Logo, é necessária a realização de novas investigações, no sentido de se avançar o conhecimento sobre a atuação do enfermeiro na atenção às urgências e nos sistemas de avaliação e classificação de risco. (ACOSTA, 2012)

Dado que o enfermeiro vivencia constantemente esse cenário, há preocupações em entender como esse profissional no pronto atendimento, percebe seu contexto de trabalho com a inclusão

de mais uma atividade, a classificação de risco e se ela está sendo vivenciada como uma oportunidade de crescimento profissional ou como um acréscimo ao seu sofrimento laboral.

3. Objetivo Geral:

Analisar as percepções de enfermeiros no trabalho ao aplicar a classificação de risco em serviços de Urgência e Emergência.

- Verificar o contexto de trabalho desses enfermeiros
- Avaliar indicadores de desgaste ,valorização e reconhecimento

4. Método:

Estudo quantitativo, descritivo do tipo estudo de caso. A escolha da metodologia se deve ao interesse de se caracterizar essa população com levantamento de dados quantitativos (demográficos dentre outros) no acolhimento com classificação de risco, em serviços de urgência e emergência.

O estudo de caso começou a ser utilizado em pesquisas médicas e psicológicas com o objetivo de estudar um caso individual que explicava a dinâmica e patologias das doenças e tornou-se umas das principais metodologias utilizadas nas pesquisas sociais e humanas. Como modalidade de pesquisa originou-se com os estudos antropológicos e posteriormente para estudo de eventos, processos, organizações, grupos e comunidades. Atualmente é empregada na investigação de diversas áreas do conhecimento, tal como casos clínicos, técnica psicoterápica, metodologia didática ou modalidade de pesquisa (VENTURA, 2007).

Segundo Yan (2005) essa metodologia é uma investigação empírica e compreende um método abrangente com a lógica do planejamento, da coleta e análise dos dados. Pode-se estudar casos únicos ou múltiplos podendo utilizar abordagens quantitativas ou qualitativas e é possível investigar “indivíduos”, “organizações”, “processos”, “programas”, entre outros. Investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto e pode apresentar diversas evidências, sendo necessária a triangulação dos dados. Os estudos de caso podem explicar vínculos causais em determinadas intervenções do cotidiano que não podem ser esclarecidos por pesquisas experimentais ou por meio de levantamento de dados. Pode descrever intervenções e o seu contexto na vida real; demonstra alguns tópicos dentro de uma avaliação de modo descritivo, pode explorar situações em que a intervenção realizada pode apresentar conjuntos complexos de resultados, e também pode ser a avaliação de uma avaliação.

Para Freitas (2007), o estudo de caso é entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo bem definido. Objetiva-se investigar com essa metodologia um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e espaço para que se possa buscar circunstancialmente as informações. Comumente são utilizados os estudos de caso único para estudar um indivíduo, e casos múltiplos quando se tem o desejo de realizar vários estudos simultaneamente: vários indivíduos, várias organizações por exemplo.

Esse estudo em questão, será um estudo de casos múltiplos no qual os indivíduos pesquisados serão de várias organizações.

4.1. Delimitação da unidade caso

As unidades que constituem esse caso são quatro instituições que realizam atendimento de urgência e emergência, sendo uma delas unidade de referência em urgência e emergência e três unidades de pronto atendimento, responsáveis pelo atendimento de urgência e emergência. A seleção dessas instituições seguiu o critério de atendimento a populações de regiões diferentes de um município de grande porte, com aproximadamente, 1.164.098 habitantes, do estado de São Paulo (IBGE, 2015).

4.2. Participantes:

Serão sujeitos da pesquisa enfermeiros de hospital geral referência no atendimento de urgência e emergência e também em unidades de pronto atendimento dos locais selecionados, os critérios de inclusão serão: realizar acolhimento com classificação de risco e ter experiência na função de no mínimo um ano, e não estar de afastados de suas funções.

4.3. Coleta de Dados: Estratégias e instrumentos

Uma vez autorizada a realização da pesquisa pelas instituições, antes da coleta foi organizado junto aos locais um cronograma agendado e informado às equipes para viabilizar o período de inserção em cada um dos serviços, estabelecendo dias, turno e horários de entrada e saída, nesse período de Inserção a pesquisadora realizou incursões nos serviços em diferentes turnos para observação e anotação das peculiaridades locais físicas e de funcionamento. As anotações foram feitas em diário de campo, discriminando o serviço, o turno, o início da observação e o seu término, nesse período também foi realizada análise de documentos nos locais e definidos os participantes enfermeiros que foram contatados.

A estratégia adotada foi a observação participante, uma técnica amplamente utilizada em estudos qualitativos por permitir a inserção do pesquisador no ambiente pesquisado, por tornar-se parte do mesmo e poder interagir com os sujeitos estudados, o que possibilita sentir o que significa vivenciar determinada situação. É recomendado que haja um roteiro de observação (MINAYO, 2005). A observação participante deve seguir algumas etapas essenciais, sendo elas:

1. A aproximação do pesquisador aos participantes do estudo é um processo para diminuir a distância entre pesquisador e pesquisado e trabalhar as expectativas do grupo no intuito de minimizar os possíveis bloqueios e desconfianças do grupo;
2. O esforço do pesquisador em ter

a visão do conjunto com o auxílio de documentos oficiais, história local e do grupo, observação das rotinas e cotidiano dos serviços, levantamento dos atores principais e realização de entrevistas não diretivas, que possam auxiliar no reconhecimento da realidade. Após a coleta de dados é necessário sistematizar e organizar as informações coletadas, cujo resultado esperado é revelar ao pesquisador a situação real do grupo e do local e a percepção do mesmo sobre ela. (QUEIROZ, 2007; ZANELLI, 2002).

O período de observação foi de no mínimo uma semana e no máximo duas, e ocorreu a partir de contato prévio com as instituições de modo que não interferiu nas rotinas dos serviços. Foram estabelecidos como nortes da observação da pesquisadora as seguintes questões:

- A aplicação do processo de classificação de risco é uma rotina do serviço;
- Como o processo de classificação de risco se organiza na prática (é uma atribuição do enfermeiro?);
- Como funciona; quais as incongruências entre o que é preconizado e o que é feito;
- Como se processam as relações hierárquicas, as relações entre os pares (equipe de saúde) e entre os opostos (pacientes);

Da mesma forma a análise de documentos exige a elaboração de um roteiro dado que os textos “não falam por si mesmos”, daí ser necessário listar os documentos considerados importantes para a pesquisa e a natureza das informações que se pretende obter, são de relevância neste estudo:

- Fichas de atendimento (contém sinais vitais, a avaliação física focada na queixa do paciente, relato de presença de comorbidade e a classificação de risco, carimbo e assinatura do enfermeiro que faz a classificação)
- Quantidade de enfermeiros responsáveis pela classificação.
- Documentos que evidenciem o treinamento dos enfermeiros e data da sua realização.
- Estatísticas gerais do serviço que forneçam o registro do nº de atendimentos diários, mensais que passam pela classificação de risco.
- Área de abrangência dos serviços: traduzida em nº de habitantes pelos quais é responsável (para não identificar o serviço)

Portanto, os dados foram coletados, a partir de diversas fontes como documentos e conversas informais para identificar evidências não perceptíveis nos documentos. Foi aplicado

aos participantes um formulário (Apêndice 1) para identificar variáveis sócio demográficas, e de atividade laboral (anos de serviço, experiência anterior na área, número de empregos, jornada de trabalho, turno), residência (trabalha ou não na mesma cidade).

Instrumentos:

4.4. Formulário de caracterização dos enfermeiros

Foi aplicado aos participantes um formulário (Apêndice 1) para identificar variáveis sócio demográficas, e de atividade laboral (anos de serviço, experiência anterior na área, número de empregos, jornada de trabalho, turno), residência (trabalha ou não na mesma cidade). Esse material foi agrupado.

4.5. Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento

Foi utilizada a adaptação da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no trabalho (EIPST) (Anexo 1) construída e validada por MENDES (1999) que faz parte de um inventário composto por quatro escalas interdependentes com o objetivo de avaliar as dimensões da inter-relação trabalho e os riscos de adoecimento, o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). A escala visa investigar a Descrição do sentido do trabalho, que são representações relativas a vivência do prazer e de sofrimento no trabalho.

A validação psicométrica do Inventário é realizada através da análise fatorial, partindo do pressuposto que as doenças surgem devido vários fatores que são interdependentes.

No início, Mendes (1994) delimita como conceito para a vivência de sofrimento psíquico no trabalho quatro indicadores: 1.vivência depressiva -referente ao “desinvestimento afetivo” no trabalho, sentimento de cansaço, desânimo e indisposição para continuar) 2. sentimento de indignidade— relacionado à frustração de perceber que o trabalho é robotizado, despersonalizado, limitante da utilização da inteligência e imaginação, causador de isolamento psicoafetivo e subjugado a um sistema de poder;3.imagem de inutilidade— percepção de que o trabalho não tem finalidade e significação(para o indivíduo, família, organização e sociedade) e 4.imagem de desqualificação— percepção de tarefas como pouco complexas e que não exigem conhecimentos específicos, implicando na desmotivação e na não-realização profissional.

Posteriormente (1997), a autora reformula a escala e propõe indicadores para vivência de prazer psíquico no trabalho e sugere: a) finalidade e importância do trabalho; percepção de

finalidade e importância para o indivíduo, organização e sociedade; b) reconhecimento e liberdade no trabalho; percepção de que este é reconhecido e que permite liberdade de expressão do indivíduo aplicar ao trabalho o seu estilo pessoal. Como indicador de sofrimento, faz reformulação e aponta o indicador cansaço, desgaste no trabalho- sensação de cansaço, desgaste, frustração, desânimo e sobrecarga no trabalho. Na sequência a escala vai sendo refinada (MORRONE, 2001)

Na busca de outros indicadores para vivência de sofrimento no trabalho, portanto a partir dos anos dois mil observa-se que a delimitação de indicadores da vivência de prazer e sofrimento passa por um refinamento conceitual pela autora e seus seguidores (MORRONE, 2001).

Em escala com 38 afirmativas, os itens distribuem-se entre os diferentes fatores sendo 14 (quatorze) correspondentes aos indicadores da vivência de prazer, 13 (Treze) relacionado ao desgaste e 11 (onze) relacionado a reconhecimento. Todos os fatores apresentaram índice de consistência interna (alfa de Cronbach) equivalente ou maior que 0.80, mostrando-se assim, confiáveis. O fator valorização possui índice de consistência interna (alfa de Cronbach) de 0.911. O fator reconhecimento, índice de consistência interna (alfa de Cronbach) de 0.841. O fator desgaste, índice de consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,841.

É importante ressaltar que já existe a quinta versão da escala, em que a autora fez ajustes em questões de alguns fatores a fim de melhorar a consistência psicométrica. Apesar de haver outras versões optou-se por utilizar neste estudo, a primeira devido aos objetivos do estudo. Cabe destacar que essa versão foi utilizada na enfermagem por MARTINS(2003), que fez adaptações na escala original.

A EIPST em versão atual é composta por quatro fatores, sendo dois utilizados para avaliar o prazer, ou seja, a realização no trabalho e liberdade expressão e dois para avaliar o sofrimento no trabalho que investiga a falta de reconhecimento e liberdade de expressão (MENDES, 2007).

Porém neste estudo realizamos uma nova interpretação, assegurando um novo olhar sobre o tema e permite atingir os objetivos do trabalho.

O instrumento de coleta de dados foi composto por 38 afirmativas. Os enfermeiros entrevistados responderam escala tipo likert testada e validada por Mendes (1999), assinalando os graus de concordância. As afirmativas foram divididas em três fatores: Valorização, Desgaste e Reconhecimento. Possui 5 intervalos pontuados de 1 a 5, correspondendo “1” nunca; “2” raramente; “3” às vezes; “4” frequentemente; “5” sempre. A aplicação do instrumento teve duração de aproximadamente trinta minutos.

Ele possibilita que diversas combinações entre os escores obtidos através dos fatores possam ocorrer, permitindo interpretação do significado de acordo com a situação investigada considerando também o contexto do local de aplicação.

A análise dos dados fornecidos pelo instrumento é realizada por fator. A vivência de prazer e de sofrimento no trabalho podem ser interpretadas isoladamente, por fator, mantendo o caráter de coexistência das duas vivências.

O prazer, nessa escala, tem fundamento no fator 1 chamado de valorização, e no fator 3, chamado de Reconhecimento; e o sofrimento tem base no fator 2, denominado desgaste.

Levou-se em consideração que a predominância do Prazer implica em resultados abaixo da média no fator 2 e acima da média nos fatores 1 e 3 e a predominância do sofrimento em resultados abaixo da média nos fatores 1 e 3 e acima da média no fator 2. Caso fossem encontradas as mesmas médias nos 3 fatores era indicativo de que há vivência de prazer e sofrimento ao mesmo tempo. Já médias baixas nos 3 fatores indica ausência desse tipo de vivências no trabalho.

