

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Lis Ribeiro de Oliveira

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE

UBERABA

2015

Lis Ribeiro de Oliveira

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: O Trabalho na Saúde e Enfermagem

Eixo temático: Humanização na saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Assis Simões

UBERABA

2015

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

O48a Oliveira, Lis Ribeiro de
Acolhimento com classificação de risco na atenção primária à saúde / Lis
Ribeiro De Oliveira. -- 2015.
79 f. : il., fig.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2015
Orientadora: Prof^a Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

1. Atenção primária a saúde. 2. Humanização da assistência. 3. Acolhimen-
to. 4. Risco-Classificação. I. Simões, Ana Lúcia de Assis. II. Universidade
Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.39(81)

LIS RIBEIRO DE OLIVEIRA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção de título de mestre.

27 de Fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Ana Lúcia de Assis Simões - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a Dr^a Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a Dr^a Marcelle Aparecida Barros Junqueira
Universidade Federal de Uberlândia

Dedico este trabalho aos meus amados pais, Gabriel e Maria, por todo esforço, carinho, paciência, persistência e principalmente por todo amor quem têm pela filhinha caçula.

Dedico também às minhas queridas irmãs, Isa e Gabi que são minhas melhores amigas e maiores exemplos de enfermeiras que eu já conheci.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aquele que me deu o fôlego de vida, meu amado Deus, que está comigo em todos os momentos, me orientando com amor a seguir pela busca de cada sonho que desejo realizar. Contigo, tudo posso.

Ao meu querido pai, Gabriel, meu herói, meu exemplo de vida, de lutas e de vitórias. Obrigada pai, por toda preocupação e cuidado que tem por mim em todos esses anos. Meu maior orgulho é ser sua filha. Eu te amo muito e estarei sempre com você, em tudo.

À minha mãezinha querida, Maria, por ser uma mãe extremamente carinhosa e cuidadosa comigo. Por ter me acompanhado em cada momento desta caminhada, sem desistir. E por cada lanchinho delicioso que preparava para me receber quando chegava de Uberaba. Obrigada por tudo, mãe. Eu te amo demais!

Às minhas irmãs queridas, Isa e Gabi, pelos conselhos, pelas orientações e pela nossa amizade que para mim é muito valiosa. Vocês duas são as melhores enfermeiras que eu conheço. Se hoje eu amo tanto a Saúde da Família, foi graças ao exemplo de vocês. Eu amo muito vocês!

Ao meu amado sobrinho, Arthur (Tutuzinho), que mesmo sabendo que eu precisava estudar, queria sempre ficar sentadinho ao meu lado.

Aos cunhados, Tião e Fabiano, por todo apoio e pela amizade.

À professora Dr^a Ana Lúcia, primeiramente por ter aceitado me orientar sem ao menos me conhecer, e por toda a paciência que teve comigo nestes dois anos de dedicação ao mestrado. Tenho muita honra de dizer que fui sua orientanda.

À professora Dr^a Leiner, por todas as orientações e sugestões que contribuíram muito para esta pesquisa.

À professora Dr^a Marcelle, por ter aceitado participar da banca examinadora e por todas as contribuições a este estudo.

À minha irmã de coração, Lu Martins, por todo o incentivo e conselhos e principalmente pela amizade de anos. E à minha afilhadinha Julinha, por entender que precisei ficar longe por estes dois anos em dedicação ao mestrado. Eu amo vocês!

À minha amiga Arlene, que me ajudou muito (mas muito mesmo) neste mestrado. Obrigada por sua amizade sincera e divertida.

À minha querida amiga, Carol Bracarense (minha irmã, “filhas” da mesma orientadora) que me ajudou muito nos trabalhos, principalmente de Bioestatística, e pela amizade acolhedora; e ao pai da Carol, Paulo, que me levava nas unidades de saúde para as coletas de dados.

À minha querida amiga-irmã Michelle, por ter convivido comigo por alguns meses em Uberaba. Mi, obrigada por todas as conversas, pelos conselhos, pelo som do violino, e pelas orações. Que Deus te abençoe muito.

À minha amiga Fernanda, pelas boas risadas, pela amizade e por toda ajuda, principalmente quando se tratava de pesquisa qualitativa.

A todas as amigas da 6ª turma de mestrado em Atenção à Saúde, tenho apenas uma coisa a dizer: Nós conseguimos!!!

Aos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Patos de Minas, por terem participado desta pesquisa.

A todos meus amigos-irmãos da IBA, principalmente à Jaque, Carlinha, Dayana, Rogério, Vinícius e o pessoal da célula que oraram (e continuam orando) por mim. Vocês acompanharam uma parte dessa minha conquista e fizeram muita diferença nisso. Eu amo vocês.

E agradeço a todos, que de certa forma, contribuíram para a concretização deste sonho.

