



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

JANIMERE SOARES DA SILVA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM DESAFIO PARA OS
ENFERMEIROS DA EMERGÊNCIA DE UMA POLICLÍNICA EM BOA VISTA –
RORAIMA

Boa Vista, RR

2016

JANIMERE SOARES DA SILVA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM DESAFIO PARA OS
ENFERMEIROS DA EMERGÊNCIA DE UMA POLICLÍNICA EM BOA VISTA –
RORAIMA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Saúde, Educação e Meio Ambiente.

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Duarte.

Boa Vista, RR

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

JANIMERE SOARES DA SILVA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM DESAFIO PARA OS
ENFERMEIROS DA EMERGÊNCIA DE UMA POLICLÍNICA EM BOA VISTA –
RORAIMA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Saúde, Educação e Meio Ambiente.

Defendida em 28 de março e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Rosângela Duarte
Orientadora/PROCISA/UFRR

Prof. Dr. Ricardo Alves da Fonseca
PROCISA/UFRR

Profa. Ms. Fabiana Letícia Sbaraini
IFRR

*Ao meu esposo Cícero Cardozo que com tanta
sabedoria e paciência me apoiou nesse momento
tão especial da minha vida profissional.*

Dedico a você.

AGRADECIMENTOS

À Deus, sempre em primeiro lugar.

À Cicero, meu companheiro fiel durante 16 anos de casamento, que sempre com todo carinho e paciência do mundo, soube tão bem me ajudar nessa jornada durante o mestrado.

Ao meu príncipe João Vitor (meu filho) que por várias noites dormiu ao lado da minha mesa enquanto eu estudava, me aguardando terminar. Sempre me perguntando, por que eu estudava tanto?

A minha princesa Maria Clara (filha) que tão linda, sabia o quanto aquele momento era importante para mim.

A mamãe que mesmo sem entender o significado de um mestrado, sempre orou a Deus pedindo sabedoria e sucesso em minha vida. Me apoiou e esteve ao meu lado, sabendo o quanto eu gosto do aprendizado.

As minhas irmãs que sempre faziam correntes de oração para mim.

Em especial à minha orientadora Rosângela Duarte, auxiliando na construção dessa dissertação.

Ao meu professor Maxim Repetto, que soube guiar tão bem uma das disciplinas cursadas no mestrado, se tornando um momento de muito aprendizado para mim.

Aos meus amigos que torceram e me ajudaram antes e após a aprovação.

Aos profissionais do IFRR que sempre me apoiaram nesse período.

Aos meus colegas do mestrado. Como vocês foram importantes nessa jornada.

Aos enfermeiros e usuários da Policlínica Cosme e Silva. Vocês foram essenciais.

“Deus transforma choro em sorriso, dor em força, fraqueza em fé, sonho em realidade”.

(Autor desconhecido)

RESUMO

A grande procura dos usuários acometidos por diversos problemas de saúde vem cada vez mais sobrecarregando os serviços de emergência dos hospitais públicos do Brasil. Visando a reorganização da porta de entrada dessas emergências, o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Humanização Hospitalar, implanta o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco no sentido de categorizar os pacientes através do nível de gravidade. Substitui o método de atendimento por ordem de chegada para um método que realize um acolhimento de todos que busquem um atendimento. Esta pesquisa teve como objetivo analisar a compreensão e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Acolhimento com Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva em Boa Vista – Roraima. A metodologia adotada foi uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Participaram vinte e sete usuários e os dez enfermeiros que atuam no serviço de emergência desta policlínica. Adotou-se como instrumentos de coleta de dados a entrevista, além de observações. A partir dos resultados das entrevistas desvelou-se categorias. Os resultados desse estudo mostram que por meio da análise da compreensão e dos desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Acolhimento, evidenciou dois termos principais: a falta de conhecimento e a pouca aceitação do método pela maioria dos usuários atendidos. Identificou-se também vários apontamentos dos enfermeiros quanto a insatisfação do mesmo na realização do método, sempre vinculando a reação do paciente de forma um tanto agressiva com a não aceitação da cor no protocolo de risco, sinalizando a necessidade de um maior comprometimento por parte da gestão como forma de garantir a integridade física e psíquica desses profissionais. Frente a vivência dos enfermeiros e principais desafios enfrentados por eles na realização da classificação, sugere-se uma divulgação mais ampla do método aos pacientes e a viabilidade de uma educação permanente a todos profissionais envolvidos na realização do método. Portanto, a confecção de um folder explicativo e a exposição de vídeos com as informações básicas sobre o Acolhimento com Classificação de Risco, facilitará na compreensão do usuário, e também, se torna um meio de esclarecer o importante papel que o profissional de enfermagem exerce nas unidades de emergência dos hospitais. Este estudo contribuiu para a construção de proposta de melhorias das ações de serviços de urgências do hospital pesquisado e na formação de um enfermeiro profissional atuante que possa agir e refletir na sua prática de atendimento hospitalar nos serviços de urgência de acordo com a Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Acolhimento. Desafios. Humanização.

ABSTRACT

The great looking of users affected by various health problems come increasingly hogging the emergency services of public hospitals of Brazil. Aimed at the reorganize the entrance of these emergencies, the Ministry of health through the National Program of hospital humanization deploys the Host Protocol with risk Classification in order to categorize patients through the severity level. Replaces the method of care by order of arrival to a method that performs a host of all who seek a service. This research aimed to analyze the understanding and the challenges faced by nurses in the realization of reception with Risk Rating Polyclinic and Cosme Silva in Boa Vista - Roraima. The methodology adopted was an exploratory and descriptive research with qualitative approach. Participated in twenty-seven users and ten nurses who work in the emergency service of this polyclinic. It was adopted as the interview data collection instrument, in addition to the observations. From the results of the interviews uncovered-if categories. The results of this study show that through the understanding and analysis of the challenges faced by nurses in carrying out the reception, showed two main terms: lack of knowledge and the low acceptance of the method by most users. Also identified several notes of the nurses about the same in the realization of the method, always linking to patient's reaction in a somewhat aggressive with the non-acceptance of the color in the Protocol, signaling the need for a greater commitment on the part of management as a way to ensure the physical and mental integrity of these professionals. Front of the experience of nurses and key challenges faced by them in the implementation of the classification, it is suggested a wider dissemination of the method to the patients and the feasibility of a permanent education to all professionals involved in the implementation of the method. Therefore, the preparation of an explanatory brochure and display videos with basic information about the Home with Risk Rating will facilitate the understanding of the user, and also, becomes a way to clarify the important role that the nursing professional exercises in emergency units of hospitals. This study contributed to the construction of proposed improvements of the actions of the emergency services of the hospital searched and in the formation of a professional nurse acting that can act and reflect on their practice of inpatient in emergency services in accordance with the National Policy of Humanization.

Keywords: Reception. Challenges. Humanization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Protocolo de Manchester.	38
Figura 2 - Escala analógica visual de dor.....	39
Figura 3 - Policlínica Cosme e Silva.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 : Demonstrativo anual da Classificação de Risco dos pacientes atendidos na Policlínica Cosme e Silva – PCS no ano de 2014.	51
Quadro 2 - Demonstrativo das questões norteadoras e suas respectivas categorias elencadas a partir das falas dos usuários.	54
Quadro 3 - Demonstrativo da Classificação de Risco dos pacientes atendidos na Policlínica Cosme e Silva no ano de 2014	62

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Sucinto diagnóstico do total de atendimentos anual da emergência na Policlínica Cosme e Silva, tendo como base de dados do ano de 2014.52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR - Acolhimento com Classificação de Risco

CME - Central de Material e Esterilização

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

DE – Diagnóstico de Enfermagem

ESF - Estratégia Saúde da Família

GBACR - Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação De Risco

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PACR - Protocolo Assistencial de Classificação de Risco

PCS – Policlínica Cosme e Silva

PNACR – Política Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAM - Programa Nacional de Humanização Hospitalar

PSF - Programa Saúde da Família

QUALISUS – Programa de Qualificação de Atenção Hospitalar de Urgência do SUS

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAME – Serviço de Atendimento Médico e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UE - Urgência e emergência

UFRR – Universidade Federal de Roraima

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	19
2.1	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO SUS: UMA REVISÃO HISTÓRICA	19
2.2	HUMANIZAÇÃO: UM DESAFIO PARA O SUS	23
2.3	O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA E O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	27
2.4	A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DO SUS	34
2.5	PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	36
2.6	BREVE DESCRIÇÃO DA PNH EM RORAIMA.....	39
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	41
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	42
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	42
3.2.1	Unidade de Urgência e Emergência	43
3.2.2	Política de Acolhimento com Classificação de Risco.....	45
3.3	SUJEITOS	45
3.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	46
3.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	48
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	48
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1	DAS OBSERVAÇÕES	49
4.1.1	Com o enfermeiro	49
4.1.2	Com o usuário	50
4.2	DA PESQUISA DOCUMENTAL	50
4.3	DAS ENTREVISTAS.....	53
4.3.1	Participação dos usuários.....	53
4.3.1.1	Categorias	54
4.3.1.2	Categoria I - Entendimento sobre Acolhimento com Classificação de Risco.	54
4.3.1.3	Categoria II - Utilização do método da Classificação de Risco.....	56
4.3.1.4	Categoria III - Importância do enfermeiro na CR	58
4.3.1.5	Categoria IV - Melhorias no atendimento	60
4.3.2	Participação dos enfermeiros	61

4.3.2.1	Categorias	62
4.3.2.2	Categoria I - Prática cotidiana/Satisfação no trabalho/ Compreensão do método.....	62
4.3.2.3	Categoria II - Desafios na realização do protocolo/ Implantação do ACR	65
4.3.2.4	Categoria III - Capacitação do enfermeiro	67
4.3.2.5	Categoria IV - Aceitação do método	70
4.3.2.6	Categoria V - Situações conflituosa.....	71
4.3.2.7	Categoria VI - Humanização no atendimento	73
4.4	CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NO ACR	75
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES	83
	ANEXOS.....	88

1 INTRODUÇÃO

Por vários anos o Brasil busca superar muitos problemas no âmbito da saúde pública envolvendo a qualidade dos serviços ofertados, especialmente com a desvalorização dos profissionais da saúde, a precariedade nos locais de trabalho, a ineficiência da gestão dos serviços, entre outros. A essa realidade pode-se acrescentar também o despreparo de muitos profissionais e, principalmente, suas formas um tanto automatizadas através de atendimentos com um mínimo de humanização para com aqueles considerados os protagonistas no cenário da saúde, o usuário.

Diante deste quadro, em 2010, o Sistema Único de Saúde - SUS buscou o seu fortalecimento através de uma mudança voltada para uma Política de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS. Ao considerar os aspectos positivos, valores pessoais, postura, ética, responsabilidade social e no exercício da profissão na área da saúde foi que o SUS instituiu uma política de saúde que passa a considerar essenciais princípios e práticas que se harmonizam e se relacionam entre si, como a integralidade e a humanização.

Na abordagem do Ministério da Saúde através da política de humanização, visa-se à valorização do sujeito envolvendo os usuários, trabalhadores de saúde e os gestores, todos voltados na responsabilidade de mudança no sistema, mudança de postura, maior comprometimento, aumento no processo de resolutividade, compromisso de pactuação e cumprimento de metas, sempre na busca de um SUS mais humanizado (BRASIL, 2010a).

A partir desse prisma, um dos principais dispositivos desenvolvidos pela Política Nacional de Humanização – PNH foi o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). De acordo com a PNH (2010b, p. 09) a postura do acolhimento deve ser realizada por toda equipe, ou seja, é uma atribuição de todos, não pressupondo hora, local ou profissional específico. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, “um estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010b).

Em decorrência da minha experiência como enfermeira na emergência da Policlínica Cosme e Silva (PCS), atuando na realização do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, pude enfrentar alguns desafios durante a realização

desse dispositivo, o qual tem como objetivo reorganizar a entrada dos postos de emergência a todos que buscam os serviços de saúde. A reorganização e normatização do atendimento aos pacientes que buscam os serviços de urgência/emergência foram realizadas pelo Governo Federal com vistas na ampliação do acesso, diminuição das filas e do tempo de espera para o atendimento.

Enquanto atuava como enfermeira dessa unidade, vivenciei uma prática voltada para o atendimento ao paciente que buscava esse serviço e pude perceber que em vários momentos esses usuários demonstravam um descontentamento diante desse novo método que estava sendo aplicado. Estes fatos suscitaram em mim uma inquietação para investigar a seguinte questão: Qual a compreensão dos enfermeiros e dos usuários do serviço de emergência sobre o ACR e as implicações desse modo de compreensão na prática cotidiana da enfermagem?

Compreender as queixas dos usuários, a partir dessa prática diária, pode propiciar uma visão mais abrangente e contextualizada da atuação dos profissionais que realizam o ACR. Neste momento, o profissional enfermeiro deve assumir uma postura ética e humanizada ao acolher o usuário, permitindo definir prioridade para o atendimento por meio de sua queixa principal, caracterizando-o através de uma cor, segundo a metodologia do ACR.

Mas para que o profissional enfermeiro atue de maneira adequada com esse novo método, este deve possuir conhecimento sobre o processo contínuo de atendimento, de articulação e de gestão nos serviços de saúde. É necessário um grau de conhecimento técnico e científico deste profissional, para que o Protocolo de Classificação de Risco seja realizado no Sistema Público Brasileiro de Saúde.

A atuação durante a Classificação de Risco confere ao enfermeiro a responsabilidade no processo de regulação nas portas de entrada dos serviços de urgência.

Devido a essa realidade, o enfermeiro é passível de vivências muitas vezes críticas e constrangedoras diante de usuários não conformados com o novo método de atendimento por classificação através de cores e não pelo método tradicional caracterizado por ordem de chegada. Isto me levou a refletir sobre duas hipóteses: ou o enfermeiro não está preparado para argumentar sobre a importância e eficiência do ACR, por não ter recebido uma formação sobre a nova metodologia;

ou o usuário não compreende o novo protocolo de atendimento por falta de instrução ao buscar o atendimento de emergência nos ambientes hospitalares.

Avaliar a compreensão e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização desse método foi uma forma de compreender também sua percepção. Durante a realização do Protocolo de Classificação de Risco, a percepção do enfermeiro é um fator primordial na promoção de um atendimento passível de uma interação entre os profissionais de saúde e aqueles que necessitam de atendimento. A promoção de um trabalho em equipe faz com que o atendimento se torne resolutivo e humanizado (BRASIL, 2012).

A partir desses conceitos, esta pesquisa teve como objetivo analisar a compreensão e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Acolhimento com Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva em Boa Vista – Roraima, visando cooperar nas questões que envolvam a relação entre profissionais, usuários, gestores e comunidades, na busca de um diálogo aberto e no reconhecimento da importância deste envolvimento como forma de respeito mútuo, acreditando que através da humanização da assistência da saúde é que se pode aprimorar cada vez mais essas relações.

Buscou-se ainda observar e discutir como esse profissional da enfermagem entende e dinamiza o conhecimento sobre o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, por ser um dispositivo visto pelo Ministério da Saúde, capaz de reorganizar a entrada dos serviços de emergência. Destacou-se também, como esses profissionais pensam sobre as possibilidades de trabalhar com esse Protocolo de Acolhimento composto por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco do paciente.

O corpo teórico que fundamenta esta pesquisa aborda a base legal da Política Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços de urgência a partir dos documentos legais. Para discutir a necessidade de uma formação do profissional de enfermagem para assumir uma postura ética e humanizada ao colocar em prática o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, utilizou-se os estudos de autores como Souza e colaboradores (2014), Teixeira (2005), Gomes (2005), os quais acreditam que o processo de humanização está relacionado aos usuários e a equipe profissional no momento do atendimento. Este momento é caracterizado num espaço de acolhimento, de conversa e de troca de saberes, essencial como um momento de construção de informação, envolvendo

uma dimensão que vai além da consulta. É formado por um encontro de emoções, afetos, confissões, confiança. Todos esses sentimentos, através do elo profissional-paciente, fundamenta um exercício cotidiano proporcionando aos sujeitos envolvidos a possibilidade de exercer uma prática de cidadania.

Nesta pesquisa, a metodologia adotada foi uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa das informações. Adotou-se como instrumentos de coleta de dados a entrevista, além das observações obtidas os quais me permitiram captar a subjetividade dos participantes, favorecendo uma reflexão sobre a atuação destes em sua realidade, e assim possibilitaram indicar um conjunto de probabilidades para transformar os contextos estudados.

Desta forma, a presente pesquisa vem contribuir por meio de reflexões e discussões sobre a Política de Acolhimento que permeia as nossas práticas no sentido de privilegiar um espaço diferenciado de construção do conhecimento e contribuir para a formação de um enfermeiro profissional atuante que possa agir e refletir na sua prática de atendimento hospitalar, subsidiando também as propostas de melhorias das ações de serviços de urgências do hospital pesquisado.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Neste primeiro capítulo apresenta-se um breve histórico da Política Nacional de Saúde do SUS, para contextualizar o tema. Em seguida uma reflexão sobre humanização, a qual é condição indispensável nas práticas diárias do profissional da enfermagem, assim como apresentar o conceito de Acolhimento com Classificação de Risco, objeto desta pesquisa.

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO SUS: UMA REVISÃO HISTÓRICA

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi um marco no processo de reivindicações de mudanças no sentido de atender às reais necessidades de saúde dos cidadãos brasileiros. Essa luta culmina com o surgimento do SUS o qual desencadeou alguns princípios como: a integralidade, a equidade, a universalidade, a municipalização, a participação social, entre outros (MACHADO, 2007).