Como qualquer intervalo de classe possui seu ponto médio definido como o valor mais central do mesmo, utilizamos a seguinte fórmula (RIBEIRO, 1986):

$$\frac{\text{Limite inferior} + \text{Limite superior}}{2} = \frac{1 + 5}{2} = 3,0$$

O que corrobora o cálculo da média levando em conta as ponderações

$$\frac{\text{Pontuações}}{N = n^{\circ} \text{ de termos}} = \frac{1 + 2 + 3 + 4 + 5}{5} = \frac{15}{5} = 3,0$$

Cada variável foi analisada individualmente, e relacionada com os três fatores.

Nesse momento da pesquisa os dados foram organizados a fim de que a precisão e ou a validade dos dados pudesse ser testada. Analiticamente após a organização dos escores, foram realizados os seguintes procedimentos:

- Determinação da média ponderada de acordo com o fator;
- Os cálculos das médias;
- O cálculo da variância, visto que as medidas de tendência central não são suficientes para uma análise adequada, pois as amostras exibem, variabilidade.

Para melhorar a qualidade dos dados realizamos os seguintes procedimentos:

- Cálculos do desvio padrão para mensurar a distância do quanto cada escore se afasta da média;
- Utilização do teste t para amostras independentes na comparação dos escores dos indicadores em relação às variáveis de caracterização amostral com até 2 níveis;
- Utilização do teste de Análise de Variância (ANOVA) com teste de comparação múltipla de Tukey post-hoc para comparação dos escores dos indicadores em relação às variáveis de caracterização amostral com mais de 2 níveis;
- Teste de correlação de Spearman para observar possíveis correlações entre os escores dos indicadores e variáveis contínuas de interesse;
- Validação da consistência e aderência dos dados ao instrumento aplicado via análise do coeficiente alfa de Cronbach;
- Nível de significância aplicado para os testes: 0,05 ou 5%

4.6. Procedimento

Foi solicitado às instituições, mediante contato formal, a autorização para realizar a pesquisa, explicar o objetivo do trabalho e fazer os contatos de acesso à documentação necessária (número total de pacientes atendidos e número de fichas de atendimento classificadas, nos três períodos). Uma vez autorizado, foram definidos os participantes enfermeiros contatados e aqueles que se dispuserem a participar foram os sujeitos da pesquisa, após terem assinado o termo de Consentimento Livre e esclarecido. A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, juntamente com a autorização por parte da instituição onde foi realizada a pesquisa. O projeto cumpriu as normas da Resolução 466/12, que normatiza pesquisas com seres humanos. Os participantes foram esclarecidos pela própria pesquisadora quanto ao objetivo do estudo e somente após a assinatura do TCLE.

O município possui 45 enfermeiros que atuam na classificação de risco, porém somente 33 aceitaram participar do estudo.

4.7. Seleção e interpretação dos dados

Os dados do formulário Sociodemográfico e escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no trabalho foram digitados em banco de dados no Excel e analisados utilizando o programa o software utilizado para a realização das análises foi Minitab 17 (Minitab Inc.)

5. Resultados

Serão apresentados os dados obtidos através do uso dos roteiros incluídos na observação participante (nortes para a observação e roteiro para coleta documental) no item em que se descrevem os casos, instituições estudadas.

Caracterização dos dados institucionais: Registros de documentos e Registros da Observação Participante

O **primeiro caso** estudado foi um hospital municipal de grande porte com uma média mensal de 11.000 atendimentos no Pronto Socorro adulto e 5.000 atendimentos no Pronto Socorro Infantil. Realiza uma média de 900 internações mensais. Possui serviços de Oncologia, Centro Cirúrgico, Enfermarias Neurológicas, pediátricas, cirurgia geral, Clínica médica, Unidade de Terapia Intensiva adulta e pediátrica, atendimento domiciliar e ambulatório de Especialidades. Não há contabilização dos registros diários de pacientes atendidos na unidade.

Com relação ao espaço físico, existe uma recepção onde há um balcão onde o paciente retira uma senha e aguarda atendimento para abertura de Ficha de Atendimento. Existem duas portas: Em uma o paciente é chamado por um Técnico de enfermagem que leva alguns pacientes até a parte de dentro do Pronto Socorro, onde aguardam atendimento dos enfermeiros que realizam a classificação de risco.

Na outra porta permanece um controlador de acesso e é através dessa porta que os pacientes são chamados para atendimento médico. Na porta permanece também um funcionário da enfermagem que organiza o fluxo de pacientes. Nesse local existe um pequeno corredor, com cinco consultórios com duas portas uma em que o paciente entra e a outra que dá acesso ao corredor da sala de medicação. Nesse corredor há também um pequeno banheiro para uso dos pacientes.

Logo atrás da porta de entrada para a sala onde ocorre o Acolhimento com Classificação de Risco, ficam posicionadas algumas cadeiras para que o paciente espere até ser atendido, porém elas são utilizadas para internação de pacientes em períodos de superlotação e no período de incursão no serviço, foram vários os dias em que o serviço se encontrava superlotado e com pacientes no corredor.

Existem duas salas de Classificação de Risco e possuem uma comunicação entre elas. Nelas existem uma mesa com o Software ToLife, utilizado pelos enfermeiros para a realização da

classificação de risco. Uma pia para lavagem de mãos e um armário. Em nenhuma delas existe maca para realizar a avaliação física dos pacientes.

Nesse serviço o Acolhimento com classificação de risco é realizado nas 24 horas do dia por 6 enfermeiros que atuam somente nessa função, não assumindo outras atividades assistenciais. Sendo 2 no período da manhã, 2 no período da tarde e 1 em cada plantão noturno.

Em uma sala é realizada o Acolhimento com Classificação de Risco e na outra é realizada a triagem dos pacientes por um profissional técnico em Enfermagem.

Os profissionais relatam que havia um profissional responsável por orientar o fluxo na recepção, afim de acalmar a população que aguardava por atendimento, porém com a falta de profissionais esse setor foi desativado.

O serviço utiliza o protocolo de Manchester para Classificar os pacientes e de acordo com esse protocolo os Sinais Vitais não são verificados para todos os pacientes. Os únicos sinais verificados são Temperatura, Frequência Cardíaca e Saturação de Oxigênio. A Pressão arterial é verificada apenas em pacientes com hipertensão ou algum outro sinal presente no fluxograma do protocolo. Essa verificação geralmente é feita por um técnico de enfermagem que auxilia o enfermeiro.

A verificação de todos os sinais vitais nesse serviço fica sob a responsabilidade do profissional médico. Nesse sentido as enfermeiras relatam algumas dificuldades, pois alguns profissionais não aceitam fazer essa verificação, e as vezes mandam o paciente de volta para a classificação para a realização desses procedimentos, porém os enfermeiros têm autonomia para fazer com que o paciente retorne ao consultório para que o médico o avalie conforme o protocolo da instituição.

Como o fluxo de atendimento é grande as fichas dos pacientes que são prioridade por idade, gestantes ou outras condições especiais são atendidas intercalando com os outros pacientes.

Alguns períodos dos plantões são supridos por funcionários de outros serviços de saúde do município treinados que fazem essa classificação e em outros momentos quando há falta de funcionários no hospital a Classificação de Risco é fechada e as fichas vão em branco para atendimento médico. (não há uniformidade na qualidade da classificação feita?)

O fluxo de atendimento acontece da seguinte forma: o paciente retira uma senha na recepção, e é chamado para abertura de Ficha de atendimento; é chamado por um microfone na porta de entrada para a Classificação de Risco e aguarda ser chamado pelo enfermeiro; se o paciente for classificado como verde ou azul, ele retorna para a recepção e aguarda atendimento, se for amarelo ou laranja aguarda atendimento do lado de dentro. Se for vermelho é

encaminhado para a sala de emergência. A avaliação é impressa pelo sistema e anexada a Ficha de atendimento.

Existe um caderno onde todos os atendimentos são registrados com a etiqueta do paciente a sua classificação e com o nome do profissional responsável, porém esses dados são perdidos, pois não é feita análise posterior e o serviço não tem indicadores para avaliar o número de pacientes classificados nem a qualidade da classificação. O sistema de classificação utilizado faz o registro do número de pacientes classificados, porém não se pode utilizar esses dados porque não são todos os pacientes que são classificados mediante essa tecnologia.

Todos os pacientes que procuram a unidade são atendidos, independentemente da queixa relatada e muitas queixas deveriam ser atendidas na atenção básica, como aferição de Pressão arterial, retirada de pontos, porém os pacientes alegam falta de recursos nas unidades básicas de saúde.

O segundo caso foi uma Unidade de Pronto atendimento, denominada UPA 1, faz parte do de um distrito de saúde com 160.216 habitantes, que atende aproximadamente 27.000 pacientes por mês. Ela oferece atendimento a urgências e emergências clínicas e traumáticas e pediatria. Possui uma farmácia que supre as necessidades da unidade e distribui medicações para a população. Também aqui não há registros diários

A unidade fica inserida na periferia do município em rua sem saída. Possui recepção com grande quantidade de cadeiras. A sala de classificação tem 2 portas uma para a recepção e a outra para o interior da unidade. Na sala existe uma mesa e uma cadeira para o enfermeiro, uma cadeira para o paciente. Uma pia para a lavagem de mãos onde existe a mangueira do ar condicionado da recepção. Para a classificação existe um ar condicionado com vazamento que em dias com altas temperaturas tinha que ser desligado. Possui também um armário para materiais de consumo como gaze, tiras reagentes para realização de glicemia capilar entre outros materiais. No canto da sala havia o computador da ToLife, porém sem uso, pois de acordo com os funcionários da unidade, o sistema foi implantado sem a avaliação prévia dos recursos existentes e rede de internet não funciona adequadamente para dar suporte ao software. (salas com instalações inadequadas com aparelhos e equipamentos em mau funcionamento)

O fluxo de atendimento ocorre da seguinte forma:

- a) O paciente retira a senha na recepção e aguarda abertura de ficha de atendimento

- b) As fichas são encaminhadas para a classificação de Risco;
- c) O enfermeiro chama os pacientes por ordem de chegada;
- d) Os pacientes são atendidos e classificados, porém como o programa não funciona e apesar do serviço possuir um fluxograma impresso, ele não é utilizado por todos enfermeiros. Isso pode ser exemplificado pelo fato de que apesar do protocolo de Manchester não preconizar a verificação de todos os sinais vitais, alguns profissionais ainda realizam esse procedimento;
- e) Após a classificação as fichas de atendimento são colocadas em caixas na porta da classificação identificadas pelas cores preconizadas pelo protocolo;
- f) Os pacientes classificados como Laranja ou vermelho são encaminhados para atendimento médico imediato, enquanto os pacientes classificados como amarelo, verde ou azul retornam para a recepção.

Nas fichas de classificação de risco contêm as seguintes informações:

- a) Data de nascimento;
- b) Idade;
- c) Sexo;
- d) Nome da mãe;
- e) Episódio (Número de atendimentos);
- f) Nº do prontuário;
- g) Admissão;
- h) Tempo de Classificação;
- i) Tempo na Sala;
- j) Prioridade (cor);
- k) Queixa/motivo;
- l) Fluxograma;
- m) Discriminador;
- n) Avaliação de medidas clínicas;
- o) Dor;
- p) Temperatura;
- q) Nome e COREN do enfermeiro responsável pela classificação;

Durante o período de observação percebeu-se a presença de funcionários por todo o período no acolhimento com de classificação de risco, entretanto, nem sempre o profissional que está atuando no serviço é o profissional enfermeiro. Quando a escala de funcionários esta descoberta o local que supre as necessidades é a classificação, e então o serviço direciona um técnico de enfermagem para fazer a triagem dos pacientes.

Os tempos de espera após a classificação de risco não são os preconizados pelo protocolo. Apesar da escala de médicos ser completa os pacientes aguardam por horas o atendimento médico. Em alguns dias as fichas classificadas as 07 horas da manhã eram atendidas por volta das 10 horas. Antes disso nenhum paciente classificado como verde ou azul era chamado. Os pacientes que não recebem o atendimento no tempo previsto são reavaliados pelos enfermeiros da classificação de risco. (Tempo de espera maior do que o preconizado pelo protocolo, o procedimento não é prioridade do enfermeiro, pois ele não faz somente essa atividade

Com relação aos aparelhos necessários para a avaliação clínica dos pacientes, os enfermeiros relatam que utilizam os próprios materiais (estetoscópio, esfigmomanômetro, glicôsimetro, termômetro, oxímetro entre outros).

Outro problema encontrado na execução dessa atividade são as reavaliações após o atendimento médico, pois os pacientes que já passaram pelo profissional médico e já recebeu o devido encaminhamento (repouso, medicação), retorna ao enfermeiro da classificação para que ele reavalie como por exemplo, um paciente que precisa de verificação de PA ou Glicemia capilar, após ser medicado.

Não existe na instituição nenhum registro da realização do treinamento dos enfermeiros para atuar na classificação de risco. Os enfermeiros são os únicos a receber individualmente os certificados do curso. Também não são registrados os números de pacientes classificados, pois esse indicador não é medido pela instituição.