Obrigada a todos, e que Deus abençoe cada um de vocês!!!!

“Quem procura ter sabedoria ama a sua vida, e quem age com inteligência encontra a felicidade.”

(Provérbios 19:8)

RESUMO

OLIVEIRA, Lis Ribeiro de. **Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária à Saúde**. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

O Acolhimento com Classificação de Risco proposta pela Política Nacional de Humanização é uma ferramenta de mudança no trabalho da atenção e da produção de saúde nos serviços de urgência e emergência expandindo-se para a Atenção Primária à Saúde. Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender a percepção do enfermeiro da equipe de Saúde da Família a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritivo-exploratória, baseado no estudo etnometodológico adequado para compreender o modo como os enfermeiros da equipe de Saúde da Família lidam com o Acolhimento com Classificação de Risco. Realizado nas Estratégias de Saúde da Família do município de Patos de Minas, Minas Gerais, participaram 19 enfermeiros inseridos nas equipes de Saúde da Família aprovados no curso de formação de triador – Protocolo de Manchester do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2014 e o acesso às informações deu-se em duas etapas, sendo a primeira a observação não-participante e a segunda foi a entrevista individual realizada no último dia de observação de cada enfermeiro. Os dados resultantes da transcrição das entrevistas e do diário de campo utilizado durante a observação não – participante foram avaliados com base na Análise de Conteúdo, do tipo análise temática. Os resultados mostraram que 17 (89,47%) dos enfermeiros eram do sexo feminino, sendo a média de idade de 33,6 anos e a média de tempo de atuação na ESF de 7,73 anos. Diante dos resultados encontrados, foi possível construir a categoria Acolhimento com Classificação de Risco: visão do enfermeiro da ESF, salientando a inviabilidade do Protocolo de Manchester à realidade do serviço prestado pela ESF. A partir desta categoria, três subcategorias foram elaboradas, a saber: (In)Compreensão do Acolhimento com Classificação de Risco, Facilitadores e dificultadores à consolidação do Protocolo de Manchester e Reorganização da fila de espera. Perante os resultados encontrados, pode-se concluir que é fundamental que se discuta as adequações e adaptações do Protocolo de Manchester no acolhimento diário realizado pelo enfermeiro, tendo em vista à aplicabilidade do sistema operacional ALERT® em todas as vertentes do ser humano, considerado um ser biopsicossocial, e não apenas físico.

Adaptações estas que condizem com os princípios propostos pela Estratégia de Saúde da Família, e não apenas na assistência momentânea focada na queixa-conduta.

Descritores: Acolhimento. Classificação de Risco. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Lis Ribeiro de. **Welcoming with Risk Rating in Primary Health Care**. 2015. 79 f. Dissertation (Master in Health Care.) - Federal University of Minas Triangle, Uberaba (MG), 2015.

The Welcoming with Risk Rating proposed by the National Humanization Policy is a tool change in the work of care and health production in emergency services and emergency expanding to the Primary Health Care. This research aimed to understand the perception of nurses of the Family Health team about Home with Risk Rating. This is a qualitative study, descriptive and exploratory, based on appropriate ethnomethodological study to understand how the nurses of the Family Health team deal with the Welcoming with Risk Rating. Held in Health Strategies Family of Patos de Minas, Minas Gerais, 19 nurses participated in the Health Family teams approved on the course of triador - Brazilian Group of Manchester Protocol Welcoming with Risk Rating. Data collection was conducted from May to July 2014 and the access to information took place in two stages, the first being the non-participant observation and the second was the individual interview on the last day of observation of each nurse. The data resulting from the transcription of the interviews and field diary used during non - participant observation were evaluated based on content analysis, the thematic analysis type. The results showed that 17 (89.47%) of nurses were female, with an average age of 33.6 years and the average service time of the ESF of 7.73 years. Considering the results, it was possible to build the Home category Risk Rating: ESF nurses' view, emphasizing the inviability of Manchester Protocol to the reality of the service provided by the ESF. From this category, three subcategories were prepared as follows: (In) Home Understanding with Risk Rating, Facilitators and hindering the consolidation of the Manchester Protocol and reorganization of the queue. In view of the results, it can be concluded that it is essential to discuss the adjustments and adaptations of the Manchester Protocol daily reception held by the nurse, in order to gauge ALERT® operating system in all aspects of the human being, considered a biopsychosocial being, not just physical. Adaptations those are consistent with the principles proposed by the Family Health Strategy, not just the momentary assistance focused on complaint-conduct.

Keywords: User Embrace. Risk Rating. Primary Health Care.