Ainda na tentativa de aumentar a efetividade do sistema de saúde, também houve o processo de descentralização e regionalização através do envolvimento e integração dos serviços de saúde mediante a utilização de um sistema em rede com uma estrutura organizacional dinâmica (HARTZ; CONTANDRIOPOULO, 2004).

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS até a atualidade, o processo de implantação e implementação desse sistema de saúde vem sofrendo limitações, visto que tal modelo representa uma proposta de ação inovadora no âmbito da saúde. É necessário abrir uma discussão para se repensar a maneira como está sendo gerido esse sistema de saúde, como ele se organiza, como se dá o processo de formação dos profissionais de saúde e, sobretudo, perceber a urgência de se corrigir tal sistema com tantas fragmentações.

Uma revisão histórica dos últimos 26 anos da saúde pública no Brasil pode ser contemplada através do texto de Buss e Carvalho (2009), que descreve alguns pontos marcantes e determinantes para o desenvolvimento da promoção da saúde como serviços, ações e estratégia voltada a toda população de forma individual e coletiva. Iniciativas como o Programa Saúde da Família (PSF), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Cidades/Comunidades Saudáveis,

Escolas Promotoras de Saúde, entre outros programas, foram criados como forma de fortalecer e propagar a promoção da saúde ao povo brasileiro.

Nesse período, segundo Benevides e Passos (2005), o SUS implanta programas na busca da qualidade na atenção ao usuário, tais como: a Carta ao Usuário (1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros.

Somente no ano de 2000, o Programa Nacional de Humanização Hospitalar é implantado com o intuito de melhorar a qualidade da atenção aos usuários e na valorização dos profissionais de saúde, buscando com isso amenizar a crise da saúde enfrentada em todo país. Naquele momento, o Ministério da Saúde acredita ser apenas o começo para a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados através do aprimoramento das relações entre: trabalhadores de saúde, usuários e profissionais, hospitais e comunidades (MELLO, 2008).

No entanto, após 3 anos de sua implantação e diante de uma situação ainda caótica no quadro da saúde brasileira, foi que o Ministério da Saúde transformou o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAM) em Política Nacional de Humanização (PNH). A partir de 2003, a PNH deveria estar presente em todas as ações de saúde, principalmente na busca por mudanças nos modos de gestão e na produção do cuidado envolvendo os gestores, usuário e os trabalhadores de saúde na promoção e disseminação dos modos de fazer saúde (BRASIL, 2010a).

A promoção da saúde, tida como uma afirmação das políticas públicas brasileiras, cria força e passa a ser expandida a partir da criação em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF), visto como uma estratégia da reformulação do modelo assistencial no nível da atenção básica, formado por uma equipe multiprofissional voltada para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Mas foi somente no ano de 2006 que o Ministério da Saúde formalizou a promoção da saúde, através de várias propostas e diretrizes com foco na saúde individual ou coletiva da população. O PSF ganha força e amplitude ao ser considerado como uma estratégia de reorientação, conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF),

expandindo-se cada vez mais em centros urbanos. Este programa busca uma política centralizada nas ações da integralidade da atenção e do cuidado à família (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Diante de consideráveis desigualdades socioeconômicas e na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, é que a PNH busca promover e ampliar este acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde. O Ministério da Saúde entende a Política Nacional de Humanização como a responsabilidade de envolvimento entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010a).

Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010a, p. 08).

A Política Nacional de Humanização "surge atrelado ao compromisso de uma efetivação real do Sistema Único de Saúde, partindo do reconhecimento do SUS que dá certo" (BRASIL, 2010a, p. 08). Através da clínica ampliada (Diretrizes da Política Nacional de Humanização) torna-se essencial a criação de vínculos entre os usuários, familiares, comunidades e os profissionais de saúde, favorecendo uma corresponsabilidade entre a promoção do cuidado e o compromisso com a saúde daqueles que necessitam de atendimento.

De acordo com a PNH (2010a, p. 17) esse vínculo se dá através de ações como:

- Identificação de pessoas que requerem atenção;
- Visitas domiciliares;
- Destacar as pessoas que merecem uma atenção especial, no atendimento cotidiano da demanda;
- Qualificar e ampliar a atenção ao paciente voltado para cada situação;
- Identificar pessoas em situação de transtornos, ou em função de alguma discriminação;
- Considerar as especificidades da população através de suas culturas;
- Garantir o cuidado àqueles com maior grau de risco de vulnerabilidade.

Ainda de acordo com a Política do HumanizaSUS (2010a), essas estratégias visam potencializar a construção de um vínculo fundamental no processo de acolhimento e cuidado ao usuário considerando uma responsabilidade na

continuidade do segmento de promoção da saúde. Torna-se necessário, portanto, o fortalecimento da valorização dos profissionais; da incorporação de ações simples, porém com resolutividade e responsabilidade envolvendo todos os níveis de atenção.

De acordo com o HumanizaSUS (2010a, p. 18) entende-se a PNH como:

- Valorização do sujeito;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desse sujeito;
- Aumento do grau de responsabilidade na produção de saúde;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro;
- Mudança nos modelos de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor;
- Luta por um SUS mais humano.

A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, tais como: princípio da transversalidade, indissociabilidade entre a atenção e gestão. Método de inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários). Diretrizes voltadas como orientações gerais, tais como: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, fomento das redes e coletivos, construção da memória do SUS que dá certo. E por último tem como dispositivo várias práticas de produção de saúde envolvendo o coletivo e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2010a).

No ano de 2013, o Ministério da Saúde promoveu o Seminário de 10 anos da PNH, ocorrido em 28 de novembro em Brasília/DF. Foi um momento de análise e um balanço dos sujeitos e instituições envolvidas na contribuição para a efetivação dessa política (BRASIL, 2004).

A luta por uma humanização em todos os setores da saúde brasileira propaga-se até os dias atuais. No ano de 2015, a PNH completou 12 anos de uma experiência em meio ao processo de construção e planejamento em âmbito nacional. Durante essa trajetória, faz-se necessário refletir sobre os avanços e os desafios para efetivação dessa política no Sistema Único de Saúde.

Destacamos que durante esses 12 anos de existência da PNH, deve-se atentar para a aplicabilidade dos princípios e diretrizes diante da realidade da prática

de saúde no Brasil. As mudanças epidemiológicas e o perfil demográfico brasileiro mudam constantemente a realidade do país. Com isso, a PNH deve estar inserida nas discussões das políticas nacionais, sem perder sua essência principal que é o processo da transversalidade em todo sistema de saúde brasileiro.

2.2 HUMANIZAÇÃO: UM DESAFIO PARA O SUS

O tema humanização encontra-se presente em todos os debates envolvendo a sistematização das práticas de saúde, tanto no âmbito hospitalar quanto em qualquer nível de atenção à saúde, representando uma reflexão nas práticas diárias dos agentes envolvidos. Visto como um dos desafios para o SUS, este tema sustenta a ideia de renovação nos métodos de gestão e de cuidados e um direcionamento voltado na promoção das mudanças necessárias.

Considerar o processo de humanização entre os sujeitos envolvidos presentes nos ambientes de atenção à saúde implica em valorizar a pessoa como ser humano dotado de valores, de autonomia, de conhecimento, de saberes e práticas, considerando que cada usuário que busca atendimento é um novo desafio na promoção da política de humanização.

De acordo com Benevides e Passos (2005), a humanização em seu processo de construção e de mudanças enfrenta dois importantes desafios, na tentativa de responder aos anseios e necessidades dos usuários e trabalhadores de saúde: o desafio conceitual e o metodológico. No desafio conceitual a humanização ganha espaço através dos diversos programas no âmbito da saúde pública, padronizando ações que visem mudanças nas práticas de saúde, apontando para um convívio de forma mais respeitosa e harmoniosa entre os atores envolvidos no processo. Já no desafio metodológico, a humanização ganha forma de política pública ao exigir uma força coletiva na concretização dessa política, capaz de sintonizar “o que fazer” com o “como fazer” ligados em uma lógica capaz de provocar uma transformação no modo recíproco de agir e de fazer saúde.

Tais desafios levam muitas vezes a um processo de fragmentação e a dificuldade da execução das práticas humanizadas nos serviços de saúde, refletindo diretamente na ineficácia do processo de integralidade das ações de saúde. “Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir humanização

como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392). Isto é, dar ênfase no processo de melhoria da concretização nas práticas de cuidado e no gerenciamento dos processos de trabalho, de tal forma que se possa promover uma interação entre os usuários, trabalhadores de saúde e gestores, nas ações de planejamento utilizando a humanização transversalmente em toda rede do SUS.

A humanização no SUS é conceituada como a capacidade de enxergar o outro na sua integralidade, valorizando suas diferenças e valores como sujeitos de direito e formador de opinião. Deveria fazer parte do cotidiano das pessoas e de sua natureza como humano, mas o molde de acolhida aos usuários e aos cidadãos trabalhadores da saúde vem deixando a desejar, necessitando ser melhorado a cada dia, carecendo valorizar a dignidade do paciente e do trabalhador (BRASIL, 2010a).

De acordo com a pensamento de Teixeira (2005), existe uma preocupação não só na necessidade de mudança na humanização da assistência mas, também, em como promover essas mudanças envolvendo tanto a esfera hospitalar como a atenção primária. No âmbito hospitalar, caracterizado por suas especificidades e sua essência no processo do cuidar, a forte mudança nas relações sociais entre os profissionais de saúde e aqueles que buscam atendimento, tem gerado um enorme descontentamento por ambas as partes, desafiando a Política Nacional de Humanização (PNH) a garantir uma melhoria nessa relação tida como primordial nesse processo afetivo (BRASIL, 2010a).

Já em relação à atenção primária à saúde, por ser considerada uma demanda mais frequente, o processo de humanização é estabelecido na interação entre os usuários e a equipe profissional no momento do atendimento. Teixeira (2005, p. 592) define como ponto de partida que a “dimensão dos meios pelos quais se poderia efetuar a presente proposta de humanização” deve ser pautada num espaço de diálogo e através de uma sistematização de técnicas de conversa, efetivando assim, um melhor acolhimento e vínculo nos serviços de saúde. Enfatiza ainda que a atenção primária, como uma vasta extensão da rede de serviços e a sua demanda de saúde por parte dos usuários, deve ser um espaço de conversa. Deslande (2004, p. 10) também é adepta dessa ideia ao considerar a atenção primária como “espaço de tecnologia de escuta”. Dessa forma, a atenção primária possui em sua essência a característica voltada para a identificação das principais

necessidades de saúde dos usuários e, a partir daí, gerar uma ação de direcionamento para os serviços e profissionais específicos.

Deslande (2004) destaca ainda que se faz necessário um conceito mais claro sobre humanização da assistência, definindo-o mais como um modo de trabalho envolvendo diretamente os profissionais, gestores e usuários, ou seja, uma maior valorização na qualidade dos cuidados.

A partir dessas considerações, fica evidente que o termo humanização parte da ideia de uma melhoria na qualidade da assistência, pautada na valorização dos sujeitos e na necessidade de uma maior interação entre eles, destacando a importância da ampliação da comunicação entre si.

O que nos chama a atenção é que mesmo após vários anos da implantação da PNH, preocupada na melhoria da forma do atendimento aos pacientes, até hoje se percebe que não houve muitas mudanças, o que reafirma a insatisfação de muitos agentes envolvidos nesse processo.

A rotina diária dos profissionais que atendem aos pacientes, com a realização frequente de procedimentos, favorece uma postura automatizada, realizada de uma forma irrefletida, voltada a um atendimento e um cuidado afastado do que se preconiza, ou seja, um contato mais próximo. De acordo com Teixeira (2005, p. 587) considera-se “como uma enganosa dicotomia: tecnologia versus fator humano”. Isto quer dizer que muitas vezes o profissional age de forma tão rotineira e com atenção voltada aos equipamentos, que deixa de lado o contato olho no olho, um toque e até mesmo uma palavra de carinho. Porém, não devemos desconsiderar que a tecnologia tem sua importância significativa na aplicação das práticas de saúde. Com isso, devemos buscar o equilíbrio entre estes dois fatores que estão presentes no momento do atendimento entre o profissional e o usuário do sistema de saúde.

Neste sentido, o Ministro da Saúde José Serra (2001), em sua fala sobre o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, diz que:

[...] as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2000, p. 05).

Percebe-se que muitas vezes durante um atendimento em saúde, tanto em hospitais como em clínicas, laboratórios e postos de saúde, uma das principais queixas dos pacientes se refere ao tipo de atendimento prestado pelos profissionais de saúde caracterizado muitas vezes de forma rude, impaciente e até mesmo apresentando um descaso em suas falas e a falta de interesse na resolutividade dos problemas desses pacientes. Assim, resgatar uma forma mais harmoniosa no atendimento e, até mesmo com uma aproximação entre as partes, torna-se prioridade na PNH.

De acordo com Deslande (2004, p. 09) a humanização é a “oposição a violência, seja física e psicológica que se expressa nos maus tratos, seja simbólica, que se expressa pela dor de não ter a compreensão de suas demandas e suas expectativas”. Diante disso, a PNH visa prioritariamente a substituição dessas formas “violentas” no atendimento para um modelo centrado no diálogo e no respeito envolvendo usuários, trabalhadores de saúde e gestores, instituindo sempre um bom relacionamento entre eles.

Faz-se necessário também enfatizar a necessidade da melhoria das condições de trabalho do cuidador, ou seja, dos profissionais que realizam os atendimentos, refletidas muitas vezes no mau atendimento das prestações de saúde. De acordo com a política de humanização, busca-se melhorias nas condições de trabalho como um todo, o que está intrinsecamente ligado à “valorização dos trabalhadores de saúde, contemplando ações voltadas para a promoção de saúde e a qualidade de vida no trabalho” (BRASIL, 2010a, p. 42).

Se avaliarmos pela ótica da PNH (2010a), o fortalecimento da valorização dos profissionais encontra-se inserido no caput dos “desafios”, envolvendo melhorias nas condições de trabalho e qualificação desses trabalhadores. A mudança dos modelos de gestão deverá ter como um dos focos principais a valorização desses trabalhadores visando, sobretudo, a melhoria dos serviços ofertados.

Apesar dessa realidade, o compromisso desses profissionais que lidam constantemente entre o limite da vida e da morte, mesmo demandando uma postura impessoal, tecnicista, não os deixa ausentes de sua essência humana e o respeito à vida. Por isso que a política de humanização ao preconizar uma abordagem mais humanista, enfatiza que os profissionais estejam ao mesmo tempo conscientes de que a realização de uma técnica de forma isolada não seja suficiente para uma recuperação do paciente, devendo-se sempre o considerar em sua integralidade.

Estas situações levam muitas vezes a um processo de fragmentação e a dificuldade da execução das práticas humanizadas nos serviços de saúde, refletindo diretamente na ineficácia do processo da integralidade das ações de saúde. “Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Investir no processo de melhoria da efetivação nas práticas de cuidado e no gerenciamento dos processos de trabalho, de tal forma que venha promover uma interação entre os grupos, os gestores, as ações de planejamento utilizando a humanização transversalmente em toda rede do SUS.

Se na prática não tem avançado muito, no debate, o tema humanizar tem obtido uma maior relevância. É consenso de que a linguagem e a ação comunicativa que embasam a teoria da humanização em saúde possibilitam identificar os problemas e as possíveis soluções, contribuindo para a concretização da proposta de humanização da assistência em todo sistema público de saúde no Brasil. Considerando os aspectos positivos, valores pessoais, postura ética, responsabilidade social e no exercício da profissão, foi que o SUS instituiu uma política de saúde visando principalmente princípios e práticas que se harmonizam e entre relacionam entre si como a integralidade e a humanização (BRASIL, 2010b).

De acordo com a PNH (2010b) a postura do acolhimento deve ser realizada por toda equipe, ou seja, é uma atribuição de todos, não pressupondo hora, local ou profissional específico. Corroborando com esse pensamento, Gomes (2005) acredita que humanizar significa comprometer-se e assumir a responsabilidade pelo outro, criando vínculo de relação e troca de saberes, pois se torna necessária uma construção de conhecimento entre as partes.

2.3 O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA E O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A grande procura por parte das pessoas acometidas por problemas de saúde de natureza clínica, traumática, psicológica, de urgência e emergência vem cada vez mais sobrecarregando os serviços de emergência dos hospitais públicos do nosso país. Tal serviço com funcionamento 24 horas é tido como porta de entrada do serviço de urgência em saúde e que tem enfrentado diversos problemas

na oferta de um atendimento com qualidade e rapidez aos pacientes (BRASIL, 2013a). Normalmente as pessoas que buscam esses serviços muitas vezes não estão em situações críticas necessitando deste tipo de atendimento. São casos crônicos de caráter ambulatorial ou nível de atenção primária, podendo ser atendidos nos postos de saúde.

No sentido de reorganizar a porta de entrada das emergências dos hospitais públicos brasileiros e visando à priorização do atendimento do paciente, foi proposto um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. Através desse Protocolo de Acolhimento é realizada uma categorização dos pacientes através do nível de gravidade que o mesmo apresenta (BRASIL, 2010c). Neste novo método substitui-se do termo triagem (nível de gravidade e possibilidade de sobrevivência do paciente) por acolhimento.