Nesse serviço todos os enfermeiros realizam classificação de risco através de escala de trabalho. O serviço mantém um enfermeiro para a classificação adulto, um para as observações pediátrica e adultos (durante a coleta de dados a uma das observações estava desativada por falta de insumos, sendo assim a observação estava sendo mista) e um na emergência. Quando há quatro enfermeiros na escala, um é escalado para trabalhar na classificação de risco pediátrica.

Durante o período de coleta de dados os funcionários relataram que não receberam a remuneração do mês de janeiro.

O **terceiro caso** denominado UPA 2, é responsável por uma área de abrangência com 223.029 habitantes, atendendo aproximadamente 9.000 pacientes mensalmente, sendo uma unidade fisicamente menor do que as outras investigadas nesse estudo. Está localizada nas proximidades de uma grande rodovia do estado de São Paulo e oferece atendimento para emergências e urgências clínicas e traumáticas em pacientes adultos e pediatria. A unidade possui uma pequena recepção, onde há uma porta que dá acesso a sala de classificação de risco, que também é uma sala pequena com aproximadamente 4m². Caso algum paciente necessite de atendimento imediato deve ser encaminhado mesmo que de maca, passando pela recepção em meio a outros pacientes.

Existe também uma porta que dá acesso aos outros setores do serviço, passando pela sala de emergência, sala de medicação, observação mista e observação pediátrica. Em outro corredor ficam os consultórios médicos e coordenação do serviço.

A classificação de risco faz parte da rotina do serviço do período das 07h00min da manhã até as 00h00 diariamente. Entretanto quando não há funcionários suficientes na escala a classificação de risco é fechada e as fichas de atendimento abertas vão diretamente para os médicos.

O software nesse serviço funciona na maior parte do tempo, porém não são todos os funcionários que utilizam. Uns não gostam do protocolo adotado e um dos funcionários da unidade não foi aprovado no curso.

O fluxo de atendimento nesse serviço ocorre da seguinte forma:

1. Os pacientes chegam ao serviço e retiram uma senha;
2. Realiza abertura de ficha de atendimento;
3. Profissional da recepção encaminha as fichas até a classificação (a recepção fica ao lado da sala de classificação);
4. O enfermeiro chama o paciente e realiza a classificação de risco;
5. O paciente classificado como laranja ou vermelho é encaminhado ao atendimento médico, seja a sala de emergência ou consultório médico;
6. Os pacientes classificados como verde, azul ou amarelo, retornam para a recepção.

Nas fichas de classificação de risco contêm as seguintes informações:

- a) Data de nascimento;
- b) Idade;
- c) Sexo;

- d) Nome da mãe;
- e) Episódio (Número de atendimentos);
- f) N° do prontuário;
- g) Admissão;
- h) Tempo de Classificação;
- i) Tempo na Sala;
- j) Prioridade (cor);
- k) Queixa/motivo;
- l) Fluxograma;
- m) Discriminador;
- n) Avaliação de medidas clínicas;
- o) Dor;
- p) Temperatura;
- q) Nome e COREN do enfermeiro responsável pela classificação;

As relações entre os pares se mostra conturbada, uma vez que os profissionais médicos não respeitam a classificação de risco realizada. Segundo relatos dos enfermeiros, alguns médicos apagam a classificação de risco feita pelo enfermeiro e atendem os pacientes por ordem de chegada.

Os enfermeiros trabalham de forma respeitosa e desenvolvem um bom trabalho em equipe. Percebe-se que eles dividem as tarefas adequadamente e se preocupam com o colega com relação a quantidade de atribuições, ou mesmo em horários destinados ao descanso, quando os profissionais se dispõem a substituir o posto de trabalho.

Os pacientes também apresentam um bom relacionamento com equipe de saúde. Nesse serviço não foi observado nenhum momento de divergências com pacientes, apesar de haver relatos por parte dos enfermeiros, mas geralmente relacionado a dias específicos como, por exemplo, às segundas feiras, quando o fluxo de paciente é maior.

No **quarto caso** estudado, a unidade de pronto atendimento, denominado UPA 3, é responsável por uma área de abrangência de 323.134 habitantes e é uma unidade maior que atende urgências e emergências clínicas e traumáticas em pacientes adultos e pediátricos, serviço de RX, todos os dias, recebendo os pacientes dos outros serviços aos finais de semana.

Com relação ao espaço físico a unidade conta com recepção com um número insuficientes de cadeiras para os pacientes visto a grande demanda da unidade. A classificação de risco fica ao lado da recepção, e os ruídos são constantes nesse local pelo grande fluxo de pacientes.

Ao lado da recepção existem duas portas, uma em cada lado para a entrada de pacientes, sendo uma para os consultórios e a outra para a sala de emergência, observação mista, pediatria, sala de medicação, sala de sutura e sala de inalação.

A classificação de risco faz parte da rotina do serviço sendo realizada pelo profissional enfermeiro com auxílio de um técnico de enfermagem que verifica os sinais vitais (não todos) de acordo com o fluxograma. Porém apesar de ser preconizado o uso do sistema Tolife, os enfermeiros alegam que o programa não funciona e a manutenção do mesmo, demora para ser realizada. E devido essa dificuldade os enfermeiros realizam a classificação de risco, porém nem todos classificam utilizando o protocolo implantado pelo município.

O fluxo nesse serviço acontece da seguinte forma:

- a) Os pacientes chegam ao serviço e retiram uma senha;
- b) Realizam abertura de ficha de atendimento;
- c) Profissional da recepção encaminha as fichas até a classificação (a recepção fica ao lado da sala de classificação e é interligada por uma passagem na parede);
- d) O enfermeiro chama o paciente e realiza a classificação de risco;
- e) O paciente classificado como laranja ou vermelho é encaminhado ao atendimento médico, seja a sala de emergência ou consultório médico;
- f) Os pacientes classificados como verde, azul ou amarelo, retornam para a recepção.

Nas fichas de classificação de risco contêm as seguintes informações:

- a) Data de nascimento;
- b) Idade;
- c) Sexo;
- d) Nome da mãe;
- e) Episódio (Número de atendimentos);
- f) Nº do prontuário;
- g) Admissão;
- h) Tempo de Classificação;
- i) Tempo na Sala;
- j) Prioridade (cor);

- k) Queixa/motivo;
- l) Fluxograma;
- m) Discriminador;
- n) Avaliação de medidas clínicas;
- o) Dor;
- p) Temperatura;
- q) Nome e COREN do enfermeiro responsável pela classificação;

Com relação ao relacionamento entre os pares, observa-se bom relacionamento entre a equipe de saúde. Os pacientes ao contrário, questionam a demora do atendimento tempo todo, falam em voz alta com os profissionais da classificação de risco, que acabam sendo o “balcão de informações do serviço”.

No município investigado um dos distritos de saúde não possui pronto atendimento e o outro possui um serviço que passa por investigação criminal por desvio de verbas públicas, dificultando assim o atendimento aos pacientes sobrecarregando os outros serviços do município.

Síntese da análise dos casos a partir da observação local

A técnica da observação possibilitou identificar que não existe um único formato de aplicação do atendimento de classificação de risco, cada serviço estabelece o seu procedimento de trabalho; no primeiro caso existia uma escala única determinando aqueles que trabalham só na classificação, no segundo caso os enfermeiros seguem uma escala mensal de atribuição de atividades em que de duas a três dias na semana fazem rodizio na classificação, no terceiro seguem esse mesmo procedimento e no quarto caso diariamente, eles decidem qual enfermeiro realizará a classificação, que em geral parece ser realizada pela enfermeira que tem maior afinidade com essa atividade. Observou-se em todos os casos, que na carência de funcionários a classificação de risco deixava de ser realizada e o técnico passava a fazer uma triagem, verificando os sinais vitais de todos e aqueles que apresentavam alterações eram priorizados. Portanto era “criada” uma nova classificação de risco emergencial, fruto das dificuldades imposta pelo trabalho.

Como rotina, cabe destacar que os Sinais Vitais não são verificados para todos os pacientes. Os únicos sinais verificados são Temperatura, Frequência Cardíaca e Saturação de Oxigênio, porque o protocolo não preconiza essa atividade e também, quando são necessários os aparelhos para a avaliação clínica dos pacientes, os enfermeiros utilizam os próprios equipamentos (estetoscópio, esfigmomanômetro, glicôsimetro, termômetro, oxímetro entre outros).

A verificação de todos os sinais vitais em um dos casos (hospital) é responsabilidade do profissional médico, houve o relato das enfermeiras sobre conflitos pois alguns desses profissionais não aceitam fazer a verificação, e mandam o paciente de volta para a classificação para a realização desses procedimentos, porém os enfermeiros têm autonomia orientar o paciente a retornar ao consultório para que o médico o avalie conforme o protocolo da instituição. Certamente isso causa transtorno a um paciente já irritado e com desconforto e pode contribuir para que o próprio enfermeiro faça o procedimento. Esse registro sugere pouca integração entre membros da equipe de saúde, particularmente devido ao posicionamento de alguns médicos. Há de se destacar que as equipes de enfermagem tinham um bom relacionamento e dividiam suas atividades de comum acordo.

Em alguns períodos dos plantões devido à falta de funcionários estes são supridos por elementos de outros serviços de saúde do município (treinados na classificação) e em outros momentos quando não se utiliza desse expediente no hospital, a Classificação de Risco é fechada e as fichas vão em branco para atendimento médico. Isso parece indicativo de uma não uniformidade na qualidade da classificação feita.

Verificou-se que apesar da classificação de risco ser feita durante as 24 horas, não há registros diários de pacientes atendidos. No hospital existe um caderno para registrar os atendimentos, com o número do registro do paciente e a sua classificação e o nome do profissional responsável, todavia segundo as informações colhidas nem todos os pacientes são registrados no mesmo, alguns são registrados no sistema de informações que vem com a própria classificação de risco (ToLife), inclusive é o único caso em que há utilização desse sistema, quando a classificação é realizada por enfermeiras. Nos demais casos (serviços) ele não é utilizado. Observou-se então, que os dados são subestimados num caso e nos demais eles inexistem. Além disso mesmo quando há registros precários (num dos casos) eles se perdem, por não ser feita análise posterior que propiciaria ao serviço possuir indicadores para avaliar o número de pacientes classificados e a qualidade da classificação.

Constatou-se que os tempos de espera em todos os casos, após a classificação de risco não são os preconizados pelo protocolo. Apesar da escala de médicos ser completa os pacientes

aguardam por horas o atendimento médico, nenhum paciente era chamado independente, da cor e com uma demora de três a doze horas para ser atendido. Antes disso nenhum paciente classificado como verde ou azul era chamado. Também foi observado que pacientes que não recebiam atendimento no tempo previsto eram reavaliados pelos enfermeiros da classificação de risco. O que acrescia trabalho ao enfermeiro pois além de atender os novos precisava reclassificar os antigos pois podia ter havido mudanças no seu quadro.

Portanto, uma das justificativas preconizadas pelo protocolo (redução do tempo de espera) não era atendida, em função disso nessas situações o procedimento mostrou ser uma sobrecarga de trabalho para a enfermagem, que aparentemente, não é a única prioridade do enfermeiro, pois ele faz outras atividades.

Também contribuía para a sobrecarga o fato de todos os pacientes que procuram a unidade serem atendidos, independentemente das queixas e muitas delas pelo baixo grau de complexidade apresentavam condições de serem atendidas na atenção básica (aferição de Pressão arterial, retirada de pontos) porém os pacientes justificavam a vinda a um pronto atendimento pela falta de recursos nas unidades básicas de saúde. O quanto essa alegação é real ou o quanto é fruto da crença na maior competência e resolutividade nos serviços de pronto atendimento é algo que deveria ser investigado.

Outra questão importante que influencia a realização do trabalho refere-se às instalações onde ele é praticado e aos instrumentos necessários à sua execução. Nesse sentido, verificou-se a existência de salas para realizar a classificação de risco com instalações inadequadas (ar condicionado funcionando mal), instaladas em local inapropriado (ao lado da recepção, com ruídos constantes pelo grande fluxo de pacientes), com número insuficiente de cadeiras para os pacientes sem considerar a demanda, com computador para registro dos atendimentos dos pacientes sem funcionar.

A observação local permitiu avaliar o processo de aplicação e divisão do trabalho no atendimento da classificação de risco, as condições relacionais na equipe e entre equipes, a contribuição para o desgaste do profissional enfermeiro, as condições operacionais para a realização dos atendimentos e a precariedade das instalações físicas.

Caracterização dos Participantes:

Participaram do estudo 33 enfermeiros do município pesquisado. 1 enfermeiro não aceitou participar do estudo, alegando problemas pessoais; em um dos serviços 3 enfermeiros alegaram não fazer classificação de risco por preferência dos outros colegas pela tarefa; 2 estavam de licença sendo 1 licença saúde e o outro de licença prêmio; em uma das unidades de saúde estudadas não foi possível coletar os dados em um dos plantões noturno, devido a demanda da unidade, pois foram feitas várias incursões no local, porém em nenhuma delas foi possível a coleta. 2 estavam de férias e 1 transferida para outra unidade durante o período de coleta de dados.

Caracterização amostral

A Tabela 1 mostra o percentual das variáveis de caracterização amostral dos enfermeiros avaliados no estudo.