RESUMEN

OLIVEIRA, Lis Ribeiro de. **Acogida con Clasificación de Riesgo en la Atención Primaria de la Salud**. 2015. 79 f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

La Acogida con Clasificación de Riesgo propuesta por la Política Nacional de Humanización es una herramienta de cambio en el trabajo de la atención y de la producción de salud en los servicios de urgencia y emergencia expandiéndose para la Atención Primaria a la Salud. Esta investigación tuvo como objetivo general comprender la percepción del enfermero del equipo de Salud de la Familia con respecto a la Acogida con Clasificación de Riesgo. Se trata de un estudio cualitativo, de naturaleza descriptivo-exploratoria, basado en el estudio etnometodológico adecuado para comprender de qué manera los enfermeros del equipo de Salud de la Familia lidian con la Acogida con Clasificación de Riesgo. Realizado en las Estrategias de Salud de la Familia del municipio de Patos de Minas, Minas Gerais, participaron 19 enfermeros inseridos en los equipos de Salud de la Familia aprobados en el curso de formación de triador – Protocolo de Manchester del Grupo Brasileño de Acogida con Clasificación del Riesgo. La toma de datos fue realizada en el periodo de mayo a junio de 2014 y el acceso a las informaciones fue realizado en dos etapas, siendo la primera: la observación no-participante, y la segunda fue la entrevista individual realizada el último día de observación con cada enfermero. Los datos resultantes de la transcripción de las entrevistas y del diario de campo utilizado durante la observación no-participante, fueron evaluados con base en el Análisis de Contenido, del tipo: análisis temático. Los resultados mostraron que 17 (89,47%) de los enfermeros eran del sexo femenino, siendo el promedio de edad de 33,6 años y el promedio de tiempo de actuación en la ESF de 7,73 años. Frente a los resultados encontrados, fue posible construir la categoría Acogida con Clasificación de Riesgo: Visión del enfermero de la ESF, destacando la inviabilidad del Protocolo de Manchester a la realidad del servicio proporcionado por la ESF. A partir de esta categoría, tres subcategorías fueron elaboradas, estas son: Incomprensión de la Acogida con Clasificación de Riesgo, Facilitadores y dificultadores a la consolidación del Protocolo de Manchester y Reorganización de la fila de espera. Ante los resultados encontrados, se puede concluir que es fundamental que se discutan las adecuaciones y adaptaciones del protocolo de Manchester en la Acogida diaria realizada por el enfermero, teniendo en vista la aplicabilidad del sistema operacional ALERT® en todas

las vertientes del ser humano, considerado un ser biopsicosocial, y no apenas físico. Adaptaciones estas, que conciben con los principios propuestos por la Estrategia de Salud de la Familia, y no sólo en la asistencia momentánea enfocada en la queja-conducta.

Descriptores: Acogida. Clasificación de Riesgo. Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE SIGLAS

ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GBCR – Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

GPT – Grupo Português de Triagem

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PNH – Política Nacional de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 JUSTIFICATIVA	20
3 APORTE TEÓRICO	21
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	21
3.2 A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E SEUS PROTOCOLOS	22
3.2.1 Australasian Triage Scale	24
3.2.2 Canadian Triage and Acuity Scale	24
3.2.3 Emergency Severity Index	25
3.2.4 Manchester Triage System	26
3.3 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	28
3.4 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ESF.....	30
4 OBJETIVOS	32
4.1 OBJETIVO GERAL.....	32
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
5 PERCURSO METODOLÓGICO	33
5.1 DESENHO DO ESTUDO	33
5.1.1 A pesquisa qualitativa	33
5.1.2 O estudo etnometodológico	34
5.1.2.1 <i>Teoria da Ação de Talcot Parsons</i>	35
5.1.2.2 <i>A Fenomenologia de Alfred Schutz</i>	36
5.1.2.3 <i>O Interacionismo simbólico da Escola de Chicago</i>	36
5.2 LOCAL DO ESTUDO	37
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
5.3.1 População	37
5.3.2 Critérios de inclusão	38
5.3.3 Critérios de exclusão	38
5.4 COLETA DE DADOS	39
5.4.1 Observação não-participante	39
5.4.2 Entrevista em profundidade	39

5.4.3 Instrumento para coleta de dados.....	40
5.4.4 Coleta de informações.....	41
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	41
5.5.1 As fases da Análise de Conteúdo.....	42
5.5.1.1 Primeira fase: Pré-análise.....	42
5.5.1.2 Segunda fase: Exploração do material.....	42
5.5.1.3 Terceira fase: Análise reflexiva.....	43
5.6 CRITÉRIOS ÉTICOS	44
6 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	45
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO	45
6.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VISÃO DOS ENFERMEIROS DA ESF	45
6.2.1(In)Compreensão do Acolhimento com Classificação de Risco.....	49
6.2.2 Facilitadores e dificultadores à consolidação do Protocolo de Manchester	52
6.2.3 Reorganização da fila de espera	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A	73
APÊNDICE B.....	74
APÊNDICE C	75
ANEXO A.....	77
ANEXO B.....	79

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária, consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, garantiu na Constituição que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, por meio da emenda popular (AROUCA, 1998), e fez-se necessária para moralizar a organização do setor público, torná-lo mais eficaz e produtivo e transformar a saúde em direito humano, para atender as diferenças inter e intra-regionais, ou seja, uma mudança no sistema centralizado de saúde (KAWAMOTO, 1995).