Durante muitos anos, nos postos de entrada dos serviços de urgência era realizada a triagem dos pacientes, ou seja, uma seleção dos mais necessitados para um atendimento prioritário. Este método segundo Goldim (2001) surgiu na França, nos períodos de guerra, onde os feridos eram divididos em nível de gravidade e possibilidade de sobrevivência para a prioridade do atendimento. Neste sentido, surgiram alguns protocolos de triagem voltados aos atendimentos. Já no Brasil, no ano de 1993, através do Dr. Flávio de Sá, recém-chegado do Canadá, foi implementado um modelo de um protocolo canadense em um hospital no estado de Minas Gerais e adaptado à realidade local (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

Diante do aumento da demanda nos hospitais para atendimento de emergência, o método da Classificação de Risco foi introduzido devido a uma necessidade de classificar os pacientes que buscassem atendimento nos prontos socorros e identificasse aqueles que necessitassem de um atendimento imediato através de uma estratificação e não mais pelo modo de exclusão. Mas foi somente em 2004 que o Programa de Qualificação de Atenção Hospitalar de Urgência do SUS (QUALISUS), tomando-o como dispositivo, implanta este método em vários locais no Brasil fazendo parte da PNH (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

De acordo com a pesquisa realizada na emergência adulta em um hospital geral, público, em Santa Catarina, os enfermeiros que realizam o ACR percebem esse método como sendo “fundamental para melhorar a resolutividade e

propiciar o fornecimento de respostas seguras aos usuários” (SHIROMA; PIRES, 2011, p. 16).

Por meio do Protocolo de Classificação de Risco, a organização espacial do serviço de urgência hospitalar é composta por eixos e áreas caracterizando o nível de risco dos usuários a serem atendidos. Compostos por dois eixos, o do paciente grave e o do paciente não grave, possui diferentes áreas: vermelho, amarelo e verde para os pacientes mais graves e o eixo azul para os pacientes aparentemente não graves, considerando que em todos os espaços de atendimento deve-se favorecer o direito ao acompanhante e a visita (BRASIL, 2010c).

Foi nesse sentido que o MS, através da PNH, propôs este tipo de atendimento, apresentando também outros objetivos importantes, como:

Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2010c, p. 24-25).

No entanto na prática, a efetivação dessa proposta do MS não tem sido tão simples de ser aplicada nos hospitais. Apesar de suas diretrizes serem esclarecedoras e bem orientadas, percebe-se que o seu sucesso depende diretamente do apoio dos gestores e de uma mudança das ações da equipe de todos trabalhadores do serviço. A realização da Classificação de Risco representa um desafio na unidade de emergência, pois exige uma mudança do modo de operar a assistência. Implica também em uma mobilização de todos na tentativa de uma oferta de assistência com fluxos adequados favorecendo os processos de trabalho (BRASIL, 2012).

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilidade e na resolutividade dos serviços (BRASIL, 2010b, p. 15).

É preciso afirmar a ideia de Acolhimento como atitude, como “uma postura e prática nas ações de atenção e gestão favorecendo uma relação de

confiança e compromisso entre equipes e serviços” (BRASIL, 2010c, p. 8). A política do Acolhimento parte dos princípios preconizados pelo SUS (Lei 8080/90) como equidade, integralidade e universalidade onde será identificada toda demanda que o paciente venha apresentar e por meio de uma forma estratégica e humanizada terá sua necessidade atendida, considerando o acolhimento como uma tecnologia que vise o acesso universal e igualitário no atendimento.

Diariamente o profissional enfermeiro enfrenta vários problemas em seu ambiente de trabalho. Mas quando se refere ao serviço de urgência, faz-se necessário uma maior habilidade na tomada de decisão, principalmente por estar lidando com pacientes que apresentam frequentemente estado grave de saúde. Por isso, esse profissional deve estar bem capacitado para realizar a Classificação de Risco do serviço de urgência com toda a eficiência exigida e assim cuidar adequadamente dos pacientes.

De acordo com o Protocolo da Classificação de Risco, o enfermeiro avalia todo o contexto clínico do paciente e através da sua queixa principal o classifica por meio da estratificação de cor preconizada pelo referido protocolo. De acordo com a Resolução COFEN nº 423/2012, a realização da Classificação de Risco nas emergências é privativa do enfermeiro. Esta resolução prevê que tal profissional deve estar dotado de conhecimento e competência técnica e científica para sua execução (COFEN, 2012).

Cabe ao classificador estar seguro dos protocolos e fluxos que norteiam a classificação de risco da instituição visando evitar erros e, ainda, poder refutar possíveis questionamentos quanto ao processo, desenvolvendo maturidade para compreender tal situação, que parece ser uma premissa deste processo de trabalho (GOYANNA et al., 2014).

É importante enfatizar que não é de competência do profissional enfermeiro o diagnóstico médico. Porém, o enfermeiro na realização da Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE) utiliza de instrumentos metodológicos que possibilitam na identificação dos problemas de saúde dos pacientes. Segundo a Resolução COFEN nº 358/2009 tal procedimento conhecido como Diagnóstico em Enfermagem é atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 2009).

Cabe ao enfermeiro “identificar características definidoras, fatores relacionados e de risco que possibilitam a formulação de Diagnósticos de

Enfermagem (DE) prioritários e que necessitam de intervenção rápida” (SOUZA, 2013, p. 1319). A partir da Sistematização da Assistência da Enfermagem e através da utilização do Protocolo, o paciente será direcionado ao atendimento médico com um intervalo de tempo pré-estabelecido para esse atendimento.

O enfermeiro ao realizar o DE, deverá apresentar um pensamento crítico, um raciocínio diagnóstico e uma tomada de decisão acurada, exigindo sempre “competências técnico-científica, ética, estética e humanística nas diferentes dimensões dos saberes e fazeres, na busca de resultados positivos em saúde” (SILVA, 2011, p. 19). As habilidades e os conhecimentos técnico-científicos diferem de um profissional para outro, influenciando na forma de agir durante a tomada de decisão, uma vez que a forma de pensar é influenciada diretamente por meio de hábitos e valores adquiridos ao longo da vida.

Segundo o Ministério da Saúde (2010c, p. 22), os principais objetivos da Classificação de Risco são:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento;
- Descongestionar o pronto-socorro;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme indicado em cada situação;
- Informar os tempos de espera;
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários;
- Retornar informações a familiares (BRASIL, 2010?, p. 22).

O Protocolo com Classificação de Risco é uma ferramenta importante na captação de informações da saúde do paciente, mas essa ferramenta por si só não é capaz de avaliar e resgatar aspectos subjetivos, psicológicos, afetivos e emocionais. Cabe ao profissional que realiza este protocolo usar como principal ferramenta o princípio da integralidade, como forma de associar um método pré-estabelecido a um processo de diálogo, respeito, valor e acolhida ao cidadão. Essa prática de atendimento proporciona uma interação entre a equipe profissional e os usuários, como forma de promoção de humanização entre os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2010c).

Para o sucesso dessa ação, se faz necessário que toda equipe se mobilize contribuindo para a oferta de um bom serviço, direcionados no seguinte objetivo:

Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção (BRASIL, 2010a, p. 39).

A comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários está muito fragilizada, tornando o atendimento menos eficiente. Faz-se necessário avançar em ações que envolvam um processo de comunicação eficiente, construindo vínculos mais efetivos e um respeito mútuo, contribuindo na diminuição do stress e favorecendo uma oferta de serviço o mais próximo do desejado. Para tanto, é necessário também o envolvimento de toda a equipe. O enfermeiro deverá apresentar uma liderança nas tomadas de decisões e reduções de conflitos, mantendo a comunicação como instrumento para aprimorar o processo de humanização e o cuidado em enfermagem (BRASIL, 2010a).

De acordo com Freire (1983, p. 67), “comunicar é comunicar-se em torno do significado significativo. Dessa forma, na comunicação, não há sujeitos passivos. Os sujeitos co-intencionados ao objeto de seu pensar comunicam seu conteúdo”. Esse sujeito, no contexto do profissional enfermeiro, destaca-se como ponto forte no processo comunicativo mais participativo, como sujeito que interage favorecendo essa prática.

Para o usuário que busca atendimento no serviço de urgência, sua queixa é única e deve ser resolvida, independentemente da cor e do tempo que venham levá-lo ao atendimento. Isso é o que preconiza a PNH. No entanto, este fato poderá contribuir para a superlotação desses serviços, já que em muitos casos, o paciente por não apresentar caráter de urgência poderia ter seu atendimento em unidade de saúde da atenção básica. São exemplos de situações como troca de receita, um atestado médico, a busca de medicação dos programas de saúde da atenção básica como da hipertensão ou diabetes, ou até mesmo um encaminhamento para um especialista. Diante dessa realidade, muitos profissionais transferem a responsabilidade do atendimento para outro setor ou até mesmo outro serviço sem dar aquela atenção ou até mesmo uma explicação da situação, provocando muitas vezes um descontentamento por parte do usuário, gerando discórdia e até mesmo conflito entre eles.

Uma das maiores dificuldades na realização do ACR é a classificação do usuário com a cor azul, pois caracteriza um tempo de espera para o atendimento de até quatro horas ou até mesmo um direcionamento desse atendimento para a atenção básica. Muitas vezes o paciente quando busca os serviços de Urgência e Emergência (UE), necessita somente de uma conversa, de uma explicação sobre seu problema, sempre interpretando como emergência, pois cada queixa dos usuários é definida por eles como importante e com carência de um certo grau de atenção dos profissionais que possam atendê-los.

De acordo com a política de acolhimento e como método de gestão, esta tecnologia também deve ser aplicada na atenção básica de saúde, promovendo um trabalho em equipe voltado na organização e resolutividade dos serviços nos aspectos dos cuidados e nas condutas com os pacientes. Várias ações estão sendo desenvolvidas para que haja um fortalecimento da atenção básica no seu papel “protagonista de produção e de gestão do cuidado integral em saúde impactando positivamente na vida das pessoas e coletivos” (BRASIL, 2012, p. 13).

No entanto, um dos principais desafios da atenção básica é a fixação de profissionais para o desenvolvimento das ações de saúde, refletindo consideravelmente no processo de continuidade das consultas e ações com os usuários, provocando muitas vezes um descrédito neste nível de atenção. O reflexo dessa realidade incide diretamente no aumento da procura de atendimento nos hospitais.

De acordo com a Portaria nº 2048/02, as atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade, devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros.

Nestes casos, de acordo com a PNH, caberia uma abordagem mais diferenciada e humanizada na resolutividade do problema e após o atendimento desejado, uma maior explanação sobre o local correto que aquele usuário possa se direcionar nas consultas futuras, de caráter ambulatorial. Cabendo ressaltar também, a importância de uma comunicação clara, pautada numa construção de um vínculo considerando a construção de uma técnica dialogada mais amistosa e com menos agressão.

Ressalta-se que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma Unidade Básica de Saúde, diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a Atenção Básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (BRASIL, 2012, p.16).

As unidades básicas de saúde deverão estar inseridas às unidades de pronto atendimento e aos hospitais de urgência, como serviço integrante de uma Rede de Atenção às Urgências. Com isso, o atendimento espontâneo de caráter crônico e urgências de menor gravidade deverá primeiramente ser atendido pela Unidade Básica de Saúde e posteriormente, se necessário, encaminhado a um serviço mais específico para que haja uma continuidade desse atendimento. Este serviço deverá ser mediado pela “Central de Serviço de Regulação de Urgência” na definição do fluxo, transferência e/ou encaminhamento dos usuários (BRASIL, 2013b).

2.4 A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DO SUS

Vinculada à política de humanização surge um conceito bastante subjetivo conhecido como integralidade, considerado como uma prática desejável por muitos. É identificar o sujeito na sua totalidade permitindo um atendimento que envolva todo contexto histórico, social, político e familiar daquele que busca o serviço de saúde (MACHADO, 2007).

A integralidade considerada como um dos princípios do SUS é entendida como um modelo de atenção à saúde que envolva de uma forma ampla ações de promoção a saúde, prevenção e recuperação a todos que necessitem de atendimento. Implica em garantir esse atendimento de uma forma integral, considerando todo o contexto social das pessoas (Lei 8080/90). Arelados ao princípio da integralidade, as ações em saúde devem estar ligadas a um tratamento digno com acolhimento, por meio de um “atendimento integral em suas ações com prioridade nas atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA, 1988). A integralidade ainda que considerada polissêmica em seu sentido, busca reconhecer em sua prioridade, o

contexto de uma atuação que envolva ações individuais e coletivas daqueles que oferecem cuidados de saúde.

Segundo Matos (2005) a integralidade apresenta três sentidos distintos, quais sejam: integralidade como traço de uma boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas e integralidade como políticas especiais. No primeiro sentido relaciona-se a uma mudança de postura voltada a um atendimento médico. É reconhecer que o paciente é bem mais do que um sistema biológico, devendo-se ir além das demandas apresentadas. No segundo sentido exige-se uma maior articulação entre a assistência e as práticas de saúde, considerando uma certa “horizontalização” dos programas, de modo a responder as necessidades de saúde da população de uma forma mais efetiva. E por fim, o sentido da integralidade como política específica voltada a responder de forma significativa a um determinado problema de saúde de um certo grupo populacional. Ainda de acordo com Matos (2005), busca-se através da integralidade uma forma de melhoria da atenção à saúde, considerando a construção de um sistema público de saúde mais universal, democrático e acessível a todos.

O princípio da integralidade aparece como um fator indispensável em todo mecanismo que envolve o processo de promoção de saúde, articulação das ações de prevenção e como forma de abordagem do indivíduo e de sua família na sua integralidade (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Este princípio torna-se inerente aos serviços de saúde em qualquer um dos níveis de assistência, considerado também como um eixo para construção do sistema de saúde pública baseado na promoção da saúde.

Individualizamos a assistência chamando o paciente pelo nome, olhando para o rosto, tratando-o com atenção. Segundo a Lei 8.080/90, Art. 7º, a integralidade da assistência é entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. No entanto, todas as necessidades de saúde dos indivíduos devem ser atendidas e resolvidas.

A integralidade é trazida como diretriz que norteia no âmbito dos serviços públicos, uma atenção de qualidade, com uma abordagem integral, individual e coletiva àqueles que necessitam de atendimento de saúde, no entanto, tal princípio ainda se encontra bastante afora do desejado. Diante da atual realidade vivida em seu cotidiano, os pacientes encontram-se envolvidos em problemas diversos como

as enormes filas para um atendimento, a morosidade na marcação de uma cirurgia, a baixa cobertura da atenção básica, a falta de medicamentos gratuitos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde representado por aqueles que apresentam nível de invisibilidade social, entre outros. Diante destes fatos, é proposto ainda um grande campo de estudo e um enfrentamento no avanço em todos os tipos e níveis de atendimento, visando à melhoria da integralidade na atenção à saúde (TESSER, 2008).

A efetivação desse ideal através da integralidade da atenção dos serviços de saúde, vem a ser um desafio da gestão, na tentativa de promover acessibilidade permeando nos diversos níveis de atenção e com vistas na otimização dos serviços e na ampliação de oferta em saúde. A humanização, a integralidade e a promoção da saúde está se tornando cada vez mais um processo de luta pela construção de um SUS pautado na melhoria das condições de saúde e na oferta de serviços essenciais aos seres humanos.

2.5 PROTOCOLO DE MANCHESTER

Como direcionamento nas atividades realizadas pelo profissional enfermeiro durante a realização da Classificação de Risco nas emergências dos hospitais, este profissional utiliza atualmente um método empregado no Brasil chamado Sistema de Triagem de Manchester. Um Sistema de Classificação clínico de urgência e emergência inglês, que surgiu na cidade de Manchester no ano de 1994 (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015). Sua estrutura é baseada por um fluxograma representado por cinco cores, caracterizando as queixas apresentadas pelos pacientes e seus níveis de prioridade para o atendimento, onde para cada nível é estabelecido um tempo máximo para o atendimento médico (SOUZA et al., 2013).

A fundamentação para a Classificação de Risco foi através do Sistema de Triagem de Manchester, caracterizado por cinco níveis de acordo com a situação de saúde do paciente, que são: nível 1 – 0 minutos; nível 2 – 10 minutos; nível 3 – 60 minutos; nível 4 – 120 minutos e nível 5 – 240 minutos, respectivamente o atendimento deverá ser: imediato, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente (FERNANDES, 2010). Ainda de acordo com o Protocolo de Manchester os

fatores que determinam a prioridade são: ameaça a vida, ameaça a função, dor, duração do problema, idade, história e risco de maus tratos.

De forma geral, esses protocolos tentam fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade, o que, conseqüentemente permite que haja impacto na história natural de doenças agudas, graves e potencialmente fatais que, se não atendidas como prioridade, podem levar à morte (BRASIL, 2012, p.17).

Por meio do fluxograma o profissional avalia o paciente através dos sinais, sintomas e as queixas que motivaram a procura desse paciente ao hospital. Este método apresenta como principal vantagem a seleção dos pacientes que necessitam de um atendimento de urgência, garantindo o seu atendimento prioritário. Por meio de uma avaliação contínua desse paciente, o profissional enfermeiro ao empregar o método de Manchester, deverá acompanhá-lo desde o momento da classificação até o momento do atendimento médico, garantindo com isso, uma possível intervenção caso haja um agravamento do seu estado de saúde. Uma classificação realizada de forma errada, pode provocar maiores complicações, sequelas e até mesmo a morte do paciente.

A classificação por cores apresenta as seguintes características: Vermelho (emergência) – Nessa categoria são classificados os clientes que apresentam risco iminente de morte, sequelas ou deficiência permanente. Laranja (muito urgente) – Classificam-se os clientes que necessitam de atendimento o mais rápido possível. Amarelo (urgência absoluta) – Classificam-se os clientes que não apresentam risco iminente de morte ou sequelas, mas deve ser atendido com a maior rapidez possível. Verde (urgência relativa) – Classificam-se os clientes portadores de doenças agudas e que não apresentam risco de morte ou sequelas. Por último, a categoria azul (preferencial) – Classificam-se aqui os clientes com idade maior ou igual a 60 anos, gestantes, portadores de necessidades especiais, deficientes mentais, auditivos e visuais que não apresentam riscos iminentes de morte ou sequelas. Os objetivos apresentados pela escala são: criar normas de triagem, planejar e implementar um plano de formação/capacitação (FONSECA, 2011, p. 26).