Tabela 1. Percentual das variáveis de caracterização amostral.

Variáveis de caracterização amostral	Enfermeiros	
	N	%
<i>Gênero</i>	33	100
Feminino	21	63,64
Masculino	12	36,36
<i>Estado civil</i>	33	100
Amasiado	2	6,06
Casado	21	63,64
Divorciado	1	3,03
Solteiro	7	21,21
Viúvo	2	6,06
<i>Procedência (cidade)</i>	31	100
Município de Estudo	7	22,58
Outras cidades de SP	15	48,39
Cidades de outros estados	9	29,03
<i>Procedência (UF)</i>	33	100
SP	21	63,64
Outros estados	12	36,36
<i>Horário de alimentação</i>	33	100
Irregular	13	39,39
Regular	20	60,61
<i>Prática lazer</i>	33	100
Não	9	27,27
Sim	24	72,73
<i>Atividade de lazer</i>	29	100
Assistir TV	3	10,34
Atividade esportiva	11	37,93
Cinema	7	24,14
Convívio familiar	2	6,90
Ir ao parque	3	10,34
Nada	1	3,45
Sair para jantar	1	3,45
Shopping	1	3,45

Tabela 1. Percentual das variáveis de caracterização amostral (continuação).

Variáveis de caracterização amostral	Enfermeiros	
	N	%
<i>Com que frequência costuma realizar tais atividades</i>	28	100
Sempre	2	7,14
Diariamente	2	7,14
De 1 a 3 vezes na semana	21	75,00
Quinzenalmente	2	7,14
Pouca frequência	1	3,57

De acordo com os resultados da Tabela 1, a maioria dos enfermeiros avaliados é do gênero feminino (21; 63,64%), casado (21; 63,64%), procedente de outras cidades de São Paulo (15; 48,39%), advindos de São Paulo (21; 63,64%). A maioria deles apresenta alimentação em horário regular (20; 60,61%), pratica lazer (24; 72,73%), sendo atividade esportiva a principal atividade de lazer (11; 37,93%) com frequência de 1 a 3 vezes na semana (21; 75,00%).

A idade média dos enfermeiros avaliados foi de 40,27 anos com desvio padrão de 10,06 anos e mediana de 36,00 anos. O coeficiente de variação (CV) dessa distribuição foi de 24,9%. A idade mínima observada foi de 28,0 anos e a máxima de 61,0 anos.

A Tabela 2 mostra o percentual das variáveis referentes aos dados profissionais dos enfermeiros avaliados no estudo.

Tabela 2. Percentual das variáveis referentes aos dados profissionais dos enfermeiros.

Dados profissionais	Enfermeiros	
	N	%
<i>Especialização na área de urgência</i>	33	100
Não	23	69,70
Sim	10	30,30
<i>Outro vínculo empregatício</i>	33	100
Não	18	54,55
Sim	15	45,45
<i>Qual a outra função desempenhada?</i>	15	100
Auxiliar de enfermagem	1	6,67
Coach	1	6,67
Docente	1	6,67
Empresário	1	6,67
Enfermeiro	11	73,33
<i>Horário de trabalho</i>	33	100
Manhã	11	33,33
Tarde	8	24,24
Noite	14	42,42
<i>Possui pausa no trabalho</i>	33	100
Não	7	21,21
Sim	26	78,79
<i>Estende seu horário normal de trabalho</i>	33	100
Não	9	27,27
Sim	24	72,73
<i>Distribuição de tarefas no trabalho</i>	33	100
Adequada	22	66,67
Inadequada	11	33,33
<i>Há esforço significativo para exercer as tarefas</i>	32	100
Não	6	18,75
Sim	26	81,25
<i>Há esforço mental para exercer as tarefas</i>	33	100
Não	10	30,30
Sim	23	69,70
<i>Distâncias percorridas durante as tarefas</i>	33	100
Adequadas	11	33,33
Inadequadas	22	66,67
<i>Realiza tarefas repetitivas</i>	33	100
Não	4	12,12
Sim	29	87,88

Tabela 2. Percentual das variáveis referentes aos dados profissionais dos enfermeiros

(continuação).

Dados profissionais	Enfermeiros	
	N	%
<i>Tarefas novas</i>	33	100
Não	28	84,85
Sim	5	15,15
<i>Tarefas imprevisíveis</i>	33	100
Não	10	30,30
Sim	23	69,70
<i>Outros tipos de tarefas</i>	15	100
Não	30	90,91
Sim	3	9,09
<i>Treinamento específico para exercer suas tarefas</i>	33	100
Não	22	66,67
Sim	11	33,33
<i>Treinamento específico para acolhimento em escala de risco</i>	33	100
Não	4	12,12
Sim	29	87,88
<i>Duração do treinamento</i>	30	100
Até 4 horas	1	3,33
De 5 a 10 horas	18	60,00
Mais de 10 horas	11	36,67
<i>Treinamento foi suficiente</i>	30	100
Não	10	33,33
Sim	20	66,67
<i>Supervisão</i>	33	100
Adequada	13	39,39
Inadequada	20	60,61

De acordo com os dados da Tabela 2, a maioria dos enfermeiros não realizou especialização na área de urgência (23; 69,70%), não apresenta outro vínculo empregatício (18; 54,55%), dos que apresentam outro vínculo empregatício, 11 (73,33%) são enfermeiros, a grande maioria trabalha à noite (14; 42,42%), possui pausa no trabalho (26; 78,79%), estende seu horário de trabalho normal realizando horas extras (24; 72,73%), acredita que a distribuição das tarefas é adequada (22; 66,67%), demonstram esforço significativo para exercer as tarefas (26; 81,25%), assim como elevado esforço mental (23; 69,70%).

A maioria acredita que a distância percorrida durante as tarefas é inadequada (22; 66,67%), realiza tarefas repetitivas (29; 87,88%), não realiza tarefas novas (28; 84,85%), realiza tarefas imprevisíveis (23; 69,70%), não realiza outros tipos de tarefas (30; 90,91%). Do total de enfermeiros avaliados, a maioria não recebeu treinamento específico para exercer suas tarefas (22; 66,67%), mas recebeu treinamento específico para acolhimento com classificação de risco (29; 87,88%), com duração de 5 a 10 horas (18; 60,00%) e a maioria acredita que o tempo de treinamento foi suficiente (20; 66,67%). A maioria dos enfermeiros afirmou que a supervisão é inadequada (20; 60,61%).

Todos os enfermeiros avaliados no estudo (100%) apresentaram turno de trabalho fixo e realizam acolhimento com classificação de risco. A Tabela 3 mostra as estatísticas descritivas de algumas variáveis contínuas referentes aos dados profissionais dos enfermeiros participantes do estudo.

Tabela 3. Estatísticas descritivas de algumas variáveis contínuas referentes aos dados profissionais.

Estatísticas descritivas	N	Média±desvio padrão	Mediana
Carga horária semanal	33	36,27±2,84	36,00
Tempo de trabalho na enfermagem (anos)	33	15,55±8,95	13,00
Tempo de trabalho na instituição (anos)	33	7,97±5,20	6,00
Carga horária na atividade alternativa	15	29,33±10,30	30,00
Tempo na atividade alternativa (anos)	15	8,33±7,37	5,00
Tempo de pausa no trabalho (horas)	26	1,10±0,95	1,00
Horas extras mensais	32	35,25±26,05	40,00

Os enfermeiros participantes do estudo apresentaram carga horária média semanal de 36,27 horas com desvio padrão de 2,84 horas e mediana de 36,00 horas. O tempo de trabalho com enfermagem apresentou média de 15,55 anos com desvio padrão de 8,95 anos e mediana de 13,00 anos. O tempo médio de trabalho na instituição foi de 7,97 anos com desvio padrão de 5,20 anos e mediana de 6,00 anos. Esses resultados mostram que pelo menos 50% dos enfermeiros apresentam carga horária semanal de 36 horas, com tempo de trabalho na enfermagem de 13 anos e tempo na instituição de 6 anos.

Dos que alegaram apresentara atividade alternativa, a carga horária média demandada nessa atividade foi de 29,33 horas com desvio padrão de 10,30 horas e mediana de 30,00 horas. O tempo médio de atividade alternativa foi de 8,33 anos com desvio padrão de 7,37 anos e mediana de 5,00 anos.

O tempo de pausa no trabalho girou em torno de uma média de 1,10 horas com desvio padrão de 0,95 horas e mediana de 1,00 hora. As horas extras mensais apresentaram média de 35,25 horas com desvio padrão de 26,05 horas e mediana de 40,00 horas. Esses resultados indicam que pelo menos 50% dos enfermeiros apresentam cerca de 1 hora de pausa no trabalho e realizam cerca de 40 horas extras no mês.

A Tabela 4 mostra os resultados da aplicação do instrumento para avaliação da percepção do enfermeiro acerca do sofrimento vivenciado no acolhimento com classificação de risco.

Tabela 4. Estatísticas descritivas dos indicadores do instrumento aplicado para avaliação dos enfermeiros do estudo.

Indicadores	N	Média±desvio padrão ²	Mediana	Valor P ¹
Valorização	33	4,17±0,65 a	4,21	<0,001
Desgaste	33	3,17±0,57 c	3,07	
Reconhecimento	33	3,76±0,63 b	3,91	

¹Valor P referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a $P<0,05$. ²Letras diferentes na mesma coluna diferenciam-se entre si pelo teste de comparação múltipla de Tukey a $P<0,05$.

Os resultados da Tabela 4 mostram a existência de diferenças significativas na comparação das médias dos escores dos indicadores, pressupondo que o indicador que apresentou maior escore, sendo esse significativamente superior em relação aos demais, foi o de valorização. O indicador que apresentou o menor escore foi o desgaste. A comparação foi estatisticamente significativa, pois o valor P encontrado foi inferior ao nível de significância adotado para o teste estatístico ($P<0,001$).

Figura 1. Valores individuais para os escores dos três indicadores, evidenciando as médias (pontos vermelhos).

Fonte: autor

A Tabela 5 mostra as estatísticas descritivas dos indicadores em relação a algumas variáveis categorizadas de importância. O objetivo é observar se existem diferenças significativas nos escores dos indicadores de acordo com os diferentes níveis de tais variáveis.

Tabela 5. Média±desvio padrão dos escores dos indicadores em relação a algumas variáveis categóricas.

Estatísticas descritivas	N	Indicadores		
		Valorização	Desgaste	Reconhecimento
<i>Gênero</i>				
Feminino	21	4,09±0,72	3,22±0,65	3,68±0,68
Masculino	12	4,31±0,49	3,09±0,42	3,90±0,55
Valor P ¹		0,330	0,504	0,311
<i>Horário de alimentação</i>				
Irregular	13	4,07±0,88	3,39±0,72	3,63±0,71
Regular	20	4,24±0,46	3,03±0,42	3,85±0,58
Valor P ¹		0,528	0,119	0,353
<i>Lazer</i>				
Não	9	3,94±0,51	3,31±0,47	3,56±0,59
Sim	24	4,26±0,68	3,12±0,61	3,84±0,65
Valor P ¹		0,165	0,356	0,263
<i>Especialização em urgência</i>				
Não	23	4,32±0,43	2,99±0,32	3,89±0,55
Sim	10	3,83±0,92	3,60±0,80	3,47±0,75
Valor P ¹		0,143	0,043	0,136
<i>Outro vínculo empregatício</i>				
Não	18	4,06±0,77	3,30±0,67	3,67±0,71
Sim	15	4,31±0,45	3,02±0,39	3,88±0,53
Valor P ¹		0,267	0,154	0,349

¹Valor P referente ao teste t para amostras independentes a P<0,05. ²Valor P referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a P<0,05.

Tabela 5. Média±desvio padrão dos escores dos indicadores em relação a algumas variáveis categóricas (continuação).

Estatísticas descritivas	N	Indicadores		
		Valorização	Desgaste	Reconhecimento
<i>Horário de trabalho</i>				
Manhã	11	4,09±0,84	3,16±0,58	3,94±0,44 ab
Tarde	8	4,32±0,70	3,36±0,65	4,10±0,52 a
Noite	14	4,15±0,45	3,07±0,54	3,43±0,69 b
Valor P ²		0,762	0,542	0,027
<i>Possui pausa no trabalho</i>				
Não	7	3,63±1,00	3,43±0,83	3,70±0,44
Sim	26	4,32±0,44	3,11±0,48	3,78±0,68
Valor P ¹		0,127	0,364	0,713
<i>Realiza horas adicionais ao trabalho</i>				
Não	9	4,33±0,51	2,98±0,42	3,99±0,64
Sim	24	4,11±0,69	3,25±0,61	3,68±0,63
Valor P ¹		0,339	0,173	0,235
<i>Distribuição das tarefas</i>				
Adequada	22	4,19±0,50	3,06±0,57	3,81±0,69
Inadequada	11	4,14±0,91	3,41±0,53	3,67±0,53
Valor P ¹		0,871	0,094	0,511
<i>Há esforço significativo?</i>				
Não	6	4,19±0,40	2,67±0,24	4,01±0,58
Sim	26	4,15±0,71	3,32±0,55	3,69±0,65
Valor P ¹		0,867	<0,001	0,266
<i>Há esforço mental?</i>				
Não	10	4,25±0,44	2,83±0,37	3,85±0,75
Sim	23	4,14±0,73	3,32±0,59	3,72±0,59
Valor P ¹		0,577	0,007	0,643

¹Valor P referente ao teste t para amostras independentes a P<0,05. ²Valor P referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a P<0,05. Letras diferentes na mesma coluna indicam diferenças significativas entre as médias pelo teste de comparação múltipla de Tukey a P<0,05.

Tabela 5. Média±desvio padrão dos escores dos indicadores em relação a algumas variáveis categóricas (continuação).

Estatísticas descritivas	N	Indicadores		
		Valorização	Desgaste	Reconhecimento
<i>Distâncias percorridas durante a execução das tarefas</i>				
Adequadas	11	4,26±0,36	3,15±0,53	3,60±0,78
Inadequadas	22	4,13±0,76	3,18±0,60	3,84±0,55
Valor P ¹		0,523	0,868	0,368
<i>Tarefas repetitivas</i>				
Não	4	4,10±0,29	2,73±0,48	3,79±0,57
Sim	29	4,18±0,68	3,23±0,56	3,76±0,65
Valor P ¹		0,701	0,129	0,920
<i>Tarefas novas</i>				
Não	28	4,10±0,67	3,17±0,58	3,72±0,67
Sim	5	4,58±0,32	3,21±0,61	4,01±0,31
Valor P ¹		0,029	0,885	0,141
<i>Tarefas imprevisíveis</i>				
Não	10	3,73±0,87	3,54±0,74	3,41±0,87
Sim	23	4,36±0,42	3,01±0,41	3,92±0,44
Valor P ¹		0,055	0,057	0,108
<i>Recebeu treinamento específico para executar tarefas</i>				
Não	22	4,04±0,73	3,20±0,67	3,63±0,68
Sim	11	4,44±0,35	3,12±0,34	4,02±0,46
Valor P ¹		0,042	0,666	0,064
<i>Recebeu treinamento para acolhimento e classificação de risco</i>				
Não	4	4,25±0,39	2,92±0,39	4,16±0,50
Sim	29	4,16±0,68	3,21±0,59	3,71±0,64
Valor P ¹		0,733	0,259	0,185

¹Valor P referente ao teste t para amostras independentes a P<0,05. ²Valor P referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a P<0,05. Letras diferentes na mesma coluna indicam diferenças significativas entre as médias pelo teste de comparação múltipla de Tukey a P<0,05.

Tabela 5. Média±desvio padrão dos escores dos indicadores em relação a algumas variáveis categóricas (continuação).

Estatísticas descritivas	N	Indicadores		
		Valorização	Desgaste	Reconhecimento
<i>Supervisão</i>				
Adequada	13	4,40±0,43	3,10±0,46	4,05±0,49
Inadequada	20	4,02±0,73	3,22±0,64	3,57±0,66
Valor P ¹		0,070	0,552	0,024

¹Valor P referente ao teste t para amostras independentes a P<0,05. ²Valor P referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a P<0,05. Letras diferentes na mesma coluna indicam diferenças significativas entre as médias pelo teste de comparação múltipla de Tukey a P<0,05.

De acordo com os resultados da Tabela 5 é possível pressupor a existência de seis casos nos quais os escores dos indicadores diferiram de forma significativa em relação a algumas variáveis categóricas. Desse total, foi possível observar dois casos de diferenças significativas para o indicador valorização, dois casos para o indicador desgaste e dois casos para o indicador reconhecimento.

Analisando os resultados para o indicador valorização foi possível constatar que quando os enfermeiros foram submetidos a novas tarefas, o escore desse indicador foi significativamente superior em relação aos enfermeiros que não foram submetidos a novas tarefas. Resultado semelhante foi possível de ser constatado para os enfermeiros que receberam treinamento para executar as suas tarefas, ou seja, aqueles que receberam treinamento apresentaram escores significativamente superiores do indicador valorização comparado aos enfermeiros que não receberam tal treinamento (Figura 2).

Figura 2. Escores do indicador valorização em relação à realização de tarefas novas e ao treinamento para realização das tarefas.

Pontos escuros correspondem aos valores dos escores individuais; pontos vermelhos indicam as médias das distribuições.

Em relação ao indicador desgaste, dois casos apresentaram significância estatística na comparação dos escores: esforço significativo para a realização das tarefas e esforço mental para a realização destas. Enfermeiros que demandaram esforço significativo para realizar as tarefas e enfermeiros que demandaram esforço mental para realizar tais atividades apresentaram escores de desgaste significativamente superiores em relação aos enfermeiros que não declararam esforço significativo ou esforço mental. Sendo assim, é possível pressupor que o esforço significativo, seja ele físico ou mental, nesse estudo não promove maior desgaste do profissional em relação ao profissional que não realiza esforço significativo físico ou mental (Figura 3).

O indicador reconhecimento apresentou diferenças significativas na comparação de duas variáveis categóricas. A primeira delas foi referente ao horário de trabalho, sendo que enfermeiros que trabalham à tarde apresentaram escores significativamente superiores de reconhecimento em relação aos enfermeiros que trabalham à noite. A outra variável que apresentou diferenças significativas foi referente à supervisão, ou seja, quando adequada, os enfermeiros apresentaram escores de reconhecimento significativamente superiores em relação aos enfermeiros que alegaram supervisão inadequada (Figura 4).

Figura 3. Escores do indicador desgaste em relação à realização de esforço significativo e esforço mental.

Pontos escuros correspondem aos valores dos escores individuais; pontos vermelhos indicam as médias das distribuições.

Figura 4. Escores do indicador reconhecimento em relação ao horário de trabalho e à supervisão.

A Tabela 6 mostra a correlação dos escores dos três indicadores avaliados no estudo com algumas variáveis contínuas de interesse. Os resultados mostram os coeficientes de correlação de Spearman juntamente com seus respectivos valores P. Para a correlação ser considerada forte e significativa, os coeficientes devem apresentar valores superiores a 0,700 ou inferiores a -0,700 com valores P inferiores ao nível de significância adotado ($P < 0,05$).

Tabela 6. Coeficientes de correlação de Spearman (valores P) para a correlação dos escores dos três indicadores em relação a algumas variáveis contínuas de interesse.

Variáveis contínuas	Indicadores		
	Valorização	Desgaste	Reconhecimento
Idade	0,190 (0,291)	-0,107 (0,552)	-0,044 (0,807)
Carga horária	0,181 (0,312)	0,220 (0,218)	0,253 (0,156)
Tempo na enfermagem	0,211 (0,239)	-0,068 (0,707)	0,004 (0,981)
Tempo na instituição	0,020 (0,914)	0,145 (0,422)	-0,155 (0,391)
Tempo de pausa	-0,406 (0,040)	-0,332 (0,097)	-0,612 (0,001)
Horas extras	-0,172 (0,348)	0,258 (0,153)	-0,237 (0,191)

Os resultados da Tabela 6 indicam a presença de dois casos de correlação significativa, sendo ambos considerados casos de correlação moderada (acima de -0,700). A correlação, nesses casos, foi negativa, ou seja, à medida que uma variável aumenta a outra diminui, já que os coeficientes de correlação de Spearman foram negativos (Figura 5).

Em ambos os casos, os escores de valorização e reconhecimento foram significativamente menores quando o tempo de pausa pelos enfermeiros no trabalho foi maior. O contrário também foi verdadeiro, ou seja, quanto menor o tempo de pausa no trabalho pelos enfermeiros maior o escore de valorização e reconhecimento. Dessa forma, é possível pressupor que o maior tempo de pausa no trabalho indicam menor valorização e reconhecimento dos enfermeiros avaliados no estudo, sendo que o tempo de pausa e os escores de valorização e reconhecimento apresentaram correlação moderada. Cabe destacar que o maior horário de

pausa está relacionado ao turno de trabalho. Trata-se dos trabalhadores do noturno, que fazem uma pausa maior devido a jornada de trabalho de doze horas.

Figura 5. Escores de valorização e reconhecimento em correlação com o tempo de pausa no trabalho.

Análise alfa de Cronbach

O parâmetro alfa de Cronbach indica a aderência da amostra ao instrumento aplicado, evidenciando a alta ou baixa confiabilidade do instrumento para medir as características alvo dos indivíduos do estudo. De uma forma geral, de acordo com o instrumento, considera-se ideal que o coeficiente Alfa de Cronbach seja igual ou superior a 0,700 para que os dados apresentem elevada aderência ao instrumento. A Tabela 7 mostra os coeficientes de Alfa de Cronbach para os enfermeiros do estudo nos três indicadores avaliados.

Todos os indicadores do instrumento apresentaram coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,700 pressupondo elevada consistência e aderência dos dados ao instrumento. Esses valores são importantes para validar os resultados obtidos na análise. Nesse contexto, é possível pressupor que os dados são aderentes ao instrumento e as análises obtidas realmente mostram resultados que caracterizam a amostra de enfermeiros que foi analisada nesse estudo no que se refere à valorização, desgaste e reconhecimento.

Tabela 7. Coeficientes alfa de Cronbach para os indicadores do instrumento avaliado para os enfermeiros participantes do estudo.

Indicadores	Escala/item	Coeficiente de alfa de Cronbach com a exclusão de item	Coeficiente de alfa de Cronbach da escala
Valorização	1	0,901	0,911
	2	0,907	
	3	0,906	
	4	0,908	
	5	0,906	
	6	0,897	
	7	0,898	
	8	0,901	
	9	0,920	
	10	0,899	
	11	0,921	
	12	0,901	
	13	0,903	
	14	0,899	
Desgaste	15	0,781	0,803
	16	0,789	
	17	0,783	
	18	0,784	
	19	0,773	
	20	0,762	
	21	0,803	
	22	0,766	
	23	0,773	
	24	0,794	
	25	0,790	
	26	0,858	
	27	0,783	
Reconhecimento	28	0,836	0,841
	29	0,815	
	30	0,832	
	31	0,818	
	32	0,828	
	33	0,820	
	34	0,830	
	35	0,816	
	36	0,831	
	37	0,848	
	38	0,831	

6. Discussão

O estudo permite verificar que a aplicação do acolhimento com classificação de risco, é diferente para casa serviço, independentemente da utilização de um protocolo específico, pois, apesar de estar instituído o instrumento para todo o município, cada serviço se organiza e atua de uma forma diferente de acordo com a estrutura que possui e também de acordo com o profissional que realiza a atividade. Estudos prévios sobre a classificação de risco realizados em também evidenciaram que nem sempre ela é realizada como preconizado pela Política Nacional de humanização (ROCHA, 2010; DAL PAI, 2011) e por vezes ela não é realizada pelo enfermeiro sendo delegada ao técnico e inclusive não é feita mesmo. Isso concorda com estudos já realizados e a alegação para essas situações foi a demanda de pacientes que vão aos serviços (RODRIGUES&RIBEIRO,2001) e a não utilização dos enfermeiros nessa atividade e a substituição dos mesmos por auxiliares e técnicos e inclusive médicos (ROCHA et al,2010).

Isso mostra o quanto a classificação de risco está sendo incorporada de forma equivocada pelos serviços de pronto atendimento e que não há uma padronização na sua aplicação,

O estudo de Prudêncio (2016), evidenciou ainda que apesar da instituição de protocolos de classificação de risco nos pronto-atendimentos, os enfermeiros identificam essa ferramenta apenas como um facilitador do trabalho, mas usam a avaliação subjetiva, baseada em sua experiência clínica para avaliar os pacientes e consequentemente cada enfermeiro avalia o paciente de acordo com sua experiência profissional.

Na verdade tal procedimento dos enfermeiros não seria inadequado se isso fosse utilizado como um balizador entre a realidade prática e o instrumento teórico adaptado de outro país e que certamente necessita ajustes locais (dentre outros) como qualquer instrumento, a experiência das enfermeiras poderia ser utilizada na avaliação do protocolo, pois nenhum instrumento é ou se mantém perfeito com o tempo.

Outro problema identificado foi a falta de insumos (equipamentos) para a realização do acolhimento com classificação de risco e isso pode igualmente, ser comprovado em estudo (Prudêncio, 2016), no qual a falta de materiais como esfigmomanômetro constituem um desafio para o desenvolvimento dessa atribuição do enfermeiro o que pode aumentar o desgaste do profissional (DAL PAI, 2011; CALDERERO, 2008)

Nos casos (Serviços) investigados observou-se que as instalações não estão adequadas para a realização dessa atividade. Essa dificuldade é encontrada também em outro estudo em que os enfermeiros relatam como um dos problemas sentidos ao desenvolver essa atividade, as áreas

físicas inadequadas para executar o acolhimento. É importante lembrar que um dos pilares do acolhimento é a ambiência (DURO, 2016).

Em todos os casos estudados o registro dos atendimentos realizados na classificação foi falho e não foram encontrados estudos sobre a importância do registro do número de pacientes atendidos no acolhimento com classificação de risco. Pode-se inferir que a precariedade no registro ocorra pela grande demanda de atribuições da equipe de saúde. Porém esse dado sobre o registro é relevante, pois pode ser utilizado como indicador para avaliar a efetividade na aplicação do protocolo de Manchester e na promoção de melhorias que possam diminuir o desgaste dos profissionais envolvidos.