Figura 1 - Protocolo de Manchester.



Fonte: Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação De Risco, 2015.

A prática da realização do protocolo muitas vezes é adquirida pelo enfermeiro a partir da realização contínua desse procedimento, tornando-o capaz de identificar e associar prioridades e complicações que se não detectadas a tempo possa levar o paciente a evoluir à morte. Dessa forma, o compromisso com o paciente, o ato de acolher, a realização de uma escuta qualificada e a experiência na técnica da realização do Acolhimento com Classificação de Risco, se torna na maioria das vezes, condição essencial na organização das portas de entrada das emergências dos hospitais, resolutividade no processo de atendimento e o aumento da satisfação por parte dos usuários que buscam esse serviço (BRASIL, 2010b).

De acordo com o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (2015), alguns critérios são utilizados para identificação do nível de dor desse paciente atendido. Por ser um dado bastante subjetivo, padronizou-se o uso da escala de nível de dor representada através de números que variam de zero (0) a dez (10), onde zero significa ausência de dor e dez representa uma dor severa, aguda, sem controle. Dessa forma, a partir desse momento podem-se relacionar

todos os sinais e sintomas apresentados pelo paciente através do Protocolo de Manchester, associando ao nível da dor (Figura 2).

Figura 2 - Escala analógica visual de dor.



Fonte: Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação De Risco, 2010.

Dentre os protocolos de Classificação de Risco existentes, o único que apresenta formato eletrônico e que permite consulta em tempo real aos dados do paciente baseando-se em algoritmo clínico é o Protocolo de Manchester (FONSECA, 2011).

No hospital deste estudo em epígrafe, no ano de 2012 após alguns encontros entre gestores, médicos e enfermeiros foi construído o Protocolo de Risco, utilizando as características dos protocolos padrão existente, sendo que adaptado à realidade local da PCS. Por meio desta tecnologia, fica acordado entre os profissionais o emprego do método a ser utilizado em comum por todos profissionais do serviço.

2.6 BREVE DESCRIÇÃO DA PNH EM RORAIMA

O Ministério da Saúde, em parceria com o governo do Estado de Roraima, lança em agosto de 2006 a PNH em Boa Vista, objetivando com isso a oficialização do Estado aos princípios da Política de Fortalecimento do SUS. A partir da implantação da Política Nacional, foram instaladas as coordenações estaduais e municipais com o objetivo de efetivar a PNH no Estado de Roraima.

Através da Escola Técnica do SUS, diversos profissionais no Estado de Roraima participaram do curso de Humanização, contando com o apoio do MS, das coordenações estaduais e municipais da PNH. Todos os servidores envolvidos enfatizaram a importância da participação nesses grupos de trabalho e na

importância da construção de espaços que propiciem a plenitude da humanização dos serviços de atendimento em saúde no Estado de Roraima (G1 RORAIMA, 2013). A partir da formação dos profissionais cada hospital pôs em prática as atividades voltadas a essa política.

A Policlínica Cosme e Silva - PSC, implementou a PNH em 2012, tendo em vista as melhorias no serviço de atendimento com a promoção de um serviço de saúde mais humanizado. De acordo com a coordenadora do programa neste hospital, a implementação deste programa veio potencializar ainda mais o processo de melhorias no serviço voltado aos usuários e aos profissionais. Para isto, segundo ela, fez-se necessária a realização de várias rodas de conversa entre todos os sujeitos envolvidos, tais como gestores, trabalhadores e usuários.

Outra iniciativa que merece destaque é o trabalho de um grupo de alunos de medicina e do curso de enfermagem da Universidade Federal de Roraima (UFRR), que está desenvolvendo várias atividades de humanização nos hospitais de Roraima, com a ideia de proporcionar um momento de alegria de forma mais humanizada àqueles que se encontram enfermos nos hospitais. Atividades lúdicas como música, pinturas, contos, entre outros, fazem parte dessas atividades, sempre na tentativa de minimizar o sofrimento daqueles acometidos por alguma doença (G1 RORAIMA, 2013).

Em 2014, uma acadêmica de enfermagem da UFRR, através do projeto “Anjos da Enfermagem” conseguiu implementar o núcleo desse projeto na cidade de Boa Vista - RR. O projeto “Anjos da Enfermagem” surgiu em 2013, na cidade de Cariri, no Ceará, e hoje já está presente em 19 Estados brasileiros. Em Roraima, tal iniciativa teve apoio institucional do COREN-RR para o desenvolvimento das ações voltadas ao ensino e prática da enfermagem através do grupo “Anjos da Enfermagem” (COREN, 2014).

Durante a revisão de literatura, não foram encontrados estudos relacionados a PNH dos hospitais no Estado de Roraima. Desta forma, as informações adquiridas sobre essa temática foram obtidas por meio de conversas informais com os coordenadores estaduais e municipais do programa e por meio de notícias publicadas nas diversas mídias local e nacional.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização dessa pesquisa, adotou-se vários procedimentos metodológicos que serão delineados no decorrer desse capítulo. Para se chegar a esses procedimentos, uma das primeiras providências tomadas foi definir a situação problema da pesquisa. Então delimitou-se a pesquisa na investigação da seguinte questão: *Qual a compreensão dos enfermeiros e dos usuários do serviço de emergência da Policlínica Cosme e Silva sobre ACR e as implicações desse modo de compreensão na prática cotidiana da enfermagem?* Para responder a esta questão definiu-se como objetivo geral analisar a compreensão e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Acolhimento com Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva, em Boa Vista – RR e como objetivos específicos identificar a compreensão dos enfermeiros sobre o protocolo de ACR; analisar a percepção dos enfermeiros sobre a implantação do ACR na Policlínica Cosme e Silva; verificar como se dá a formação complementar dos enfermeiros que atuam na estratégia do ACR e verificar a compreensão dos usuários sobre o ACR.

O tipo de pesquisa aplicada a este estudo foi a pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa das informações. Este tipo de pesquisa permite uma maior interação entre os fenômenos sociais e a imersão no universo de significados, sendo desvelados pelos sujeitos que vivenciam (GIL, 2010).

De acordo com o pensamento de Gil (2010), a pesquisa exploratória proporciona uma maior familiaridade com o problema, considerando os mais variados aspectos relativos ao fenômeno estudado. Já a pesquisa descritiva, visa à descrição das características da população a ser estudada, identificando a existência de relação entre as variáveis, determinando a natureza dessa relação.

O uso da abordagem qualitativa na pesquisa permitiu analisar a compreensão e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Acolhimento com Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva. Bogdan e Biklen (2008, p. 48) esclarecem que a pesquisa de natureza qualitativa tem ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Nesse tipo de pesquisa, segundo os autores, os dados gerados são predominantemente descritivos; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida deve ser foco de atenção especial do pesquisador.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O cenário em que se realizou a pesquisa foi a Policlínica Cosme e Silva. Para melhor compreensão desse local, apresentamos a seguir uma contextualização dos seus aspectos gerais.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no serviço de urgência/emergência da PCS, localizada na zona oeste do município de Boa Vista - RR. Esta unidade de saúde funciona 24 horas por dia, com média de 300 atendimentos diários. Por isso, a PCS é uma referência em atendimento na área de saúde em Boa Vista, razão pela qual uma grande demanda de usuários procura os serviços médicos e de enfermagem, a fim de obter atenção e atendimento dos serviços oferecidos pela instituição, bem como orientações sobre os mecanismos disponíveis para o alcance de seus direitos.

Esta policlínica está localizada no bairro Sílvio Botelho, mais conhecido como Pintolândia, na cidade de Boa Vista-RR, no qual reside uma população de aproximadamente 10.990 habitantes. Segundo pesquisa do IBGE (2014), a população apresenta como principais problemas de saúde: hipertensão, diabetes, diarreias, vômitos, alcoolismo, ferimentos por arma branca, arma de fogo e tentativa de suicídio.

O serviço de urgência/emergência da PCS funciona, de segunda a segunda, permitindo que as ações da equipe de saúde integrem-se de forma dinâmica, visando que a assistência realizada ao paciente atenda às suas necessidades humanas básicas afetadas no processo saúde-doença.

A PCS conta com a seguinte estrutura:

- Setor de urgência e emergência;
- Centro de atendimento odontológico;
- Laboratório de análises clínicas;
- Centro de imagem e diagnóstico;
- Farmácia.

Para tornar o processo de atendimento mais eficaz, foi implantado em janeiro de 2012 nesta unidade de saúde, o Protocolo Assistencial de Classificação

de Risco. Este protocolo consiste em que todo paciente seja classificado conforme sua queixa principal e identificado por meio de cinco cores selecionadas para identificação do seu nível de gravidade (POP, 2013).

Figura 3 - Policlínica Cosme e Silva.



Fonte: Própria autora

3.2.1 Unidade de Urgência e Emergência

A unidade de urgência e emergência da PCS é composta por vários setores, a saber:

- **Sala de Triagem e Classificatória de Risco:** local em que se realizam os procedimentos de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.
- **Sala de Espera:** salão climatizado destinado ao conforto dos pacientes que aguardam a chamada pela classificação de risco para o atendimento médico ou aguardam resultado de exames. Este espaço pode ser utilizado também como meio educativo ou informativo aos pacientes. Na PCS, existem duas salas de espera, uma destinada aos pacientes que apenas necessitam de consulta no ambulatório e outra para os pacientes com necessidade de atendimento de urgência e emergência.

- **Sala de Sutura:** setor destinado a realizar sutura em tecidos com perda de solução de continuidade, realizada pelo profissional médico, com o auxílio do técnico ou auxiliar de enfermagem.
- **Sala de Vacina:** setor destinado à realização de administração de vacinas anti-rábica e antitetânica.
- **Sala de Observação:** setor destinado a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica ou de enfermagem para fins diagnósticos ou terapêuticos durante um período inferior a 24 horas.
- **Sala de Trauma:** ambiente destinado à assistência imediata de pacientes graves. Equipado com fluxômetro de O₂ e de ar comprimido, equipamentos de monitorização cardíaca, oximetria, equipamentos de reanimação ventilatória (ambú, cateteres de oxigênio terapia, máscaras de ventilação não invasiva, equipamentos de intubação, cânulas, laringoscópio, etc.), sondas vesicais e de aspiração oro traqueal, cateteres de acesso venoso periférico, soros e drogas para parada cardiorrespiratória e choques.
- **Sala de Medicação:** setor destinado à aplicação de injeções ou outros medicamentos.
- **Sala de Nebulização/Aerossol:** ambiente destinado à utilização de aparelhos para veiculação de medicamentos por via inalatória.
- **Central de Material e Esterilização (CME):** setor destinado à recepção, separação, lavagem, desinfecção e esterilização de materiais de uso hospitalar. O centro de material desta Unidade conta com área de expurgo, área de esterilização, preparo e distribuição de materiais.
- **Setor de Transferência dos Pacientes Atendidos:** setor responsável pelo deslocamento dos pacientes para outro hospital, com ou sem risco de vida cujos agravos à saúde necessitam de atendimento mais específico ou para realização de exames externos e/ou avaliação com especialista. É realizado pelo Técnico e ou Auxiliar de Enfermagem nos casos de pacientes com quadro clínico estável sem riscos de vida. Quando paciente grave, o mesmo deverá ser acompanhado pelo enfermeiro e o médico.

3.2.2 Política de Acolhimento com Classificação de Risco

A PCS utiliza desde janeiro de 2012 a Política de Acolhimento com Classificação de Risco, como forma de gestão e organização no atendimento desse serviço. Este local é composto por enfermeiros, técnicos em enfermagem, recepcionistas, vigilantes e policiais.

Para atender a demanda, a PCS possui 10 enfermeiros trabalhando em escalas de plantão. Todos estes enfermeiros atuam nos serviços de urgência/emergência realizando o Protocolo de Classificação de Risco. Na realização desse Protocolo, o enfermeiro atende o usuário em uma sala localizada na entrada da unidade e utiliza instrumentos para verificação de sinais vitais, peso e glicemia. Neste momento, após a realização do Protocolo, o enfermeiro emprega a representação por cores deste método, para classificação dos usuários em seus níveis de prioridade para o atendimento médico.

Um fator que merece destaque é que todos os pacientes são informados sobre o método e sua respectiva classificação, tal como o tempo de espera. Após o usuário ser classificado, o mesmo aguarda o tempo para atendimento médico. Dependendo da sua situação de saúde, o tempo de espera pode variar de imediato a até quatro horas, de acordo com o que estabelece o Protocolo de Manchester. Quando necessário, o enfermeiro acompanha o paciente imediatamente ao consultório médico para o atendimento de urgência. Os pacientes classificados em vermelho são encaminhados a uma sala exclusiva para situações de emergência, recebendo atendimento imediato pela equipe de saúde.

3.3 SUJEITOS

Os sujeitos desta pesquisa foram os enfermeiros que atuam no serviço de ACR da PCS e os usuários que aceitaram participar da mesma. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada aberta (Apêndice B e C).

A população de enfermeiros na PCS foi de dez profissionais (incluindo a diretora de enfermagem) e todos foram convidados e aceitaram a participar da pesquisa. Para este estudo, foram utilizados critérios de inclusão dos participantes, tais como: ser profissional enfermeiro do quadro funcional, atuar no setor de ACR da

emergência do hospital, aceitar participar da pesquisa confirmando através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Também foi expressiva a participação dos usuários, para que a partir daí pudesse verificar a sua compreensão sobre o Acolhimento com Classificação de Risco. Utilizou-se como critério de inclusão os usuários que estavam aguardando atendimento no serviço de urgência/emergência da Policlínica. Entrevistou-se um total de 27 usuários, sendo que em dias diferentes.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas após autorização dos sujeitos e posteriormente transcritas para análise. Foram adotados os procedimentos indicados por Bardin (2010), seguindo as três fases proposta: pré-análise, exploração do material e análise e tratamento dos resultados. Processadas essas fases formaram-se categorias a serem analisadas. De acordo com Bardin (2010) a análise de conteúdo permite apreender os significados e a interpretação dos fatos apresentados ao pesquisador pelo conjunto de respostas dos informantes.

De acordo com Lakatos e Marconi (2001), a entrevista como técnica de coleta de dados oferece várias vantagens e desvantagens. Quanto às vantagens se podem destacar: utilização com pessoas de todos os níveis de escolaridade, onde o entrevistado não precisa saber ler, nem escrever; o entrevistador pode repetir ou esclarecer as perguntas, citar algum significado; permite ao entrevistador a oportunidade de avaliar atitudes, condutas e o registro de reações e gestos do entrevistado. Quanto às desvantagens podem ocorrer: dificuldade de expressão e comunicação de ambas as partes; disposição do entrevistado em dar opinião; retenção de alguns dados importantes por medo ou receio; possibilidade de influência por parte do entrevistador.

Ainda segundo Lakatos e Marconi (2001), faz-se necessária uma preparação anterior para realização das entrevistas, tais como: planejamento prévio; grau de familiaridade com o assunto abordado; garantia de sigilo de confidencialidade e identidade do entrevistado. A realização da entrevista não é uma tarefa fácil, mas com o tempo e com a repetição da mesma, adquire-se um grau de experiência e habilidades.

No primeiro momento, foi realizada uma entrevista piloto com três enfermeiros e quatro usuários para esclarecimento do roteiro e posterior ajuste de acordo com o objetivo da pesquisa. Esta etapa foi de grande importância para o direcionamento das questões abordadas, pois detectou-se que seria necessário acrescentar uma pergunta aos usuários, que abordasse sugestões de melhorias para o atendimento, considerando a utilização do Protocolo em cores.

No segundo momento, iniciou-se propriamente a realização das entrevistas após o esclarecimento do propósito da pesquisa e permissão dos sujeitos participantes. No momento em que antecedia a coleta das informações, era explicado sobre o uso do gravador de voz e os princípios éticos da pesquisa.

A coleta de dados entre os enfermeiros ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2015, por meio de uma entrevista individual semi-estruturada áudio-gravada ocorrida no próprio hospital, durante o plantão. A entrevista, com duração de cerca de 10 minutos, foi composta por sete questões norteadoras (Apêndice B).

Com os enfermeiros, as entrevistas foram realizadas sem maiores intercorrências. Incidiram algumas dificuldades somente com os enfermeiros que atendiam, no momento, no setor de observação, pois devido a um fluxo de pacientes muito intenso, exigindo a atenção total desse profissional, tornou-se necessário aguardar vários minutos pela disponibilidade do enfermeiro para iniciar a entrevista. Durante a gravação, todos se sentiram à vontade em expressar sua opinião, ao demonstrarem a necessidade de falar sobre as dificuldades e o relacionamento enfermeiro e usuário no momento da aplicação do Protocolo no Acolhimento com Classificação de Risco na PCS.

Com os usuários, a realização da entrevista semi-estruturada áudio-gravada, também ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2015, no momento em que os mesmos aguardavam atendimento no serviço de urgência e emergência na PCS. Para os usuários foram elaboradas quatro questões norteadoras com o objetivo de verificar como eles compreendem o ACR (Apêndice B). Tais participantes foram informados da pesquisa e sua anuência se deu através da assinatura do TCLE.

O fechamento amostral dos usuários participantes foi por saturação teórica, ou seja, a suspensão da inclusão de novos entrevistados foi feita quando os dados obtidos durante a entrevista começaram a apresentar certa redundância ou

repetição nas falas. De acordo com Fontanella e colaboradores (2008), na captação de elementos amostrais das pesquisas qualitativas, importa-nos saber, não só a quantidade final dos elementos pesquisados, e sim na qualidade das informações obtidas deles.