O exposto anteriormente apoia-se em afirmação sobre a importância de realizar a análise dos registros desses atendimentos para a avaliação das atividades realizadas para identificar os erros no processo e propor melhorias na execução do protocolo de classificação de risco (FEIJÓ, 2015).

Não foram encontrados estudos relacionados aos tempos de espera por atendimento médico após a classificação de risco. Pode-se inferir que é necessária a articulação entre os agentes envolvidos na aplicação do protocolo de classificação de risco, com a orientação da equipe médica sobre a importância de seguir o protocolo instituído nas unidades de urgência e emergência, respeitando os prazos pré-estabelecidos. O desconhecimento da equipe médica em relação aos objetivos da classificação de risco foi constatado por estudo realizado por Duro (2014), que evidenciou a resistência desses profissionais em utilizar os protocolos.

Conforme o tempo de espera aumenta, há o acréscimo de trabalho ao enfermeiro, que além de atender os novos pacientes precisa reclassificar os antigos, pois na espera pode haver mudanças no quadro clínico deles. Apesar de ser um encargo a mais, como indica estudo de HERMINA (2018), a reavaliação é uma ferramenta de trabalho e faz parte das atribuições desses profissionais no acolhimento, que devem reavaliar o usuário periodicamente até que recebam atendimento médico. Daí a importância da agilidade no atendimento, pois infere-se que quanto mais reclassificações o profissional tiver de fazer, mais ele sentirá a atividade como repetitiva e desmotivadora.

A procura pelos serviços de pronto atendimento por pacientes com baixo grau de complexidade também gerou sobrecarga ao trabalho do enfermeiro na classificação de risco, e isso corrobora com estudos realizados que demonstraram que grande parte dos atendimentos realizados nesses serviços poderiam ser atendidos na atenção básica. (DURO, 2014; PRUDÊNCIO, 2016; COSTA, 2015).

A busca pelo serviço de urgência e emergência por paciente de baixa complexidade também podem gerar sofrimento no enfermeiro (SAKAI, 2016). As altas demandas de pacientes não urgentes na porta de entrada tendem a aumentar o tempo de espera e, por conseguinte geram superlotação e como resultado os pacientes tornam-se inquietos e em busca de informações sobrecarregam o profissional escalado na classificação de risco e geram desgaste ao longo da jornada de trabalho (DURO, 2014). Podem gerar ainda esforço mental ao trabalhador, a morte de pacientes, a atenção constante, cuidado a pacientes graves, enfim a grande gama de atribuições (RIBEIRO, 2007).

A predominância de enfermeiras neste estudo indicou que a enfermagem ainda é uma profissão formada em sua maioria por mulheres fato que concorda com estudos prévios. (GUIDO, 2011, SPINDOLA, 2003). Há o predomínio de enfermeiros com média de idade de 40,27 anos e casados, concordando com estudo anterior (GUIDO, 2011). A maioria foi proveniente do estado de São Paulo. Menos da metade possuía especialização em urgência e emergência (30,3%), com experiência nos serviços em que atuavam no período da pesquisa (média de 7,9 anos).

Sobre atividades fora do trabalho, no estudo atual, ao contrário de outros estudos, 72,73% dos enfermeiros realizam algum tipo de atividade de lazer, podendo ser evidenciado em estudo no qual os trabalhadores quase não dispõem de tempo atividades de lazer, para descanso, convívio familiar, ou para qualificação profissional, justificado pelas condições pessoais, do trabalho e financeiras e isso pode levar a sentimento de angústia por afastamento de atividades que causam bem-estar (LIMA, 2013)

Os plantões são divididos em manhã (33,33%) tarde (24,24%) e duas equipes no noturno (42,42%). Não foram encontrados estudos que mencionem dados sobre a divisão das equipes de trabalho.

A maioria dos profissionais possuem pausa de descanso no horário de trabalho com média entre os participantes de aproximadamente uma hora, dado relativo ao descanso dos profissionais do período noturno, pois os funcionários dos plantões da manhã e tarde apresentaram apenas 15 minutos de descanso. Essa uma hora de descanso permitido para os funcionários do noturno é o período utilizado para a refeição, parece ser tempo insuficiente para o profissional que tem uma jornada de trabalho de 12 horas, porém está em consonância com a legislação trabalhista vigente na época (CLT) e Parecer do COREN (COREN, 2011).

Em relação à jornada de trabalho mais da metade possuíam dois vínculos empregatícios e todas com turno fixo, porém a maioria dos enfermeiros dos serviços investigados estendiam a

carga horária de trabalho, seja por meio de horas extras, seja pela manutenção dos vínculos empregatícios. Esse dado concorda com outros estudos (SPINDOLA, 2003; LIMA, 2013).

O trabalho em diferentes turnos e da dupla jornada de trabalho é mencionado como fator que influi na forma como as enfermeiras organizam sua vida (SPINDOLA, 2003) o primeiro não se aplica no presente estudo, porém não foi citado pela amostra como a compatibilização de dois vínculos empregatícios interferia no seu cotidiano. Porém constitui um fator a ser ponderado pois, estudo revelou que trabalhadores com dupla jornada de trabalho estão mais propensos a desenvolverem sinais e sintomas como tensão muscular, taquicardia, náuseas entre outros (LIMA, 2013). Também há de se considerar que o excesso de atribuições e número insuficiente de enfermeiros, podem ocasionar adoecimento (MININEL, 2011).

No presente estudo a maioria dos enfermeiros estende sua carga horária de trabalho (72,73%), sendo está considerada uma rotina pelos enfermeiros do estudo. Em relação a essa questão, estudo realizado por DALRI (2014) evidenciou que quando a jornada de trabalho é estendida por meio de horas extras e o enfermeiro permanece no serviço, o desgaste apresentado geralmente é menor do que quando ele mantém dois vínculos, visto que o profissional já está inserido na organização do serviço, possui o conhecimento dos pacientes e as atividades a serem realizadas.

Dos enfermeiros contatados, 87,9% declaram que receberam treinamento para trabalhar no acolhimento com classificação de risco e 60,6%, relatam que esse treinamento foi suficiente. Recomenda-se a continuidade da avaliação do processo de Classificação de risco já que estudos demonstram que verificar a eficiência de treinamentos através de avaliações formativas podem proporcionar o domínio do conhecimento necessário para realizar determinadas atribuições. Mudanças no comportamento do trabalhador em saúde exigem avaliação e feedback contínuo a fim de investigar quais alterações podem ser realizadas no processo, quais erros a serem corrigidos e quais os procedimentos devem ser mantidos (WILKES, 1999).

Também Hermida (2018) em seu estudo reforça a importância do treinamento, porque um enfermeiro que não conhece o protocolo da instituição pode classificar erroneamente e resultar em complicações clínicas graves, morte, ou insatisfação do paciente e dos acompanhantes que estão esperando atendimento médico.

Em apoio a esse pressuposto, um estudo de revisão sistemática, cujos resultados evidenciaram que em alguns países é exigido do enfermeiro ampla experiência no trabalho com urgência e emergência antes de assumir o trabalho na Classificação de risco, com a justificativa de que uma avaliação equivocada pode gerar uma classificação inadequada para o usuário

(ACOSTA, 2012). Na Austrália e Nova Zelândia o enfermeiro precisa possuir experiência clínica de um ano a um ano e meio antes de assumir a triagem (KELLY, 2001).

Neste trabalho, 69,7% dos entrevistados não possuíam especialização em urgência e emergência, e 66,7% não receberam treinamento para atuar em serviço de urgência e emergência. Esse pode ser um fator dificultador do trabalho da equipe de enfermagem, porque profissionais despreparados para trabalhar na urgência e emergência, sobrecarregam aqueles que possuem o conhecimento e experiência na atividade desenvolvida (OLIVEIRA, 2015).

No presente estudo, as atribuições no trabalho foram consideradas inadequadas pela maioria dos participantes. O esforço para exercer suas tarefas foi relatado por 81,25% dos enfermeiros que participaram do estudo, e o esforço mental por 69,88%. Esse esforço mental pode estar relacionado como traz Martins (2013), a falta de recursos humanos evidenciado pela quantidade de enfermeiros que estendiam a jornada de trabalho e pode ter como resultado sobrecarga e consequente desgaste.

Estudo realizado por Santos (2011), revela que em geral os enfermeiros estão estressados devido a densa carga horária de trabalho que influencia no surgimento de desgaste físico e mental, sendo essa uma das maiores causas de estresse.

O sofrimento está relacionado com o excesso da carga de trabalho, e pode ser justificado pelo mal dimensionamento da equipe de enfermagem e excesso de horas de trabalho (CARVALHO, 2017). Esses profissionais assumem também outras atribuições, que vão além de sua função assistencial, assumindo funções administrativas e de pesquisa (MARTINS, 2013).

No estudo em questão, 87,88% consideraram a atividade repetitiva, dados esses que conflitam com os 84,85% que consideraram a classificação de risco uma atividade imprevisível. Pode ser inferido que grande demanda dos serviços de urgência seja de pacientes com queixas consideradas comuns, e entre elas aparecem com menor frequência casos imprevisíveis.

Outra variável importante para o estudo refere-se à percepção dos enfermeiros relacionada a supervisão do seu trabalho, pois 60,61% consideraram-na inadequada, pode-se inferir que os enfermeiros consideram a gestão do serviço inadequada, devido a problemas na organização do trabalho e que dificultam a interação com os membros da equipe como mostra estudo realizado por CHAVES (2017). Também a pesquisa de Ribeiro (2007) mostra evidências de que a repetitividade das atividades aliada a supervisão inadequada, horas extras, equipe reduzida, baixos salários, são fatores que causam desgaste psíquico. Portanto esses estudos corroboram

os achados do presente, principalmente em relação às atividades repetitivas e à supervisão de enfermagem.

Nesse estudo o indicador com menor escore foi o desgaste assim como em estudo realizado por Mendes (2001) em que quando o valor obtido se aproximar da média (3), pode-se inferir que esses trabalhadores vivenciam situações de desgaste, mesmo que pequeno grau, isso foi observado nos indicadores relacionados ao turno de trabalho (com destaque para o noturno), presença de outro vínculo empregatício (com scores 3,07 e 3,02, respectivamente); falta de treinamento para atuar em urgência e emergência(2,99) sendo este último estatisticamente significativo. Destaque-se que na correlação entre o fator desgaste e esforços físico e mental, os resultados foram estatisticamente significantes, porém segundo o resultado de análise da escala os valores estão superiores à média, ou seja acima de três, o que não é indicativo de desgaste (Lembrando que o fator Desgaste é inversamente proporcional ao reconhecimento e valorização e quanto menor o valor do escore, maior é o desgaste apresentado).

O desgaste ocasionado pelo trabalho noturno e pela dupla jornada de trabalho em mais de um emprego concorda com trabalhos realizados por Mauro (1993; Mauro, 2010). No último a autora evidencia que 47% dos profissionais de enfermagem com outro vínculo empregatício apresentavam sofrimento em detrimento da alta carga de trabalho.

Os dados do estudo atual mostraram na correlação desgaste e variáveis, carga horária estendida um resultado na média (3,25), o mesmo foi observado com a variável outro vínculo empregatício (3,02).

O desgaste esteve abaixo da média para aqueles profissionais que não realizaram treinamento para atuar na classificação de risco (inferior à média, 2,92). Pesquisa evidenciou que o medo do profissional em classificar erroneamente o paciente, gerou sofrimento (SAKAI, 2016). O receio de causar complicações à saúde e gerar a insatisfação dos pacientes foi relatado em estudo (HERMIDA, 2018).

A hipótese é que a falta de treinamento gera sofrimento devido a insegurança pelo desconhecimento do protocolo de classificação institucional e do receio de causar problemas ao paciente.

Os fatores de valorização e Reconhecimento também se mostraram próximos da média estipulada pela escala.

Nesse sentido cabe destacar que o profissional que recebeu treinamento e que o avaliou como adequado, apresentou escores elevados (4,44) indicando que sente a valorização do seu trabalho. Esse é um indicador de que esses enfermeiros se sentem valorizados e não vivenciam

sofrimento com a execução do mesmo, pois trabalhadores ao assumirem uma nova função, quando não recebem o treinamento adequado e são considerados desqualificados para a tarefa pela coletividade estão mais vulneráveis a sentir sofrimento (Dejours, 1987).

A realização de novas tarefas, mostrou escore maior (4,58) do que os enfermeiros que não realizam novas tarefas (4,10), e foi estatisticamente significativa (0,029). O trabalho de Mauro (2010) evidenciou e que o trabalho repetitivo tende a exigir esforço do profissional de enfermagem.

O fator reconhecimento, apresentou diferenças significantes em suas médias em duas variáveis; os profissionais que trabalham no período da tarde apresentaram escore significativamente superior (4,10) ao daqueles que trabalhavam a noite (3,43) e nos enfermeiros que entenderam a supervisão como adequada, os escores de reconhecimento também são superiores (4,05). Estudo realizado por Rosa (2005), apresenta similaridade com este estudo ao afirmar que uma supervisão inadequada pode ser geradora de insatisfação no trabalho.

Como limitações do estudo, destaca-se o uso de uma escala ainda em construção (MORRONE, 2003), que tem sido adaptada nos estudos em que foi aplicada (MENDES, 2003, PEREIRA, 2003, MARTINS, 2002), daí a dificuldade em fazer comparações de resultados. A decisão de utilizá-la ocorreu devido ao fato de ser uma escala baseada num referencial da psicodinâmica do trabalho (Dejours, 1987) que privilegia as vivências do sujeito, no caso prazer e sofrimento no trabalho, representadas pelos fatores valorização e reconhecimento, com os indicadores das experiências de prazer e pelo fator desgaste, com os indicadores das vivências de sofrimento.

Como se trata de aspectos subjetivos referentes à apreensão de aspectos psíquicos (prazer e sofrimento) do sujeito no trabalho, se tem a compreensão de que diversas variáveis interferem o que impossibilita captar a totalidade desse fenômeno.

7. Considerações Finais

O estudo utilizou como estratégias para obtenção dos dados a observação participante que incluiu a consulta a documentos, conversas informais com enfermeiros e a observação propriamente dita das formas de organização do trabalho nos casos investigados (serviços de Pronto Atendimento, bem como a área física onde ele foi realizado e os insumos disponíveis. Além disso a aplicação de escala com objetivo de avaliar os fatores de Desgaste, valorização e reconhecimento. O conjunto de informações obtidas permitiu verificar similaridades entre os 4 casos investigados e as percepções e vivências dos enfermeiros, o que possibilita apresentar algumas conclusões.

Em relação aos serviços verificou-se que todos conhecem o Protocolo de Classificação de Risco e o têm instituído, porém cada serviço se organiza e atua de uma forma diferente de acordo com a estrutura que possui e critérios que estabelece, por vezes subjetivos para delegar essa função ao enfermeiro (afinidade pessoal pela atividade), embora a maioria recebeu treinamento e sua percepção foi dele ser suficiente.

Outro aspecto observado e relatado foi o de uso de outros profissionais da equipe de enfermagem para fazer acolhimento com vistas à triagem, procedimento justificado pela demanda de pacientes que vão aos serviços.

Em todos os casos estudados o registro dos atendimentos realizados na classificação foi falho, feito parte em livro, que não continha todos os dados e parte no sistema (ToLife) isso no caso Hospital, nos demais, UPAS, não havia registro de nenhuma natureza.

Parte do problema dos registros deveu-se ao fato da carência ou mau funcionamento de insumos, no caso computadores.

Outros insumos necessários para a realização do trabalho estavam ausentes ou danificados (Aparelhos de pressão, oxímetro, glicosímetro dentre outros.

As instalações foram relatadas pelos enfermeiros e efetivamente observadas como inadequadas em relação ao preconizado em termos de ambiência, tanto no que se refere ao acolhimento dos pacientes como à realização do trabalho.

A observação local permitiu verificar que os tempos de espera por atendimento médico após a classificação de risco foram com demorados (média de três horas para qualquer tipo de ficha)

Relatos informais de enfermeiros, mostram ser necessária a articulação entre os agentes envolvidos na aplicação do protocolo de classificação de risco, com a orientação da equipe

médica sobre a importância de seguir o protocolo instituído nas unidades de urgência e emergência, respeitando os prazos pré-estabelecidos.

Outro fator observado e mencionado por enfermeiros como sobrecarga ao trabalho do enfermeiro na classificação de risco, foi a procura dos serviços de pronto atendimento por pacientes com baixo grau de complexidade.

Como características desses enfermeiros destacam-se que poucos possuíam especialização em urgência e emergência, embora atuassem nos locais há um tempo considerável (média de 7,9 anos). E quanto ao trabalho executado (72,73% dos enfermeiros) relataram que rotineiramente estendem sua carga horária de trabalho.

No que tange ao fator desgaste este apresentou menor escore (o valor obtido se aproximou da média 3), embora infira-se que esses trabalhadores vivenciam situações de desgaste, mesmo que pequeno grau, na correlação entre o fator desgaste e esforços físico e mental, os resultados foram estatisticamente significantes, pois 81,25% registraram esforço em geral e 69,88% o esforço mental, para exercer suas tarefas. Além disso os enfermeiros (87,88%) consideraram sua atividade repetitiva. Também chamou a atenção a percepção dos enfermeiros relacionada a supervisão do seu trabalho, com um grupo considerável (60,61%) que a julgou inadequada.

Destaca-se o desgaste ocasionado pelo trabalho noturno e pela dupla jornada de trabalho através da correlação desgaste e carga horária estendida o mesmo foi observado com a variável outro vínculo empregatício.

O fator valorização foi o que indicou diferenças significativas em relação aos demais (desgaste e reconhecimento). Contudo, os fatores de valorização e Reconhecimento também se mostraram próximos da média estipulada pela escala.

Os enfermeiros submetidos a novas tarefas, não repetitivas, mostram escore de indicadores de valorização significativamente superior em relação aos enfermeiros que não foram submetidos a novas tarefas.

Os enfermeiros que receberam treinamento para executar as suas tarefas, ou seja, aqueles que receberam treinamento e o consideraram adequado apresentaram escores significativamente superiores de indicadores de valorização quando comparado aos enfermeiros não treinados.

Os enfermeiros que trabalhavam à tarde apresentaram escores significativamente superiores de reconhecimento em relação aos enfermeiros que trabalham à noite.

Os enfermeiros que perceberam a supervisão como adequada, apresentaram escores de reconhecimento significativamente superiores em relação aos enfermeiros que alegaram supervisão inadequada

O material coletado e analisado permitiu conhecer e compreender a realidade cotidiana de uma amostra de enfermeiros que trabalham em serviços de Urgência e Emergência de um Município. Com suas peculiaridades, deficiências ou limitações e os componentes do seu trabalho geradores de desgaste, favorecedores do reconhecimento e valorização.

Percebeu-se que há um caminho a ser traçado para melhorar a aplicação do acolhimento através da classificação de risco pois parece estar sendo incorporada de forma equivocada pelos serviços de pronto atendimento e que não há uma padronização na sua aplicação.

Algumas questões merecem destaque como o espaço físico e os recursos materiais disponíveis para a realização e registro da atividade; a seleção de pessoal especializado para atuar em Urgências e Emergências, dado que isso mostrou interferir no desgaste do trabalhador; o treinamento da equipe de saúde nesse procedimento e a avaliação continuada para verificar a qualidade da implementação do acolhimento mediante a classificação de risco, possível de ser verificada principalmente através do tempo de espera do paciente, e a identificação de erros no processo para propor melhorias na execução do protocolo de classificação de risco.

Referências

ACOSTA, A.M; DURO, C.L.M; LIMA, M.A.D.S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/Classificação de Risco de serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev Gaúcha enfer.** v.33, p. 181-190.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção as urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS:** acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** [Internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600 de 207 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)** [Internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1087081600.html>

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BULLARD, MJ et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines. **CJEM.** v. 16, p. 1-5, 2014.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS AND NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION. **Implementational Guidelines for the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS).** [Online]. Available from: www.caep.ca

CARVALHO, et al. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare enferm.** v. 22, p 01-11, 2017. Disponível em <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46569>> Acesso em 22 de julho de 2018.

CALDERERO A.R.L, MIASSO A.I, CORRADI-WEBSTER C.M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008;10(1):51-62. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>

CHAVES, L,D,C. et al. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, p. 1165-70, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1106.pdf acesso em: 27 de julho de 2018.

CHRIST, M, et.al. Modern Triage in the Emergency Department. **Dtsch Arztebl Int.** v.107, p. 892–898, 2010. Disponível em: <http://www.academia.edu/18453851/Modern_triage_in_the_emergency_department> acesso em: 20 de julho de 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, **Parecer Normativo DF 05/2011: Dispõe sobre a Carga horária permitida para o profissional de enfermagem** (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) permanecer assistindo o cliente/paciente no serviço de home care (assistência domiciliar), Distrito Federal, 2011.

DALRI, R.C.M.B, SILVA, L.A. MENDES A.M.O.C; ROBAZZI, M.LC.C. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.22 n.6, p. 959-65. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf Acesso em: 17 de julho de 2018.

DAL PAI, D; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 524-530, Sept. 2011 .

DURO, C.L.M; LIMA, M.A.D.S, LEVANDOVSKI PF, BOHN MLS, ABREU; K.P. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Ver. Rene.** V.15; p 447-54, 2014.

FARIAS, Sílvia Maria de Carvalho et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 45, n. 3, p. 722-729, 2011.

FEIJO, V.B.E, JUNIOR, L.C; SOUZA; R.K.T; DIAS, A.O. Analysis of the demand in urgency with risk classification. **Saúde Debate.** Rio De Janeiro, V. 39, N. 106, P. 627-636. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf> Acesso em: 27 de julho de 2018.

FONTANA, R.T. Humanization in the process of working in nursing: a reflection. **Rev. Rede de Enfermagem do Nordeste.** v.11, p. 200-207.

FOLKMAN, S. ; LAZURUS, R. S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, n. 1, p. 150-70, 1985

FREITAS, W.R.S; JABBOUR, C.J.C. Utilizando o estudo de caso (s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. **Estudo e debate**, Lajeado, v.18, n2, p. 07-22, 2011

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

GILBOY, N; TANABE, T; TRAVERS, D; ROSENAU, A, M. **Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4**. Implementation Handbook 2012 Edition. ed. 14. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality, 2011.

GUIDO, L.A; LINCH, G.F.C; PITTHAN, L.O; Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.45, p1434-9, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reecusp/article/view/40855> acesso em: 27 de julho de 2018.

HERMIDA, et al. User embracement with risk classification in emergency care unit: na evaluative study. **Rev. da Escola de Enferm da USP**. v. 52, 2018. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100400&script=sci_abstract&tlng=pt> acesso em: 27 de julho de 2018.

HODGE, A; HUGMAN, A; VARNDELL, W; HOWES, K. A review of the quality assurance processes for the Australasian Triage Scale (ATS) and implications for the future practice. **Rev Australasian Emergency Nursing Journal**. v.16, p.21-29, 2013. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626712001206>> Acesso: 22 de julho de 2018.

HOOT, N.R.; ARONSKY, D. Systematic Review of Emergency Departament Crownding: Causes, Effects, and Solutions. **Annals of emergency medicine**. v. 52, n.2. p. 126-136, 2008.

Kelly AM, Richardson D. Training for the role of triage in Australasia. **Emerg Med**. v.13 p. 230-2, 2001.

LAGO, K; CODO, W. **Fadiga por Compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010.

LAURELL, A. C., & NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Cebes - Hucitec. (1989)

LIMA, M.A.D.S; ALMEIDA, M.C.P. de; LIMA, CAUDURO, C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 20, n. especial (1999), p. 130-142, 1999.

LIMA, M. B. et. al. Stressors in nursing with double or more working hours. **Rev. Cuidado é fundamental online**. Rio de Janeiro, v. 5, p. 3259 – 3266, 2013. Available from: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1907>> Acesso em 20 de julho 2018.

LIPP, M.E.N. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus, 1996

MAURO, M.I.C. et.al. **Working conditions of the nursing team in the patient wards of a university hospital**. Esc. Anna Nery Rev. de Enferm. v.14, p. 13-21, 2010.

MENDES, A.M. Prazer-sofrimento no trabalho qualificado: um estudo exploratório com engenheiros de uma empresa pública de telecomunicações. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, 1994

MENDES, A.M. Mendes, A.M. Inventário de prazer - sofrimento no trabalho: validação do instrumento, (Resumo). Em Sociedade Interamericana de Psicologia (Org). XXVI Congresso Interamericano de Psicologia, resumos (p.93). São Paulo: SIP (1997)

MENDES, A.M, Tamayo, A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-USF**, v.6, n.1, p.39-46, 2001

MENDES, A.M. **Inventário sobre o trabalho e riscos de Adoecimento** – ITRA. Ana Magnólia (org.) Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007b. p. 120 – 122.

MININEL, V.A; BAPTISTA, P.C.P; FELLI, V.E.A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, p. 1 – 9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_16> Acesso em: 20 de julho de 2018.

MORRONE, C.F. “Só pra eu não ficar desempregado” – ressignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. 2001. 141f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade de Brasília, Brasília.

OLIFSSON, P; GELLERSTEDT, M; CARLSTRON, E.D; Manchester Triage in Sweden – Interrater Reliability and Accuracy. **International Emergency Nursing**. v. 17, p. 143-148, 2009 Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X08001341>> Acesso: 22 de julho de 2018.

OLIVEIRA, Nunes de, et. al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. 2015. Disponível em:<<http://ucsj.redalyc.org/articulo.oa?id=71438421029>> Acesso em 20 de julho de 2018

PAIM J., TRAVASSOS C., ALMEIDA C., BAHIA L., MACINKO J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**. v. 11, p. 54-58, 2011. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1%20202011%20Doen%E7as%20cr%F4nicas%20n%E3o%20transmiss%EDveis%20no%20Brasil.pdf?sequence=1> Acesso em: 27 de julho de 2018.