Na pesquisa em questão, o total de usuários entrevistados foram 27, pois a partir daí demonstrou-se repetição das falas sobre o fenômeno estudado.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Ao término das 10 entrevistas com os enfermeiros e 27 entrevistas com os usuários, foi dado início ao tratamento dos dados coletados, estabelecendo as categoriais entre enfermeiros e usuários. Este tratamento dos dados coletados consistiu na transcrição das falas na íntegra e posteriormente na análise de seu conteúdo. Para isto, seguindo as recomendações de Bardin (2010), após a imersão das categorias, discussão e reflexões alicerçadas nas literaturas, os relatos foram codificados para os enfermeiros como E1, E2.... E10. E com os usuários participantes como U1, U2.... U27.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados da referida pesquisa foram obtidos de acordo com as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que discorre sobre a pesquisa que envolve seres humanos. Após a autorização da direção do hospital e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo CAAE 43600115.7.0000.5302 e após a assinatura do TCLE dos sujeitos participantes foi que se deu início à coleta de dados. Ao submeter o projeto de dissertação ao Comitê de Ética em Pesquisa, foi definido como possíveis riscos à saúde mental do sujeito um desconforto ou constrangimento, que o mesmo poderia sentir no momento da entrevista, por compartilhar informações pessoais, ou algum assunto que poderia se sentir incomodado em responder. No intuito de evitar constrangimento aos participantes da pesquisa, foi garantida a privacidade, o anonimato, bem como o direito de participar ou não, podendo ser essa autorização suspensa em qualquer fase do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DAS OBSERVAÇÕES

Em consonância com as entrevistas, foi realizada uma observação não participante com os sujeitos envolvidos na pesquisa, evidenciando-se os mais diversos cenários e situações. Durante essa fase pode-se perceber alguns servidores da recepção com postura não condizente ao que preconiza a Política Nacional de Humanização, agindo de forma áspera em determinadas situações com alguns pacientes. Isso demonstra que as recomendações da PNH não estão sendo atendidas, uma vez que se preconiza um trabalho em conjunto adotando uma postura humanitária em todas as ações de saúde.

Todos os profissionais que atuam no serviço deverão atender de forma acolhedora, sempre orientando no que for preciso. Se faz necessário um melhor relacionamento entre os profissionais e os usuários e uma maior cooperação entre si, propiciando um ambiente harmonioso e um aumento na satisfação do serviço oferecido.

4.1.1 Com o enfermeiro

Pode-se observar durante as entrevistas uma prática ainda muito frequente que é a realização do PCR realizada pelo técnico em enfermagem, principalmente devido à ausência do enfermeiro, neste setor, entre as 23h e 07h do dia seguinte. Essa prática compromete a efetivação do protocolo, uma vez que conforme a Resolução COFEN nº 423/2012 a realização da Classificação de Risco nas emergências é uma responsabilidade privativa do enfermeiro, garantindo ao usuário a realização de um atendimento dotado de conhecimento e competência técnica e científica para execução.

De acordo com o Decreto-Lei nº 94.406/87 confere ao técnico em enfermagem “assistir ao enfermeiro no planejamento das atividades de assistência”, sendo as atividades de gestão, consultoria, auditoria, consulta de enfermagem deverão ser desempenhadas exclusivamente pelo enfermeiro. Este fato reforça a necessidade de uma intervenção da gestão em adequar o quadro de pessoal da

enfermagem suficiente para que não haja desfalque desse profissional em nenhum horário, garantindo assim, a continuidade do processo de atendimento no serviço.

4.1.2 Com o usuário

Durante as observações com os usuários, percebeu-se uma certa frequência do número de pessoas que buscavam atendimento na PCS, apresentando queixas variadas tanto nos casos mais simples, como os mais complexos.

Os usuários chegavam sozinhos ou por meio de ambulância, mas na maioria das vezes sempre acompanhados por familiares ou amigos. Muitos apresentando expressão de dor, sofrimento, mas a grande maioria aparentemente apresentando boa integridade de saúde. Dirigiam-se ao balcão de atendimento e posteriormente eram encaminhados ao serviço de triagem para realização da CR com o enfermeiro. A partir daí aguardavam ansiosos o atendimento médico. Os acompanhantes sempre atentos como uma forma de poder auxiliar de alguma maneira, exigindo cuidados e sempre cautelosos no tempo de espera para o atendimento médico.

Alguns pacientes no primeiro momento ao buscar atendimento no serviço de urgência, apresentaram uma certa estranheza com o método adotado, mas durante todo processo de atendimento puderam entender o real objetivo do uso do dispositivo da CR, considerando a resolutividade no atendimento, o tempo de espera e a referência a outros serviços caso necessário.

Priorizar o atendimento àqueles mais necessitados proporciona uma maior satisfação do serviço, considerando o ACR como um dispositivo de humanização, configurando ao usuário respeito e maior compreensão do método.

4.2 Da pesquisa documental

O serviço de emergência dessa unidade apresenta um alto índice de insatisfação dos pacientes, sendo foco de queixas, denúncias e tantas outras reclamações. Isto se dá por vários motivos, entre eles pode-se citar: sempre há

superlotação; por várias vezes há escassez ou até mesmo ausência de medicação fornecida gratuitamente na farmácia, demora para o atendimento.

Diante das informações obtidas no Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME) da PCS referente ao atendimento e a classificação da cor do paciente atendido no ano de 2014, percebe-se um elevado número de atendimento nas cores azul, verde e amarelo tanto no primeiro, quanto no segundo semestre do ano, representando visivelmente uma superlotação do serviço de urgência por alguns pacientes que poderiam buscar o atendimento nos serviços voltados à atenção primária. Essa informação pode ser representada, a seguir, através do Quadro 1.

Quadro 1 : Demonstrativo anual da Classificação de Risco dos pacientes atendidos na Policlínica Cosme e Silva – PCS no ano de 2014.

Consolidado	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Classificação													
VERMELHA	0	0	0	0	0	17	8	49	169	139	114	75	571
LARANJA	79	49	87	142	115	139	179	168	154	181	181	235	1709
AMARELA	2570	2381	2642	2893	3274	3371	4251	2996	3156	3106	2986	2771	36397
VERDE	5928	6156	6118	7528	7484	7620	9197	7664	7433	7182	6736	6922	85968
AZUL	2333	1622	1611	1215	1620	1370	1605	1193	1227	1052	924	1059	16831
TOTAL	10910	10208	10458	11778	12493	12517	15240	12070	12139	11660	10941	11062	141476

Fonte: SAME/PCS/2014.

Ao analisar o quadro 1 não se pode enfatizar como fator determinante para essa superlotação situações específicas, principalmente no que se refere a fragilidade dos serviços de atenção básica, visto que na gestão municipal nesse período, foram realizados concursos na área da saúde nos diversos níveis e atuações dos profissionais, alocando-os nos postos e centros de saúde, além da reestruturação e ampliação dos serviços de atenção básica ofertadas à população. Talvez pudéssemos considerar um trecho de uma das falas do enfermeiro 1 no que diz: “essa população vem para o hospital, então ela prefere brigar e ser atendido nessas duas, três horas do que no posto de saúde que às vezes leva 1 mês, 2 meses, 3 meses para ser atendido”.

As unidades básicas de saúde são organizadas de uma maneira, que alguns atendimentos ocorram por meio de um agendamento prévio, muitas vezes por um tempo elevado, fazendo com que a população busque esse atendimento de forma mais rápida nos serviços de urgência nos hospitais. O MS reconhece que o

sistema de saúde pública no Brasil apresenta problemas crônicos, que impedem o desenvolvimento de alguns serviços, sendo considerados por muitos gestores, como desafios a serem enfrentados. Na sua essência, as estratégias da atenção básica de saúde, estão direcionadas prioritariamente para um cuidado individual e coletivo, na prevenção e recuperação dos problemas de saúde, conseqüentemente contribuindo para a melhoria de vida das pessoas, refletindo na diminuição da busca por serviços mais complexos como os ambientes hospitalares (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com informações do SAME, a maior procura para o atendimento na emergência da Policlínica no ano de 2014, apresenta-se na faixa etária entre 15 a 50 anos.

Tabela 1 - Sucinto diagnóstico do total de atendimentos anual da emergência na Policlínica Cosme e Silva, tendo como base de dados do ano de 2014.

IDADE	TOTAL DE ATENDIMENTOS (n)
1 a 2 anos incomp.	1621
2 a 3 anos incomp.	5285
3 a 4 anos incomp.	5304
4 a 5 anos incomp.	4412
5 a 6 anos incomp.	3797
6 a 12 anos incomp.	16664
12 a 15 anos incomp	6046
15 a 21 anos incomp	19989
21 a 25 anos incomp	17367
25 a 30 anos incomp	18862
30 a 35 anos incomp	18807
35 a 40 anos incomp.	15552
40 a 45 anos incomp.	11567
45 a 50 anos incomp	10150
50 a 55 anos incomp	8382
55 a 60 anos incomp	6543
60 a 65 anos incomp	4866
65 Acima anos incomp.	9123

Fonte: Programa IntegrHOS da PCS.

Alguns usuários participantes desta pesquisa, associaram a superlotação após a implantação da CR no hospital provocando uma grande insatisfação, entendendo que por ordem de chegada seria mais rápido. Para eles, a burocracia do atendimento primeiro pelo enfermeiro, para posterior atendimento médico, dificulta e

aumenta o tempo de permanência desses usuários no hospital. De acordo com os trechos abaixo:

Para melhorar, acho que primeiramente deveria cancelar isso aqui por cor, e que por ordem de chegada seria mais fácil para mim, e para todos. Acho que não está resolvendo nada (U18).

Acho que passar pelo enfermeiro demora um pouco. Se fosse para o enfermeiro resolver a nossa situação, seria para nós contar para ele e não passar pelo médico. Portanto, agente conta nossa situação para o enfermeiro e depois que chegaremos ao médico. O médico não, tem a capacidade de passar a receita, e encaminhar imediatamente. Essa cor no acolhimento não adianta nada, sempre teremos que continuar com essa espera no atendimento. Não é que o enfermeiro não seja importante, mas é que a gente deve acompanhar a situação do paciente. Deve-se dar prioridade para quem tá passando mal, febre, convulsão. E daí a gente tem que falar para o enfermeiro e depois para o médico. É horrível (U22).

De acordo com Bittencourt (2009) vários estudos no Brasil foram realizados apresentando causas variadas para essa superlotação nos serviços de urgência, tais como: a falta de leito, o atraso no diagnóstico e tratamento provocando além da superlotação o aumento do número de morte por causas diversas e também, como uma das possíveis causas a baixa efetivação dos serviços de atenção básica.

4.3 DAS ENTREVISTAS

Através das categorias elencadas serão apresentadas as vivências e os desafios enfrentados pelos enfermeiros da Policlínica Cosme e Silva através de sua prática diária e o significado do método de Acolhimento com Classificação de Risco tanto para os enfermeiros quanto para os usuários atendidos no serviço de emergência desse hospital.

4.3.1 Participação dos usuários

Após a realização das entrevistas e transcrição das falas dos usuários participantes da pesquisa, será apresentado a seguir a interpretação dessas falas de acordo com as semelhanças e categorias elencadas como ilustrada no (quadro 2).

Quadro 2 - Demonstrativo das questões norteadoras e suas respectivas categorias elencadas a partir das falas dos usuários.

QUESTÕES NORTEADORAS	CATEGORIAS
O que você entende por ACR?	Entendimento sobre ACR/ Compreensão sobre ACR
O que você acha da utilização desse novo método?	Utilização do método da CR
Em sua opinião, qual a importância do enfermeiro realizar o ACR?	Importância do enfermeiro na CR
Qual a sua sugestão para melhorar o atendimento considerando o ACR?	Melhorias no atendimento

Durante a pesquisa tornou-se evidente que alguns pacientes só aceitam e valorizam o Sistema da Classificação quando são beneficiados de alguma forma, principalmente quando são atendidos rapidamente. Podemos demonstrar na fala que segue:

Quando ele se sente beneficiado, você se sai como enfermeiro herói, mas quando ele não se sente beneficiado você é um enfermeiro bruxo. Se ele entra na frente, você é bonzinho e em caso contrário eles ficam chateados (ENF9).

No entanto, compreender a Política do ACR por parte desses usuários, remete a uma maior aceitação por meio de todos envolvidos, e em se tratando do usuário proporciona um atendimento integral e humanizado.

4.3.1.1 Categorias

4.3.1.2 Categoria I - Entendimento sobre Acolhimento com Classificação de Risco.

Durante as entrevistas com os pacientes, ao serem indagados sobre qual o seu entendimento sobre ACR, percebeu-se que a maioria dos usuários associaram o ACR à prioridade do atendimento de acordo com a gravidade, e não como ato de acolher, acomodar, apresentando em quase todas as falas uma dificuldade em definir o conceito de acolhimento de acordo com algumas falas a seguir:

É uma situação importante que vem mudando a rede hospitalar de Roraima até porque haviam pessoas que chegavam ao hospital com gravidade maior e nem sempre era atendido de imediato. Essa classificação de cores foi interessante porque se você está mais afetado de saúde você é atendido mais rápido que outras pessoas (U1).

Dependendo da gravidade do caso eles são atendidos primeiros (U5).

Eu entendo que é pra você ver a real necessidade do paciente antes dele ser atendido e vê se verdadeiramente ele está passando mal, e também aquelas pessoas que não estão tão grave dá lugar para aqueles que precisam de verdade (U12).

Existe também um entendimento entre os pacientes relacionando à gravidade e as cores durante a classificação realizada pelo enfermeiro:

É o método que utiliza as cores, vermelho é mais grave, verde menos grave, acho esse método muito bom (U7).

Eu entendo que dependendo de cada caso vai mudando de categoria se tem febre se não tem, se não tem dor de cabeça pode ser atendido pelo azul que é o normal menos grave. Daí conforme vai mudando a classificação vai mudando a cor. Existe os casos graves, menos graves e urgentes e o vermelho que é gravíssimo (U8).

Entendo que prioridades são as cores amarelo, laranja e vermelho, só que tem muita gente que não entende sobre isso (U12).

É necessário enfatizar a importância de uma ampla divulgação acerca do conceito do ACR com os usuários, apresentando uma definição clara e seu real propósito, porque nem todos os usuários compreendem que este método não obedece a ordem de chegada para o atendimento.

O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que ainda resistem, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto (BRASIL, 2004, p. 21).

Com isso, espera-se que haja uma diminuição na insatisfação apresentada pelos pacientes, uma vez que a falta de conhecimento sobre o método, poderá gerar uma maior rejeição. De acordo com o usuário 26, percebe-se claramente essa necessidade de divulgação sobre o método do ACR:

Porque o certo é ter um tipo de um boleto pra gente ficar se informando. Agente chega aqui e fica jogado e passa horas e horas para ser atendido, e

as vezes não entendemos nada. Eu não acho muito bom não, por que ficamos recolhido ali e não ficamos sabendo de nada do que fica acontecendo, não informam nada pra gente, se a gente perguntam eles falam.

Os usuários, muitas vezes, estão mais interessados no ato do atendimento no hospital do que no acolhimento propriamente dito, ou seja, é importante uma relação afetuosa entre os profissionais e os usuários, mas o seu objetivo maior como paciente é o atendimento em si. Essa ideia fragmentada entre os conceitos, deixa a entender que acolhimento e Classificação de Risco apresentem sentidos diferentes.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010c) o acolhimento como postura e construção de uma relação de confiança e compromisso deve ser empregado em todos os serviços de saúde. Porém, o serviço de emergência deve ser dado como foco principal por ainda apresentar desafios a serem superados durante o atendimento como: a fragmentação da rede de serviços, superlotação, falta de profissionais, exclusão de alguns pacientes na porta de entrada dessas emergências, entre outros.

O ato de acolher deve ser empregado em todos os setores e através de todos os profissionais, desde a recepção administrativa até o momento da alta do paciente daquele serviço. Já a Classificação de Risco é um método que utiliza um protocolo em cores que caracteriza a queixa principal do paciente indicando também o tempo de espera para o atendimento médico. Portanto, queremos salientar que os dois conceitos não podem ocorrer de forma dissociada, sendo realizados ao mesmo tempo sempre na promoção da humanização.

4.3.1.3 Categoria II - Utilização do método da Classificação de Risco

Durante as entrevistas, os usuários foram questionados a respeito da sua opinião sobre a utilização do método da CR na Policlínica Cosme e Silva. De acordo com as falas, alguns pacientes não concordam com o método, insistindo no atendimento por ordem de chegada.

Por uma parte esse método é bom, mas por outra demora muito atender o paciente (U10).

Eu não estou achando nada, porque a gente fica lá dentro esperando muitas horas, muitas pessoas passam mal e vai passando na nossa frente (U19).

Nada a ver, não estar utilizando de nada, por que se chega um paciente ruim eles não colocam pra frente, então não está servindo de nada (U27).