PARENTI, N. et.al. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, The Manchester Triage System. **Rev. International Journal of Nursing studies**. v. 51, p. 1062–1069, 2014.

PEREIRA, J.A.S. Vivência do prazer-sofrimento na atividade gerencial em empresa estratégica: o impacto dos valores organizacionais. Dissertação (Mestrado em psicologia). 2003. Universidade de Brasília, Brasília.

PIRES, P.S. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). 2003. 206p. [Tese] Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2003.

PRUDENCIO, C.P.G; MONTEIRO, R.A.N; RIBEIRO, B.C.M; GOMES, M, S, C; MANHÃES, L.S.P. Perception of nurses on patient admission with risk rating of the emergency care service. **Revista Baiana de Enfermagem**. v.30, p. 1-10, 2016

RIBEIRO, E.J.G. Work accidents involving nursing workers. **Rev. Brasileira de Enferm.** Brasília, v. 60, p. 535-540, 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a10.pdf > acesso em 22 de julho 2018.

ROSA, C. da; CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 1-15, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 jul. 2018.

SAKAI, A.M; ROSSANEIS, M.A; HADDAD, M.C.F; SARDINHA, D.S.S; Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. **Rev. Reme**. v.17, p. 233.241, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3007> acesso em: 27 de julho de 2018.

SANTOS, T.M.B; FRAZÃO, I.S; FERREIRA, D.M.A. Workload-related stress in nurses in a university hospital. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, p. 76-81, 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/21115/13941>> Acesso em: 20 de julho de 2018.

RIBEIRO, G.C. Estudo de discrepâncias na aprendizagem. 1986. 131 p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ROBERTSON-STELL, I. Evolution of Triage Systems, **Emerg Med J**. v.23, p.154-155, 2006. Disponível em: < <https://emj.bmj.com/content/emjmed/23/2/154.full.pdf> > Acesso em: 27 de julho de 2018.

ROCHA, R. G. et al. Classificação de risco em emergência: como os enfermeiros entendem e participam desse programa. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**. p. 844-848, 2010. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1153> acesso em: 27 de julho de 2018.

RODRIGUES, A.P.B. et al. Nursing staff's conceptions of user embracement with risk classification. **Journal of nursing UFPE online**. Recife v8, p.2626-32, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9964/10292>. Acesso em: 26 de julho de 2018.

SELIGMANN-SILVA, E. **Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho**. In: MENDES, R. (ORG) Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu, 1995

SANTOS, T.M.M.B; FRAZÃO, I.S; FERREIRA, D.M.A. Estresse ocupacional de enfermeiros em um hospital universitário. **Cogitare Enferm.** v. 16, p. 76-81, 2011.

SPINDOLA, Thelma. Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 354-361, dec. 2000. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41176/44722>>. Acesso em: 27 July 2018.

SOUZA, R.S; BASTOS, M.A.R. **Reception with risk classification: the process according to the nurse's experience**. Rev. Eletr. Enf. V.13, p. 597-603, 2011. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/304>> Acesso em 20 de julho de 2018.

MARTINS, J.T. O cotidiano acadêmico de enfermeiros docentes da Universidade Estadual de Londrina – PR: um estudo sobre os sentimentos de prazer e sofrimento na implementação de uma mudança curricular radical. 2002. Dissertação (Mestrado em enfermagem fundamental). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.

WILKES, M; BLIGH, J. **Evaluating Educational Interventions**. Education And Debate. BMJ, V. 318; p.1269 – 1272. 1999.

VENTURA, Magda Maria. **O estudo de caso como modalidade de pesquisa**. Rev. SOCERJ. 2007; 20(5): 383-386.

VITURI, Dagmar Willamowius; INOUE, Kelly Cristina; JÚNIOR, José Aparecido Bellucci. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. Ribeirão Preto: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n.5: 9 p., 2013.

ZANELATTO, Daiana Maggi; DAL PAI, Daiane; práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **CiencCuidSaude**. v.9, n. 2, p. 358-365

ZANELLI, J.C. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Rev. Estudos de Psicologia**. v.7, (Número Especial), p. 79-88, 2002.

ZAR, J. H. **Biostatistical Analysis**. 5th edition. Essex: Prentice Hall, 2009. 960p

Dias; P. C. et al. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem** v.70. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267052669030>> acesso em 18 de julho de 2018

Apêndice:

Formulário Sócio-Demográfico

Data ____/____/____

1. Sexo: feminino(☐) Masculino (☐)
2. Idade: _____ anos
3. Estado civil: Solteiro (☐) Casado (☐) Viúvo (☐) Divorciado (☐) separado (☐) Amasiado
4. Procedência: _____
5. Nacionalidade: _____
6. Alimentação:
 - 6.1. Seu horário destinado a alimentação é: Regular (☐) Irregular (☐)
7. Lazer:
 - 7.1. Tem um período destinado ao lazer? Não (☐) Sim (☐)
 - 7.2. O que costuma fazer? _____
 - 7.3. Com qual frequência realiza essa atividade? _____

Dados profissionais

8. Possui especialização na área de urgência: _____
9. Qual sua carga semanal de trabalho nesse hospital? (Horas) _____
10. Tempo de trabalho de enfermagem (anos) _____
11. Tempo de trabalho no hospital (anos) _____
12. Você possui outro vínculo empregatício? Não (☐) sim (☐)
 - 12.1. Qual função? _____
 - 12.2. Qual a carga horária nessa atividade?
 - 12.3. Há quanto tempo está nesse trabalho?
13. Turno de trabalho: Fixo (☐) Rotativo (☐) Outro (☐)
14. Horário de trabalho: Manhã (☐) Tarde (☐) Noite (☐) Outros (☐)
15. Possui pausa no turno de trabalho? Não (☐) Sim (☐)

Se a resposta for afirmativa responda as questões abaixo

 - 15.1. Quanto tempo possui de pausa?
 - 15.2. O que acha do tempo de pausa?

Adequado (☐) por quê? _____

Inadequado (☐) por quê? _____
16. Você estende seu horário normal de trabalho: (☐) Sim (☐) Não
 - 16.1.1.1. Qual a média de horas extras mensais?

17. Você considera a distribuição de tarefas quanto a quantidade:

Adequadas () inadequadas ()

18. Para você realizar suas tarefas a esforço significativo? () sim () não

19. Para você realizar suas atividades há esforço mental? () sim () não

20. Você considera as distâncias percorridas, durante o turno de trabalho

Adequadas () por quê? _____

Inadequadas () por quê? _____

21. Você realiza o acolhimento com classificação de risco:

() Sim () Não

22. Você considera as atividades que desenvolve no acolhimento com classificação de risco:

Repetitivas ()

Novas ()

Imprevisíveis ()

Outra () Especifique: _____

23. Quando você foi contratado neste hospital recebeu treinamento específico para executar as atividades que seu trabalho exige?

() sim () Não

24. Você recebeu treinamento específico para realizar o acolhimento com classificação de risco?

() Sim () Não

25. No caso de ter recebido treinamento, qual foi sua duração:

() Até 4 horas () 5 a 10h () acima de 10 horas

26. Você considera o treinamento que recebeu suficiente?

() Sim () Não

27. A supervisão do seu trabalho é?

Adequadas () por quê? _____

Inadequadas () por quê? _____

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 184/2017, de 10.08.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 231ª Reunião Ordinária, realizada em 09 de agosto de 2017.

Protocolo CAAE: 70661317.4.0000.5393

Projeto: A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DO SOFRIMENTO VIVENCIADO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Pesquisadores: Débora Luiza da Silva

Margarita Antonia Villar Luis (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Margarita Antonia Villar Luis

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

O (A) Senhor (a) está sendo convidado a participar do projeto **A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DO SOFRIMENTO VIVENCIADO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**, **nosso objetivo** é, analisar as percepções de enfermeiros no trabalho ao aplicar a classificação de risco em serviços de Urgência e Emergência, analisar as ações que enfermeiros manifestam como dificuldades na aplicação desse processo bem como os sentimentos vivenciados, e analisar as ações que manifestam como estratégias para melhorar o processo. O estudo trará benefícios no sentido de ajudar a compreender a percepção do Enfermeiro sobre o sofrimento vivenciado, as dificuldades enfrentadas e as estratégias desenvolvidas por enfermeiro de locais de pronto atendimento, onde é realizado o processo de classificação de risco, esperamos ainda que as informações que a pesquisa proporcione sejam utilizadas pelos gestores locais e pelos próprios enfermeiros, no intuito de proteger a sua saúde mental. Sou mestrande do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e solicito a sua colaboração para preencher um questionário sobre dados sócio demográficos, uma escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no trabalho e uma entrevista Semi estruturada que será gravada. Por isso acreditamos que sua participação possa colaborar com a pesquisa. Se você tiver interesse em participar a aplicação desses procedimentos terá duração de aproximadamente 60 min embora não haja um tempo pré-determinado de resposta, cada um tem direito a responder no tempo que julgar necessário, caso você sinta algum desconforto e considere cansativo esse tempo, haverá a possibilidade da aplicação dos instrumentos ser realizada em mais de uma ocasião. O preenchimento dos instrumentos e a entrevista serão realizados no serviço em uma sala privativa de forma a garantir a sua privacidade e o sigilo das suas informações. Você não precisa responder perguntas que não queira. Você pode decidir se quer ou não participar do estudo e retirar o seu consentimento a qualquer momento, basta informar a pesquisadora. A decisão de não participar não reverterá em prejuízos no seu local de trabalho. Pensamos que não existem riscos ao participar do estudo. O único benefício pode ser

a chance de discutir assuntos de seu interesse e de outros profissionais acerca do sofrimento vivenciado pelo enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. Não se sinta pressionado para falar sobre alguma coisa que não quer falar. Você não terá gastos e não receberá dinheiro para participar da pesquisa. Você é livre para decidir se quer ou não participar da pesquisa. Toda informação que você der será mantida em segredo, exceto quando se tratar de assunto que o código profissional, de ética ou legal requeira que seja comunicado. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em revistas científicas, podendo também ser divulgados em apresentações em reuniões científicas. Entretanto, suas informações pessoais serão mantidas em absoluto sigilo e não serão divulgadas. Informamos que o (a) Senhor (a) tem direito a indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, conforme as leis do Brasil. Informamos que essa pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (CEP-EERP-USP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas. Esse documento foi elaborado em duas vias, que deverão ser assinadas pelo (a) senhor (a) e pelo pesquisador responsável pela pesquisa e uma das vias assinadas ficará com o (a) Senhor (a). Se o (a) Sr. (a) tiver qualquer dúvida em relação a pesquisa, por favor entre em contato: Débora Luiza da Silva – debora.luiza.silva@usp.br - (16) 3315-3477. Para contato com o comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP – Brasil CEP: 14040-902 Telefone: (16) 3515-9197; e-mail: cep@eerp.usp.br ; horário de funcionamento das 08h00min às 17h00min, dias úteis.

Assinatura do participante: _____

Margarita Antonia Villar Luis – e-mail: margarit@eerp.usp.br

Débora Luiza da Silva: - e-mail: debora.luiza.silva@usp.br

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Anexo I**Quadro de itens e cargas fatoriais da escala de Prazer-sofrimento no Trabalho(MENDES, 1999)****Valorização**

Meu trabalho tem finalidade

Sinto-me útil no meu trabalho

Minhas tarefas são significativas para mim

Minhas tarefas são significativas para as pessoas em geral

Sinto-me produtivo no meu trabalho

Identifico-me com minhas tarefas

Tenho disposição para realizar minhas tarefas

Meu trabalho contribui para o desenvolvimento da sociedade

Minhas tarefas exigem conhecimentos específicos

Sinto orgulho do trabalho que realizo

Minhas tarefas não são banais

Consigo adaptar meu trabalho às minhas necessidades

Utilizo a minha criatividade no desempenho de minhas tarefas

Quando executo minhas tarefas realizo-me profissionalmente

Desgaste

Meu trabalho é cansativo

Meu trabalho é desgastante

Tenho frustrações com meu trabalho

Minhas tarefas são desagradáveis

Sinto-me sobrecarregada no meu trabalho

Sinto desânimo no meu trabalho

Fico revoltada quando tenho que submeter meu trabalho a decisões políticas

Me trabalho me causa sofrimento

A repetitividade das minhas tarefas me incomoda

Revolta-me a submissão da coordenação

Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado

Sinto satisfação no meu trabalho

Sinto-me injustiçado pelo sistema de promoção da instituição

Reconhecimento

Sinto o reconhecimento das minhas colegas docentes pelo trabalho que realizo

Tenho liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho

Sinto meus colegas solidários comigo

Tenho liberdade para organizar meu trabalho da forma que quero

No meu trabalho participo desde o planejamento até a execução das tarefas

Sinto o reconhecimento da coordenação pelo trabalho que realizo

Gosto de conviver com meus colegas docentes no trabalho

No meu trabalho posso ser eu mesmo

O tipo de trabalho que faço é admirado pelos outros

No meu trabalho uso meu estilo pessoal

Tenho autonomia no desenvolvimento de minhas tarefas