Neste momento, cabe aos profissionais e gestores uma maior aproximação com o usuário e uma ampla divulgação do método, proporcionando um máximo conhecimento da nova modalidade de atendimento. Destacamos a fala de um enfermeiro quando diz: “o maior desafio é lidar com essa falta de conhecimento, porque seguir a classificação pelo protocolo é bem tranquilo e fácil quando a população está orientada a receber a classificação devida” (ENF1). Este mesmo enfermeiro enfatiza:

A população não conhece e nem tem interesse pelo programa, pelo contrário cada um acha que o seu problema é sempre maior que o do outro, e a demanda aqui nesse hospital é tão grande que a gente não tem tempo pra explicar tudo isso pro paciente, então você tem muitas pessoas a serem atendidas e que se houver uma demora, a população reclama e dentro desse pouco tempo que você tem para explicar qual a classificação, o porquê, além da população não aceitar pois o que a população não quer é a demora, e dentro do protocolo com essa falta de conhecimento sobre a classificação de risco não há uma boa aceitação da população. Eles ficam chateados pela espera, quando alguém passa na frente eles querem saber qual o problema daquele paciente, porque que ele passou na frente, portanto tudo isso se baseia na falta de conhecimento e da grande demanda da população. Existe uma linha de encaminhamento dentro do protocolo azul e mesmo que você oriente o paciente procurar o posto de saúde, fazer os exames no posto de saúde, esses postos de saúde não tem uma estrutura adequada para receber todos os pacientes, daí essa população vem pro hospital, então ela prefere brigar e ser atendido nessas duas, três horas do que no posto de saúde que às vezes leva 1 mês, 2 meses, 3 meses (ENF1).

Nesta perspectiva, considerando que a CR é um método de melhoria da qualidade dos serviços de urgência, de acordo com a Política de ACR, algumas etapas deverão ser contempladas para o processo de implementação dessa prática (BRASIL, 2012, p. 46):

- Sensibilização de todos agentes profissionais e usuários envolvidos;
- Realização de oficinas e capacitação específica para os enfermeiros;
- Fortalecimento das redes de atenção primária e secundária.

Podemos destacar a fala do enfermeiro 6, para entender a importância que representa o ACR:

É uma ferramenta importante pra gente normatizar e trazer os pacientes para dentro do serviço e direcioná-los. É uma ferramenta interessante, dentro do que é imposto. Porém, ele em si não satisfaz a necessidade do cliente, tendo em vista que alguns problemas não requerem somente um direcionamento para um ambulatório ou para a observação, ou seja, vai muito da experiência do profissional que está à frente da verificação (ENF6).

O papel do profissional que atende nos serviços de urgência se torna fundamental para a melhoria e aceitação do método pelo usuário durante o atendimento. O ato de acolher implica num compromisso de todos voltados na melhoria do atendimento.

4.3.1.4 Categoria III - Importância do enfermeiro na CR

Em relação a opinião dos pacientes sobre a realização da Classificação de Risco ser realizada pelo profissional da enfermagem, dezoito dos vinte e sete entrevistados reconhecem a importância desse profissional na realização do dispositivo, considerando o conhecimento obtido em sua formação e prática profissional. Alguns trechos abaixo confirmam essa declaração:

É importante porque o enfermeiro é conhecedor de todas essas informações e dessas linhas de cores, até o paciente chegar ao médico. Pelo estudo que ele tem e pela experiência, ele é capaz de classificar o paciente e saber as dificuldades do paciente no momento (U2).
Ele tem um grau de conhecimento melhor do que o técnico (U3).
É o profissional que tem capacidade pra fazer a avaliação, para ter uma avaliação primária, depois dessa avaliação seremos chamados conforme a categoria. Ele tem o curso e é formado pra isso pra fazer essa avaliação primária (U8).

Percebe-se, portanto, a importância que o profissional enfermeiro exerce em sua prática diária na realização da CR, sendo reconhecido pela maioria dos usuários, valorizando-o, promovendo com isso uma diminuição da pressão dos próprios pacientes e seus familiares.

Acho interessante porque o enfermeiro tem a capacidade de analisar o paciente e sua real situação. Se ele precisa de atendimento urgente ou se ele pode aguardar um pouco. Já outro profissional que não seja enfermeiro

não tem essa capacidade para saber se a pessoa tem realmente a necessidade de um atendimento urgente (U13).

A intervenção do enfermeiro durante a espera do atendimento por meio do paciente, também demonstra a importância da sua atuação profissional promovendo a diminuição do sofrimento daquele paciente: “com o enfermeiro é bem melhor, por que aqui é a visão de todo setor e lá dentro o atendimento vai ser melhor também” (U21).

A importância do enfermeiro é justamente ele saber quem é a pessoa que ele vai dar prioridade, dependendo da situação da pessoa. A função dele é avaliar a situação do paciente e ele classificar o paciente. Acredito que o enfermeiro seja capaz de avaliar o paciente e identificar quem deverá ser atendido primeiro (U23).

Além daqueles pacientes que reconhecem a valor do enfermeiro na realização da CR, existem outros que almejam a participação de outros profissionais na realização do método, tais como o médico, psicólogos entre outros. Estes profissionais, de acordo com a PNH devem fazer parte do acolhimento em si, mas não na aplicabilidade do Protocolo de Risco, já que tal procedimento é privativo do enfermeiro. Pode-se confirmar através das falas que seguem:

Quem deveria fazer esse atendimento era uma psicóloga ou um médico mesmo, porque o enfermeiro faz a parte dele, mas lá dentro eu vou ter que falar para o médico tudo de novo (U9).

Acho que deveria ter um psicólogo atendendo os pacientes, por que ele vai entender mais o que é necessário para o paciente (U10).

Acho que quem deveria fazer a entrevista era outro profissional, porque o Enfermeiro não sabe identificar quem tá doente. Ele olha somente a aparência (U18).

Existem outros que demonstram não conhecer a Política do Acolhimento e o Protocolo de Classificação de Risco, rejeitando totalmente a presença do enfermeiro na realização do método:

Acho que passar pelo enfermeiro demora um pouco. Se fosse para o enfermeiro resolver a nossa situação, seria para nós contar para ele e não passar pelo médico. Portanto agente conta nossa situação para o enfermeiro e depois que chegaremos ao médico. O médico não, tem a capacidade de passar a receita e encaminhar imediatamente. Essa cor no acolhimento não adianta nada, sempre teremos que continuar com essa espera no atendimento. Não é que o enfermeiro não seja importante, mas é

que a gente deve acompanhar a situação do paciente. Deve-se dar prioridade para quem tá passando mal, febre, convulsão. E daí a gente tem que falar para o enfermeiro e depois para o médico. É horrível (U22).

A intervenção de outro profissional deve ocorrer de acordo com a necessidade e situação que o paciente possa apresentar. Isso demonstra que na realização do ACR, todos os profissionais desde o momento da entrada do usuário ao serviço até sua alta, deverão estar envolvidos garantindo-o sua acessibilidade e na resolutividade de algumas situações que possam surgir durante esse processo, garantindo um atendimento integral e humanizado. Logo, as ações de acolhimento requerem “uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário” (BRASIL, 2012, p. 18).

4.3.1.5 Categoria IV - Melhorias no atendimento

Após a implantação da PNACR na Policlínica Cosme e Silva é importante considerar alguns aspectos que devam fazer parte desse novo método, visando cada vez mais a melhoria no atendimento. Diante disto, questionou-se aos usuários participantes da entrevista qual a sugestão para melhorar o atendimento naquele hospital considerando o ACR. Dentre as respostas houveram diferentes sugestões objetivando essa melhoria, conforme os trechos abaixo:

Depende muito da boa vontade de cada profissional, daí depende muito de cada profissional. Acho que o atendimento melhora ou fica ruim dependendo do profissional que atende (U17).

Para melhorar acho que primeiramente deveria cancelar isso aqui por cor, e que por ordem de chegada seria mais fácil para mim, e para todos. Acho que não está resolvendo nada (U18).

Acho melhor por que o enfermeiro acolhe e dá a classificação, mas acho que por ordem de chegada é melhor do que esse negócio de verde, de classificação (U26).

Ao analisar as falas, percebemos que houveram diferentes respostas em vários sentidos, uma nos chamou a atenção como de acordo com o relato que segue:

Acho que ainda falta muita qualificação para os enfermeiros e falta também primeiro os enfermeiros serem acolhidos. Ter mais cursos para que realmente possa entender as nossas necessidades por que muitas vezes ele age de acordo com a opinião dele (U6).

O relato do usuário se reporta na importância do acolhimento também para os enfermeiros, principal responsável pela realização da CR, nos levando a resgatar trechos das falas de alguns enfermeiros participantes desta pesquisa, citada no item capacitação dos profissionais:

Não participei de nenhuma capacitação para trabalhar nesse setor (ENF1). Não, eu não tive nenhuma capacitação o que eu aprendi foi durante a minha especialização de urgência e emergência (ENF3).

Outro questionamento realizado pelos usuários refere-se à prioridade no atendimento daqueles considerados “amigos ou conhecidos” dos enfermeiros, de acordo com as falas que seguem:

Se pudéssemos tirar essa coisa de colocar o pessoal conhecido pra dentro, pois tem muito funcionário que coloca seus amigos primeiro, tirando isso eu gosto de tudo (U13).
Acho bom na medida em que seja respeitada a ordem em que o paciente vem ao hospital, e não passando na frente aqueles que são conhecidos do enfermeiro (U23).
Acho que muitas vezes eles passam na frente os amigos, eu mesmo já vi muitas vezes isso (U26).

O fato do profissional enfermeiro, durante a realização da Classificação de Risco, conhecer o usuário não lhe confere o direito de dar prioridade no atendimento a um ou a outro paciente, embora essa realidade é presenciada em todas as áreas e setores tanto no âmbito hospitalar ou não. O enfermeiro deve sempre ter em mente a ideia de que no setor da Classificação de Risco deve-se utilizar a Classificação por cores respeitando a ordem da Classificação de Risco do paciente atendido. A facilidade do atendimento por parte de alguns usuários é um fator bastante incômodo, ferindo o protocolo preconizado pela PNH.

4.3.2 Participação dos enfermeiros

A seguir serão apresentadas as categorias elencadas por meio das falas dos enfermeiros buscando-se atender o objetivo do estudo no que diz: Analisar a compreensão e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Acolhimento com Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva, em Boa Vista-RR.

Quadro 3 - Demonstrativo da Classificação de Risco dos pacientes atendidos na Policlínica Cosme e Silva no ano de 2014

QUESTÕES NORTEADORAS	CATEGORIAS
Como é trabalhar realizando o ACR? Qual a sua satisfação na realização dessa atividade?	Prática cotidiana/ Satisfação no trabalho/ Compreensão do método
Quais desafios você enfrenta para realização do Protocolo de Classificação de Risco?	Desafios na realização do protocolo/ Implantação do ACR
Você participou de alguma capacitação?	Capacitação do enfermeiro
Como você observa a reação do paciente diante deste método?	Aceitação do método
Cite alguma situação que você vivenciou de forma conflituosa durante a realização da Classificação de Risco	Situações conflituosas
Qual a sua sugestão para promover uma melhor relação entre enfermeiro e paciente, diante da aplicação do ACR?	Humanização no atendimento

4.3.2.1 Categorias

4.3.2.2 Categoria I - Prática cotidiana/Satisfação no trabalho/ Compreensão do método

No primeiro momento foi perguntado ao enfermeiro como é trabalhar e qual a sua satisfação na realização do Acolhimento com Classificação de Risco. Dentre as respostas, cinco responderam que é uma tarefa um tanto conflituosa, difícil de realizar com os pacientes, que na maioria das vezes não aceitam sua classificação na cor. Pode-se verificar na fala de alguns profissionais através dos seguintes depoimentos:

Uma tortura, pois nem todos os pacientes compreendem ainda a classificação e além de não entender, não aceita e acham que sempre estão classificados de forma errada (ENF 1).

É complicado por causa da aceitação do paciente, ele geralmente não aceita o que a gente classifica (ENF 2).

Pessoalmente não gosto muito de trabalhar na Classificação de Risco, acho um serviço maçante, exaustivo que requer muito trato interpessoal, muito conhecimento e também muita perícia para não classificar errado e deixar um paciente grave lá fora (ENF 10).

É bom, mas de certa forma conflituoso, por que na opinião dos pacientes todos eles são urgência e emergência e querem passar na frente, e que de fato o enfermeiro sabe que não é (ENF 7).

Diante das falas é bastante perceptível a insatisfação e o descontentamento por parte de alguns enfermeiros em realizar esse tipo de serviço, demonstrando que esse desprazer se encontra atrelado ao fato da não aceitação da maioria dos usuários ao método. Nota-se também, um certo desgaste emocional, ocasionado pela superlotação no serviço. Atuar na emergência por si só apresenta uma dinâmica de trabalho com um ritmo acelerado, sobrecarregando física e emocionalmente os profissionais que atuam neste setor.

As concepções desses profissionais vão ao encontro do que preconiza a Política Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco (PNACR), no que se refere ao serviço do profissional que realiza o protocolo, pressupondo uma relação/usuário humanitária, no que diz:

Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde, e que as mudanças das práticas de acolhida aos cidadãos-usuários e aos cidadãos-trabalhadores nos serviços de saúde é um desses desafios (BRASIL, 2010c, p. 07).

No entanto, em outras entrevistas, quatro enfermeiros demonstraram satisfação na realização do ACR, enfatizando a importância na organização da porta de entrada para o serviço, ao considerar também a experiência do profissional que realiza o método, conforme as falas abaixo:

É um trabalho que sistematiza, organiza o serviço e você realmente atende as prioridades. Eu creio que veio para organizar o serviço (ENF3).

É uma experiência nova para mim porque estou começando agora e fiquei poucas vezes lá. Gostei da nova proposta, achei interessante (ENF5).

É uma ferramenta importante pra gente normatizar e trazer os pacientes para dentro do serviço e direcioná-los. É uma ferramenta interessante dentro do que é imposto (ENF6).
É difícil, mas satisfatória (ENF9).

A realização do ACR, só ganha sentido quando esses profissionais entendem que “como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde” (BRASIL, 2010c, p. 10).

Entretanto, temos que admitir que lidar com a incerteza, a dor e o sofrimento por parte dos usuários, parece apresentar cada vez mais dificuldades nas práticas cotidianas dos enfermeiros. Com a utilização do método da Classificação de Risco, a população muitas vezes, ainda se encontra ligada a um atendimento por ordem de chegada, em vez do atendimento por ordem de prioridade. Podemos verificar na fala do enfermeiro abaixo:

A população não conhece e nem tem interesse pelo programa, pelo contrário cada um acha que o seu problema é sempre maior que o do outro, e a demanda aqui nesse hospital é tão grande que a gente não tem tempo pra explicar tudo isso pro paciente, então você tem muitas pessoas a serem atendidas e que se houver uma demora, a população reclama e é dentro desse pouco tempo que você tem para explicar qual a classificação, o porquê, além da população não aceitar pois o que a população não quer é a demora, e dentro do protocolo com essa falta de conhecimento sobre a Classificação de Risco não há uma boa aceitação da população. Eles ficam chateados pela espera, quando alguém passa na frente eles querem saber qual o problema daquele paciente, porque que ele passou na frente, portanto tudo isso se baseia na falta de conhecimento e da grande demanda da população (ENF1).
Então às vezes estamos na sala e chega algum paciente, abre a porta de vez e pergunta? E aí? Que horas eu vou ser atendido? Vocês não estão vendo que estou passando mal e aquela outra que chegou, já entrou na minha frente? (ENF8).

A percepção dos enfermeiros quanto ao conhecimento do método por meio dos usuários, apresenta na realidade, a necessidade de realização de ações educativas no sentido de possibilitar uma ampla divulgação desse método, fazendo com que esse paciente venha a entender os principais objetivos da realização da CR nas redes de saúde.

Em se tratando da compreensão sobre o ACR, identificou-se um amplo conhecimento por meio dos enfermeiros em relação ao Protocolo utilizado com os pacientes, mesmo considerando que alguns enfatizaram a ausência da realização

de capacitação devido a fatores como a falta de tempo ou número de capacitação insuficiente.

É uma ferramenta importante pra gente normatizar e trazer os pacientes para dentro do serviço e direcioná-los. É uma ferramenta interessante, dentro do que é imposto. A triagem em si que está inserida também nessa classificação, é propriedade da enfermagem (ENF6).

Ainda de acordo com a fala do enfermeiro 6:

O protocolo em si não satisfaz a necessidade do cliente, tendo em vista que alguns problemas não requerem somente um direcionamento para um ambulatório ou para a observação, ou seja, vai muito da experiência do profissional que está à frente da verificação.

Portanto, é fundamental que esses profissionais enfermeiros estejam aptos e possuam um bom conhecimento, de forma que beneficie em sua conduta durante o exercício de sua função.

4.3.2.3 Categoria II - Desafios na realização do protocolo/ Implantação do ACR

Um problema vivenciado tanto pelo usuário que aguarda atendimento, quanto pelo enfermeiro durante a realização da CR é o “fingimento” de um sintoma por meio de alguns usuários no momento do acolhimento que é realizado pelo enfermeiro, na tentativa de recebimento de uma cor que represente um tempo de espera menor para o atendimento médico. Os trechos a seguir apresentam essa realidade:

Foi uma situação constrangedora, pois o paciente entrou com uma toalha, chorando, morrendo de dor de cabeça dizendo que estava muito ruim. Daí verificamos os sinais vitais e percebemos que estava tudo normal. Priorizamos o atendimento e daí ela tirou a toalha do rosto e saiu andando normalmente (ENF9).

É bom, mas de certa forma conflituoso, por que na opinião dos pacientes todos eles são urgência e emergência e querem passar na frente, e que de fato o enfermeiro sabe que não é. Alguns pacientes até inventam uma sintomatologia para receber uma classificação que não venha demorar muito a ser atendido (ENF7).

[...] aí alguém chega fingindo que está mal e eles passam na frente, sendo que quem tá passando mal fica para trás (U18).

Esta realidade é percebida como uma dificuldade, já que o sintoma é um sinal subjetivo, tornando-se um empecilho para a real classificação daquele que em algum momento possa dissimular uma situação mais agravante, muitas vezes deixando para trás aqueles pacientes que se encontram verdadeiramente em situação de risco. Um fator primordial neste momento, além do bom senso do enfermeiro, é a realização da aferição dos sinais vitais, expressão facial, escala de dor e a utilização de outros procedimentos empregado no momento da realização do protocolo, auxiliando na efetivação do método.

O maior desafio é lidar com a dor do paciente, é identificar se aquela dor é verdadeira ou não, se é uma fantasia, drama. Acho que somente a utilização da escala da dor dificilmente ajuda, usamos, mas tem caso que você realmente vai no bom senso. As vezes não é nem para colocarmos uma cor, mas dependendo da situação, temos que priorizar esse paciente (ENF9).

Outro grande desafio enfrentado pelo enfermeiro durante a realização do ACR está relacionado à comunicação entre ele e os usuários. É bastante comum os pacientes buscarem atendimentos na rede hospitalar de urgência simplesmente para serem ouvidos, muitas vezes devido a problemas simples de saúde e até mesmo na tentativa de expressar seus anseios, angústias por acreditar que àquele profissional possa, de alguma forma, compreendê-lo ou até mesmo direcioná-lo a um serviço mais específico.

É neste sentido que o ACR configura num primeiro contato, um ato de construção de vínculo, empatia, capaz de esclarecer as dúvidas e ofertar um atendimento mais resolutivo. No entanto, diante da realidade dos serviços de urgência, caracterizado por uma superlotação, stress, dor, entre outros, torna-se bastante improvável um atendimento mais demorado, individual.

A demanda aqui nesse hospital é tão grande que a gente não tem tempo pra explicar tudo isso para o paciente, então você tem muitas pessoas a serem atendidas e que se houver uma demora, a população reclama e dentro desse pouco tempo que você tem para explicar qual a classificação, o porquê, além da população não aceitar, pois o que a população não quer é a demora (ENF1).

O acolhimento é de fundamental importância para que o paciente possa sentir mais à vontade o que ele está vivenciando, suas dores, o que ele está passando e para o profissional ele traz a luz de um Diagnóstico de Enfermagem, alguns cuidados que ele poderá tomar diante daquele paciente e daquele problema que ele está apresentando (ENF6).

Portanto, cabe aos profissionais no momento do acolhimento, adotar práticas mais acolhedoras, por meio de uma abordagem mais humana e tranquila, reconhecendo e aceitando esse desafio como um ato de construção de mudanças, direcionadas a uma prática mais dialogada sempre na busca de solução dos problemas daquelas pessoas.

Em se tratando da implantação do ACR na Policlínica Cosme e Silva, os enfermeiros afirmam que houve várias mudanças, proporcionando uma oferta de atendimento mais rápida aos usuários que apresentavam quadros mais graves, os quais necessitavam de um atendimento imediato. Também ficou evidenciado através das falas desses profissionais que houveram melhorias na organização do serviço, utilizando-se de um direcionamento aos serviços de referência sempre que necessários, deixando claro que em alguns casos esses serviços de referência encontram-se, muitas vezes, funcionando de forma fragmentada ou até mesmo ineficiente.

Em relação ao fluxo de atendimento dos pacientes, os enfermeiros relataram que houve um pequeno avanço, visto que, os pacientes que não necessitam de atendimento de urgência persistem na busca desse serviço e que o método de classificação empregado ainda provoca certa estranheza por aqueles pacientes acostumados no atendimento por ordem de chegada, enfatizando-se a necessidade de uma maior divulgação da tecnologia.

4.3.2.4 Categoria III - Capacitação do enfermeiro

No que se refere ao questionamento frente aos enfermeiros sobre se os mesmos participaram de alguma capacitação para o desenvolvimento de suas atividades na Classificação de Risco, sete dos dez enfermeiros entrevistados informaram não ter participado de nenhuma capacitação prévia e que a prática foi adquirida através de suas vivências diárias e por meio da ajuda mútua dos enfermeiros do plantão.

A capacitação profissional é um fator essencial no processo de realização da prática de saúde na aplicação do Protocolo de Manchester. O enfermeiro deverá deter um conhecimento sobre a classificação do paciente através das cores,

suficiente para que não haja erro e nem venha prejudicar no tempo para o atendimento médico. Conforme as falas seguintes, constatamos que não houve uma capacitação suficiente para os profissionais da enfermagem, na Policlínica em estudo:

Não participei de nenhuma capacitação para trabalhar nesse setor (ENF1).
Não, eu não tive nenhuma capacitação. O que eu aprendi foi durante a minha especialização de urgência e emergência (ENF3).
Não, não passei por nenhuma capacitação, apenas sendo ajudada pelos amigos enfermeiros daqui (ENF5).
Não participei por que tenho pouco tempo aqui no Cosme e Silva (ENF8).

Durante a prática da realização da CR, o enfermeiro desenvolve habilidades capaz de auxiliar no processo de investigação, avaliação e interpretação dos sinais e sintomas (SILVA, 2011) que o paciente apresente, fornecendo termos para que esse profissional desenvolva o processo de Diagnóstico de Enfermagem no serviço de urgência hospitalar.

No entanto, a viabilidade de uma educação permanente com os profissionais de saúde deve fazer parte do seu cotidiano através de uma oferta de cursos de formação pautados em conteúdos clínicos e teórico-prático, imprescindíveis para o aprimoramento nos processos de trabalho desses profissionais, visando sempre a construção de uma forma de atendimento pautado em um serviço humanitário. Os documentos apresentados pela Política de Humanização do MS apontam a importância de um modelo de gestão comprometido com a produção de saúde, fortalecimento da equipe, utilização da informação e da educação permanente (BRASIL, 2010). Percebe-se claramente a deficiência desse conhecimento em outro fragmento da fala de um enfermeiro 10: “foi um treinamento muito breve, muito simplificado, que talvez pudesse ser melhor desenvolvido”.

A reflexão do despreparo dos profissionais enfermeiros, incide diretamente na aplicabilidade da realização da Classificação de Risco. Esse despreparo também leva o profissional a não saber, diante de muitos problemas, lidar com as situações que possam surgir em seu cotidiano. Sabe-se da importância da vivência na prática, para a aquisição do conhecimento, mas neste aspecto, a teoria adquirida durante sua formação acadêmica e através dos cursos de formação continuada é um fator primordial em seu saber fazer profissional.

Neste mesmo contexto, um enfermeiro cita que adquiriu o conhecimento em outro hospital voltado exclusivamente ao público infantil. A fala pode ser confirmada através do trecho que segue: “Neste hospital não, mas no outro hospital que trabalhei já participei, mas era um atendimento voltado para as crianças” (ENF 10). Esta fonte de conhecimento pode até ser considerada importante, mas não o suficiente, já que o hospital desta pesquisa em epígrafe, atende todo público alvo desde criança até os idosos.

Como uma das estratégias da PNH, objetiva-se principalmente:

A inclusão de conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação e a orientação de processos de educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios serviços de saúde (BRASIL, 2010b, p. 36).

Entre os dez enfermeiros entrevistados, apenas três relataram ter passado por algum tipo de capacitação, seguindo as falas abaixo:

Eu participei de duas capacitações (ENF2).

Participei há um ano atrás (ENF9).

Um treinamento muito breve, muito simplificado, que talvez pudesse ser melhor desenvolvido (ENF10).

Somente um enfermeiro 4 refere não ter participado de algum treinamento por questões de falta de tempo: “não participei, não porque não houvesse curso, mas eu não estava com disponibilidade de tempo”.

Como citado anteriormente, a não realização de uma capacitação para a atuação no serviço de ACR é um fator preocupante, já que de acordo com o que é preconizado pelo COFEN, a realização da CR é uma atividade privativa do enfermeiro e que diante desta realidade as ações durante o processo de realização do Acolhimento com Classificação de Risco estão sendo desenvolvidas por profissionais não habilitados o bastante para tal atuação.

Diante do exposto, o fato da maioria dos enfermeiros não ter participado de treinamento e não ter acesso aos conteúdos propostos pela PNH, torna-se um fator preocupante para o direcionamento dessa prática em seu ambiente de trabalho, demonstrando a necessidade urgente por meio da gestão do hospital, em desenvolver ações voltadas a educação continuada a esses profissionais.

4.3.2.5 Categoria IV - Aceitação do método

A partir das falas dos enfermeiros emerge uma categoria que abrange a aceitação do paciente diante do método da CR. Nesta categoria temática, o enfermeiro revela que os usuários irão se sentir satisfeitos de acordo com a classificação recebida no momento da classificação, ou seja, tão logo esses pacientes cheguem ao serviço de saúde e sejam atendidos de forma breve, os mesmos sentirão uma maior satisfação, “dependendo da classificação que você dá ele vai adorar ou não” (ENF10).

[...] quando pacientes e acompanhantes esperam para receber atenção nas urgências, eles estão experimentando diferentes emoções, são sujeitos essencialmente sensíveis, apreensivo, que desde o momento em que entram na sala de espera valorizam sua situação em relação à informação que vem através de seus sentidos (MADRIGAL et al., 2011).

Os pacientes apresentam-se vulneráveis, inseguros e a garantia do atendimento aliada ao tempo de espera reflete em um maior ou menor contentamento desse serviço, como apresentado a seguir.

Nos pacientes que de fato não são urgência ou emergência, criticam muito, já os pacientes que necessitam, de verdade, do atendimento personalizado são mais tranquilos (ENF7).

Tem uns que reagem bem, mas a maioria não reage bem, porque eles vêm aqui e a maioria é verde ou azul e eles querem tudo receber laranja, amarelo, vermelho (ENF2).

O paciente que realmente precisa se sente prestigiado, pois o paciente grave tem as suas necessidades atendidas a tempo, priorizando seu atendimento, mas o paciente que vem com quadro menos grave e tem que esperar ele se sente ofendido, essa é a realidade (ENF4).

O ACR tem sido visto como uma ferramenta capaz de direcionar os profissionais afim de produzir um reflexo positivo nas práticas de cuidados ofertados. No entanto, para essa efetivação se faz necessário o envolvimento de todos sempre na busca de uma resolutividade das necessidades dos pacientes. Cabe enfatizar em uma fala do enfermeiro (5) quando diz:

Acho que temos que fazer um bom acolhimento. Atendimento humanizado primeiramente. Porque se ele vier com grosseria e agirmos da mesma forma não é legal. As vezes falando de uma forma mais branda poderemos melhorar esse atendimento.

Através do acolhimento resgata-se a humanização, constituindo-se em uma sequência de atitudes que favoreçam no bom relacionamento entre o enfermeiro e o usuário.

4.3.2.6 Categoria V - Situações conflituosas

Durante as entrevistas com os enfermeiros, também foi indagado se os mesmos já vivenciaram alguma situação conflituosa durante a realização da CR. Diante das respostas, nota-se claramente essa problemática anunciada através da fala de todos enfermeiros entrevistados. Podemos demonstrar de acordo com os trechos que seguem:

O que é muito comum toda semana, ou senão todos os plantões são brigas, agressões verbais, os pacientes dizem que paga os nossos salários, dizem palavras de baixo calão, muito ruim para o trabalhador. Na verdade, estamos aqui de 7 horas da manhã às 7 horas da noite e acaba sendo muito estressante, pela falta de conhecimento, informação da população e pela agressividade que é comum nessa área (ENF1).
Quando eu classifiquei o paciente com azul ele jogou o raio-X em cima de mim. Os pacientes rasgam a ficha, dizem palavras de baixo calão (ENF2).
Sim, foi durante o atendimento de um filho de um militar, onde a criança estava com febre e vômito e dentro da classificação a criança era verde, tinha uma leucocitose e um leucograma alterado. Mas isso não iria interferir, daí o pai queria que ele passasse na frente por ele ser militar. Tive que chamar a polícia (ENF3).

Apesar do reconhecimento da importância da implantação da CR na Policlínica Cosme e Silva pela maioria dos usuários, muitos conflitos e embates são vivenciados diariamente por meio dos enfermeiros durante a realização do método, gerando inúmeros conflitos provocando uma dificuldade no desenvolvimento de suas atividades.

A junção da tensão, estresse e número insuficiente de profissionais com o desconhecimento ou pouco entendimento do usuário sobre o funcionamento da Rede de Atenção e da Classificação de Risco é uma mistura muitas

vezes danosa, a qual a agressão emerge com certa frequência, seja ela verbal, seja física (GOYANNA, 2014, p.122).

No entanto, um dos fatores mais agravantes é a não aceitação da classificação de uma determinada cor pelo usuário atendido, ou até mesmo por meio do seu acompanhante.

Eu verifiquei uma temperatura de 38,9°C e verificando os outros sinais vitais, classifiquei como verde e deu muito problema. Tive que explicar que foi com base em todos os sinais vitais verificados e não só por causa da febre (ENF6).

Teve um paciente que rasgou a ficha e foi embora e ainda foi denunciar ao diretor do hospital (ENF10).

Ainda de acordo com as falas dos enfermeiros, outro desafio enfrentado é a falta de reconhecimento do profissional médico diante da realização da Classificação de Risco por meio do enfermeiro, visto que, até os dias atuais existe uma ideia de soberania do médico nas ações de saúde. Essa realidade deve ser modificada à medida que o enfermeiro, através da Resolução COFEN 423/12 tem um respaldo para a realização desta atividade.

Eu sinto que todo o trabalho que a gente realiza não é reconhecido pelo profissional médico que vai atender e na maioria das vezes nem olha o que escrevemos, então fazemos um trabalho às vezes para o médico sem valor. Mas nós sabemos que é de grande valia para a população, pois somos nós que estamos controlando o fluxo do atendimento, podemos estar salvando vidas se fizermos um trabalho correto, mas também podemos estar piorando o prognóstico do paciente se fizermos uma classificação errada (ENF4).

Ainda que considerado que a realização do Protocolo de CR seja um método complexo, necessitando de um conhecimento técnico para a realização do mesmo, os enfermeiros apresentam essa habilidade e competência, especialmente devido sua formação profissional e experiência diária.

Faz-se necessário um consenso técnico entre toda a equipe do ACR, visto que no ano de 2013, com a implantação de seu próprio protocolo, a PCS adota medidas que viabilizem o atendimento da população, promovendo uma maior resolutividade, diminuição do tempo de espera e aumento da satisfação dos pacientes.

A construção de um Protocolo de Classificação de Risco a partir daqueles existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, porém adaptado ao perfil

de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, é uma oportunidade de facilitação da interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da urgência. É também importante que serviços de uma mesma região desenvolvam critérios de classificação semelhantes, buscando facilitar o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento (BRASIL, 2012, p. 41).

De acordo com a Política de Acolhimento (2012) cada instituição de saúde deverá construir um protocolo próprio de CR, utilizando como referência o protocolo proposto pelo MS, adaptado de acordo com a realidade local, proporcionando uma maior facilidade e um direcionamento comum, acessível a todos profissionais do serviço de urgência.

4.3.2.7 Categoria VI - Humanização no atendimento

Ao questionar os enfermeiros sobre qual seria sua sugestão para promover uma melhor relação entre enfermeiro e paciente diante da aplicação do ACR, evidenciou-se através de suas falas a importância da educação em saúde direcionada aos usuários atendidos no serviço de urgência da Policlínica Cosme e Silva. Essa afirmativa pode ser evidenciada através de alguns trechos:

Educação e saúde é a palavra-chave, ou seja, antes de começar o atendimento, fazer o acolhimento daquelas pessoas que estão na espera, falar como vai ser o atendimento, como funciona o acolhimento e isso deve ser feito sempre a cada plantão (ENF3).

O que deveria melhorar era uma educação voltada para os pacientes, explicando, informando de fato como funciona a Classificação de Risco, o tempo que ele deve aguardar o atendimento, tudo nesse sentido (ENF7).

A maioria dos enfermeiros demonstraram preocupação quanto ao conhecimento da CR por meio dos usuários, associando a pouca aceitação do método ao desconhecimento do assunto: “tem paciente que consegue entender e consegue apoiar o nosso trabalho, mas tem aqueles que não têm conhecimento e não sabe o que é a prioridade, daí não aceita” (ENF3).

O paciente ao chegar no hospital se depara com um novo método provocando certa estranheza e muitas vezes não o aceita, gerando com isso várias desavenças. Para a implementação do ACR numa instituição de saúde, alguns aspectos devem ser considerados na busca de resultados positivos e na capacidade

de gerar uma melhor aceitação de todos envolvidos no processo. Aspectos como reorganização do serviço, reunião com os profissionais da instituição, educação em saúde voltado aos profissionais e usuários, e principalmente uma ampla divulgação desse novo método implementado. Desse modo, busca-se uma melhoria na qualidade da assistência do hospital.

A elaboração de diversas formas de divulgação sobre o novo método, se faz necessário na tentativa de alcançar os pacientes. Divulgação por meio da distribuição de panfletos, uso da mídia, informativos e até mesmo palestra durante a espera pelo atendimento.

Poderia existir uma maior divulgação do que significa o atendimento de emergência e o que é um ambulatório, daí poderíamos aproveitar enquanto eles estão sentados aguardando ser atendidos para receber alguma informação (ENF8).

Na opinião de outro enfermeiro, como sugestão para uma melhor relação entre esses profissionais e os pacientes, estaria relacionado ao fato do usuário não ter conhecimento de sua classificação. Conforme mostra o trecho a seguir:

Primeiro que esse paciente não saiba sua classificação para evitar um atrito com a enfermagem, com isso eu já tomei uma atitude diferente: eu não entrego mais a ficha ao paciente, e digo para ele aguardar ser chamado e quando ele sai da sala é que eu carimbo a ficha com a cor adequada que ele foi classificado (ENF6)
[...] É a falta de compreensão do usuário, pois muitas vezes ele não quer ser classificado naquela cor. Daí fica a pergunta: é necessário o paciente saber da classificação no atendimento? Pois muitas vezes o paciente fica sabendo sua classificação e se rebela. Por exemplo, o paciente que recebe uma classificação azul devendo ser atendido num posto de saúde, ele fica chateado e quer ser atendido aqui no hospital, então é complicado e já gerou muitos transtornos (ENF6).

No entanto, de acordo com as recomendações da Política de ACR o paciente deverá ter sua classificação informada e o seu tempo correspondente para o atendimento médico (BRASIL, 2012). Portanto, cabe ao enfermeiro ao finalizar a realização da Classificação de Risco oferecer todas as informações necessárias ao paciente.

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e

trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde (BRASIL, 2012, p. 10).

Abordar o paciente de uma forma acolhedora, considerando toda situação no momento da realização do Protocolo de Risco, favorece a um relacionamento mais amistoso, refletindo na diminuição do estresse e até mesmo da violência.

4.4 Considerações sobre a atuação dos profissionais da enfermagem no ACR

Com relação aos enfermeiros, os mesmos se sentem insatisfeitos na realização do protocolo, vivenciando constantemente vários desafios, considerando que a falta de conhecimento do método da CR por meio dos usuários seria o fator responsável para esse descontentamento, acreditando na importância da realização de uma ampla divulgação sobre o método adotado no serviço de ACR entre a população em geral. Contrariando aos princípios da PNH ainda é vivenciado pelo enfermeiro, várias formas de agressões físicas e verbais por meio de usuários não satisfeitos com a classificação recebida, justificando com isso, insatisfação na realização do método por meio dos enfermeiros.

Estes profissionais apontam como sugestão: a valorização profissional, uma ampla divulgação do método da classificação com os pacientes, acesso a capacitação, apoio dos gestores e uma maior aceitação da classificação realizada pelo enfermeiro por parte dos médicos.

A análise da compreensão e dos desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Acolhimento com Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva em Boa Vista – RR, evidenciou dois termos principais: a falta de conhecimento e a pouca aceitação do método pela maioria dos usuários atendidos.

Identificaram-se também vários apontamentos dos enfermeiros quanto a insatisfação do mesmo na realização do método, sempre vinculando a reação do paciente de forma um tanto agressiva com a não aceitação da cor no protocolo de risco, sinalizando com isso a necessidade de um maior comprometimento por parte da gestão como forma de garantir a integridade física e psíquica desses profissionais. No entanto, também foi evidenciado o reconhecimento por parte de alguns pacientes quanto à importância do Protocolo de Risco e da realização desse protocolo por meio do enfermeiro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização da assistência tem sido nos últimos anos um tema expressivo nas discussões tanto no âmbito hospitalar quanto na atenção básica de saúde na tentativa de rever os conceitos e práticas que norteiam a humanização. Considerar o processo de humanização entre os sujeitos envolvidos implica em valorizar a pessoa como ser humano dotado de valores, de autonomia, de conhecimento e de saberes.

A realização da Classificação de Risco torna-se um novo campo de atuação dos profissionais enfermeiros nas emergências dos hospitais no país, contribuindo com isso, para um aumento no reconhecimento da sua profissão, nas ações da prática clínica dos enfermeiros e na formação de novos profissionais desta categoria.

O processo de avaliação do serviço de urgência realizado pelos próprios enfermeiros durante a prática do Acolhimento com Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva, passa a ser imprescindível para subsidiar propostas de melhorias das ações de serviço neste hospital. Portanto, a partir de uma visão integrada e contextualizada, compreender e intervir sobre os processos que geram insatisfação passa a ser fundamental na elaboração de estratégias de promoção a saúde.

O presente estudo permitiu fazer uma reflexão sobre as vivências e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Protocolo de Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva em Boa Vista - RR.

Sob esse aspecto proporcionou um olhar crítico da prática desse profissional nos serviços de urgência dos hospitais públicos brasileiros e a compreensão tanto desses profissionais quanto dos usuários atendidos, sobre a Política Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco.

Após a PNACR ter sido implementada em 2012 na PCS, não foi possível constatar uma diminuição da superlotação dos atendimentos no serviço de urgência dessa policlínica, embora podemos afirmar que houve uma reorganização dos serviços após essa política. Vale salientar que ainda existem vários aspectos a serem melhorados tanto no processo de reorganização do fluxo, tal como na humanização do atendimento.

Na pesquisa ficou evidenciado que todos profissionais enfermeiros vivenciam diariamente desafios na realização do Protocolo de Classificação de Risco considerando a pouca aceitação do método, por meio dos usuários que buscam atendimentos. A consequência dessa vivência enfrentada pelo enfermeiro responsável pela realização do protocolo com os pacientes, nos leva a refletir sobre a necessidade de mudança na gestão como forma de valorizar esse profissional e na implementação de estratégias para intervir de forma a oferecer segurança, reconhecimento, habilitando-o cada vez mais a exercer sua profissão de forma digna, pautado na excelência.

Frente a vivência dos enfermeiros e principais desafios enfrentados por eles na realização da CR, sugere-se uma divulgação mais ampla do método aos pacientes e a viabilidade de realização de educação permanente a todos profissionais envolvidos na realização do ACR, principalmente relacionado ao enfermeiro visto como o protagonista principal para a realização do protocolo.

Os resultados também evidenciaram que de acordo com a Classificação de Risco realizada pelo enfermeiro, as categorias que prevaleceram no ano de 2014 foram as amarelas, verdes e azuis correspondendo a urgente, pouco urgente e não urgente. Quanto a faixa etária de atendimento, neste mesmo período, a que prevaleceu foi de 15 a 21 anos incompletos.

Constatou-se também, a falta de compreensão e aceitação do método da Classificação de Risco por meio de quase todos os pacientes que buscaram atendimentos nos serviços de urgência da policlínica no período da pesquisa. Diante dessa realidade se faz necessário uma divulgação dos saberes referentes a Política Nacional de Humanização e sobre a Política Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco, como forma de ampliar o conhecimento e como perspectiva de obter uma maior aceitação do método pelos usuários, para que haja valorização do profissional enfermeiro, propiciando um ambiente mais humanitário e menos conflituoso.

Por fim, deve-se promover o envolvimento de todos profissionais da equipe de saúde de forma que haja harmonia e humanização em seu fazer diário, de modo que as tomadas de decisões desses profissionais permitam uma maior eficiência na promoção de saúde dos usuários atendidos, priorizando o atendimento daqueles mais necessitados, proporcionando também uma maior satisfação do

serviço considerando o ACR como um dispositivo de humanização, respeito, conduzindo-o a melhor compreensão do método adotado.

A conclusão deste estudo demonstrou que os profissionais enfermeiros enfrentam diversos desafios na realização da Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva. Aponta também que existe um escasso conhecimento e aceitação do Protocolo de Risco por meio dos usuários atendidos, corroborando como o principal desafio enfrentado pelo enfermeiro na realização do referido protocolo.

Portanto, acredita-se que a confecção de um folder explicativo e a exposição de vídeos com as informações básicas sobre o ACR facilitará a compreensão pelo usuário, tornando-se também um meio esclarecedor do importante papel que o profissional de enfermagem exerce nas unidades de emergência dos hospitais e clínicas. Ressaltando também, que este profissional está apto a realizar o ACR, estabelecendo um vínculo humanitário entre esses sujeitos num momento de fragilidade, o qual normalmente se encontra as pessoas que buscam o atendimento de saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. de C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-560 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdos**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta de regulação da porta de entrada das unidades de urgência e emergência de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, MG: SMSA, 2002.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos da Casa Civil da Presidência da República. DECRETO Nº 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei orgânica da Saúde, Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048/GM, em 5 de novembro de 2002. Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. 2002

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HUMANIZASUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed 4. Reimp: Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp: Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Cadernos de Atenção Básica n. 28, V. I: Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Cadernos de Atenção Básica n. 28, V. II, Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização HumanizaSUS:** Cadernos HumanizaSUS v. 3: Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Cadernos de Atenção Básica n. 28, V. I, Brasília, 2013b.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação:** uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Portugal: Ed. Porto, 2008.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, nov. 2009.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM . Resolução nº 358, de 23 de outubro de 2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

_____. Resolução nº 423, de 09 de abril de 2012 que normatiza a participação do enfermeiro na atividade de Classificação de Risco.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**. v. 9, n. 1, p. 7-14. 2004.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para em contextos interculturais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, 2014.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

FONSECA, A. da S. et al. **Enfermagem em Emergência.** Hospital São Camilo, São Paulo. Instituto de Ensino e Pesquisa – Rio de Janeiro, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar Projeto de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDIM, J. R. **Triagem**. Rio Grande do Sul, 2001. Site

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e Vínculo: práticas de na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação** v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde nos grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação Saúde. Educação**, v. 19, n. 17, p. 287-301, 2005.

GOYANNA, N. F. et al. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: dos desafios às potencialidades. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 1, p.119-124, jan/jun. 2014.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO; **História da classificação de risco: no mundo**. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107 [acesso 5 dezembro 2015].

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331 – 336, 2004.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2014

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia Científica**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 12, p. 335-342, abr. 2007.

MADRIGAL RAMIREZ, M. C. et al. El cuerpo: silencioso pero significativo em expresión. **Avances en Enfermería**, Bogotá , , n. 1, v. 29, Jul. 2011.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005 a.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais; p, 38, 39 - 2008.

MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 17-20, 2004.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 11, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

PORTARIA Nº 4.279, 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).

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) – Policlínica Cosme e Silva, Set/2013.

Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, Policlínica Cosme e Silva, 2012.

PROGRAMA INTEGRHOS, Policlínica Cosme e Silva, 2012.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos.

SHIROMA LMB, Pires, DEP. **Classificação de Risco em Emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os**. *Enferm Foco*. n. 2, v. 1, p. 14-17, 2011.

SILVA, E. R. R. et al. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 336p.

SPAGNUOLO RS, P. M. L. T. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 1603-1610, 2007

SOUZA, C. C. de et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1318-1324, dez. 2013.

SOUZA, C. C. et al. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 1, p. 78-86, 2014.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciências e Saúde coletiva**, v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciências e Saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, nov. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM DESAFIO PARA OS ENFERMEIROS DA EMERGÊNCIA DE UMA POLICLÍNICA EM BOA VISTA - RR

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido (a) pela pesquisadora JANIMERE SOARES DA SILVA, em relação a minha participação na pesquisa: Acolhimento com Classificação de Risco: um desafio para os enfermeiros da emergência de uma Policlínica em Boa Vista – RR, cujo objetivo geral é: Analisar a compreensão e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Acolhimento com Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva.

A participação dos enfermeiros e usuários, nesta pesquisa, consistirá de uma entrevista semi-estruturada, o qual traz questões referentes ao Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. Estes depoimentos serão gravados por fitas de áudio sendo permitido ao usuário solicitar a escuta da entrevista ao final. Serão sujeitos desta pesquisa os enfermeiros que atuam no serviço de ACR e os usuários que estejam aguardando atendimento no serviço de urgência/emergência da Policlínica. O fechamento amostral de usuários será por saturação teórica, ou seja, a suspensão da inclusão de novos entrevistados será feita quando os dados obtidos durante a entrevista houver certa redundância ou repetição nas falas. Esta pesquisa vem contribuir por meio de reflexões e discussões sobre a política de acolhimento, subsidiando também propostas de melhorias das ações de serviços de urgências/emergência desse hospital público de Roraima. Informo também que este estudo terá como possíveis riscos à saúde mental do sujeito um desconforto ou constrangimento, que o mesmo poderá sentir no momento da entrevista, por compartilhar informações pessoais, ou algum assunto que possa se sentir incomodado em responder. No intuito de evitar constrangimentos aos usuários participantes da pesquisa, será garantida a privacidade, o anonimato, bem como o direito de aceitar ou não participar, podendo ser essa autorização suspensa em qualquer fase do estudo. Assim, as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que discorre sobre pesquisa que envolve seres humanos, serão atendidas.

Tenho ciência de que o referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRR, sendo que assino o presente termo de consentimento livre esclarecido antes de iniciada à pesquisa.

Estou ciente e autorizo a gravação em áudio, na realização dos procedimentos da pesquisa e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação e/ou publicações científicas brasileiras ou estrangeiras, contanto que sejam mantidas em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a mestrande do PROCISA/UFRR, pesquisadora Janimere Soares da Silva e sua orientadora profa. Dra. Rosângela Duarte, concordo voluntariamente a participar da pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa

Eu, Janimere Soares da Silva, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Assinatura da pesquisadora

Boa Vista-RR, ____ de _____ de 2015.

Pesquisadores responsáveis:

Nome: Janimere Soares da Silva - Fone: 99129 7233 – janisaude@ig.com.br
Endereço profissional: Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Roraima. Av. Via das Flores - Pricumã
S/N F: 3621.8000

Nome: Rosângela Duarte - Fone: 98118 6638 – roduart1@hotmail.com
Endereço profissional: Universidade Federal de Roraima, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.
Campos do Paricarana, 246
Jardim Floresta I
69300000 - Boa Vista, RR - Brasil
Telefone: (95) 36213113

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS

1. Como é trabalhar realizando o ACR?
2. Qual a sua satisfação na realização dessa atividade?
3. Quais desafios você enfrenta para realização do protocolo de Classificação de Risco?
4. Você participou de alguma capacitação?
5. Como você observa a reação do paciente diante deste método?
6. Cite alguma situação que você vivenciou de forma conflituosa durante a realização da Classificação de Risco
7. Qual a sua sugestão para promover uma melhor relação entre enfermeiro e paciente, diante da aplicação do ACR?

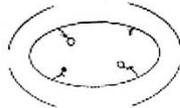
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

1. O que você entende por ACR?
2. O que você acha da utilização desse novo método?
3. Em sua opinião, qual a importância do enfermeiro realizar o ACR?
4. Qual a sua sugestão para melhorar o atendimento considerando o ACR?

ANEXOS

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Titulo da Pesquisa: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM DESAFIO PARA OS ENFERMEIROS DA EMERGÊNCIA DA POLICLÍNICA COSME E SILVA, EM BOA VISTA - RR

Pesquisador: JANIMERE SOARES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 43600115.7.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.401.098

Apresentação do Projeto:

Com o objetivo de analisar a compreensão e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Acolhimento com Classificação de Risco, este estudo reflete sobre a prática deste profissional na emergência da Policlínica Cosme e Silva em Boa Vista – RR. O que fundamenta a pesquisa na visão do pesquisador é a Política Nacional de Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços de urgência e a ação do profissional de enfermagem para colocar em prática este protocolo. A pesquisa apresenta a seguinte problemática: Qual a compreensão dos enfermeiros e dos usuários do serviço de emergência sobre ACR e as implicações desse modo de compreensão na prática cotidiana da enfermagem?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a compreensão e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do Acolhimento com Classificação de Risco na Policlínica Cosme e Silva, em Boa Vista-RR.

Objetivo Secundário:

- Identificar a compreensão dos enfermeiros sobre o protocolo de ACR.
- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre a implantação do ACR na Policlínica Cosme e Silva.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto

CEP: 69.304-000

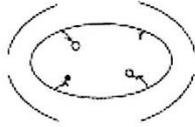
UF: RR

Município: BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112

Fax: (95)3621-3112

E-mail: coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 1.401.098

- Verificar como se dá a formação complementar dos enfermeiros que atuam na estratégia do ACR.
- Verificar a compreensão dos usuários sobre o ACR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Este estudo terá como possíveis riscos à saúde mental do sujeito um desconforto ou constrangimento, que o mesmo poderá sentir no momento da entrevista, por compartilhar informações pessoais, ou algum assunto que possa se sentir incomodado em responder.

A pesquisadora atendeu a solicitação deste colegiado e incluiu os riscos aos quais os participantes da pesquisa estarão submetidos.

Benefícios:

A avaliação do serviço de urgência enfrentada pelos próprios enfermeiros durante a realização do acolhimento com classificação de risco será imprescindível para subsidiar propostas de melhorias das ações de serviço de saúde da Policlínica Cosme e Silva. Portanto, a partir de uma visão integrada e contextualizada, compreender e intervir sobre os processos que geram insatisfação passa a ser fundamental na elaboração de estratégias de promoção a saúde.

Os benefícios citados são indiretos e estão claros no documento apresentado, e também descritos nos dois TCLEs.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a área em estudo e poderá contribuir para subsidiar as propostas de melhorias das ações de serviços de urgências desse hospital público de Roraima.

Quanto a inclusão de critérios de inclusão e exclusão dos participantes, a pesquisadora atendeu as solicitações feitas anteriormente por este colegiado, e delimitou este item.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão todos de acordo com a resolução 466/12 CNS e as solicitações anteriores foram atendidas pela pesquisadora.

Recomendações:

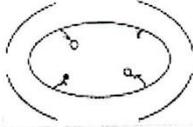
Ajuste do cronograma das coletas de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 1.401.098

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_632317 E1.pdf	07/12/2015 13:48:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	12/11/2015 21:58:33	JANIMERE SOARES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/05/2015 16:30:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_JANIMERE.pdf	13/05/2015 16:22:55		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização da instituição.pdf	08/05/2015 19:04:48		Aceito
Declaração de Pesquisadores	portaria de nomeação.pdf	08/05/2015 19:03:59		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	08/05/2015 19:02:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CAPA PROJETO.pdf	19/02/2015 00:57:30		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 02 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Ivete Souza da Silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000
UF: RR Município: BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br