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu que:

Saúde é o direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 196, CF 1988).

O Sistema Único de Saúde - SUS, um sistema público descentralizado e integrado pelas três esferas de governo, foi implementado para assegurar este direito, que foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde - Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 2003). A partir disto, políticas públicas de saúde foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, dando enfoque às práticas de humanização, visando à satisfação dos usuários do SUS em todos os seus níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Mesmo assim, desde a sua criação, o SUS apresenta uma diversidade de problemas reconhecidos pelo Ministério da Saúde, sendo os mais destacados nos últimos anos: o modelo médico hegemônico, o desrespeito profissional aos direitos da população; o despreparo dos profissionais nos vários setores da saúde e o precário vínculo entre os profissionais de saúde e entre os profissionais com a população (BRASIL, 2008).

Preocupado com estes aspectos, o Governo Federal integra às políticas governamentais um modelo assistencial repensado na assistência preventiva, com caráter contínuo entre a população e os profissionais da saúde, denominado Atenção Primária à Saúde, que visa à melhoria e ao acesso dos usuários a todos os serviços de saúde, tanto público quanto privado, de forma complementar (BRASIL, 2010).

Com a criação da Atenção Primária à Saúde, viu-se a necessidade de minimizar o modelo médico hegemônico neste nível de atenção, e maximizar o vínculo de uma equipe multiprofissional responsável pelo processo saúde-doença-cuidado, com foco não apenas no indivíduo, mas também na família e no meio onde vivem. Assim, em 1991, o Ministério da Saúde lança o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, que tinha como objetivo

contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil, provocando a vinculação dos indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde (FIGUEREIDO, 2005).

Após a realização de um estudo de Avaliação Qualitativa do PACS, criou-se o Programa de Saúde da Família – PSF.

Em 1994, o PSF foi implantado como política de Atenção Básica pelo Governo Itamar Franco. De origem cubana, este programa propunha uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a população e entre os níveis de complexidade assistencial. Tinha como compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à comunidade, na unidade de saúde e no domicílio, de acordo com as reais necessidades. Identificava fatores de risco ao qual o indivíduo e/ou população estão expostos, intervindo de forma apropriada (MENDES et al., 2009; BRASIL, 2004; SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

O Programa de Saúde da Família foi criado com a intenção de ser o primeiro contato do usuário com o SUS, e toda a equipe de saúde deve participar na escuta ao usuário, oferecendo-lhe atenção qualificada, assistência humanizada, garantia de acesso, potencializando a capacidade de resposta e intervenção (BRASIL, 2014).

Tratando-se de um projeto em crescente construção, em 2006, o Governo Federal decidiu modificar o Programa de Saúde da Família para Estratégia de Saúde da Família, orientado por princípios, sendo: o primeiro contato, acesso facilitado do usuário ao sistema, garantido pelo acolhimento da equipe de saúde; longitudinalidade, vínculo da equipe de saúde com o usuário evitando as chances de erros e de intervenções desnecessárias; integralidade, conhecer a comunidade em sua totalidade para oferecer serviços de promoção, proteção, tratamento e reabilitação à saúde; coordenação, definir as atribuições de cada profissional da equipe de saúde concluindo em um trabalho dinâmico e harmonioso; abordagem familiar, conhecer a realidade de cada família inserida no programa; enfoque comunitário, direcionar os cuidados não apenas no usuário, mas também no meio que ele convive (BRASIL, 2014).

Deste modo, caracterizado por um modelo não apenas centrado no usuário, mas também no coletivo, a ESF apresenta-se como estratégia de reorganização das atenções, demandando das equipes que incorpora discussões acerca da necessidade de humanizar a assistência em nosso país (LAVIERI, 2002).

O atendimento humanizado necessita que o profissional de saúde trabalhe de forma interativa com os usuários e com a população, através de suas vivências e experiências, buscando melhorias para este público-alvo, através de ações com possibilidades de

resolutividade dos problemas encontrados, facilitando deste modo o trabalho em saúde (MOTA et al., 2006).

É preciso redirecionar a organização e distribuição das ações para que haja uma modificação expressiva do modelo assistencial e a humanização do atendimento, de modo a responder satisfatoriamente às demandas, bem como as necessidades de saúde. Para isso, é necessário associar práticas de atendimento à demanda espontânea e de vigilância à saúde (FELIX; SILVEIRA, 2003).

Ao final da década de 90, o acolhimento difundiu-se em todos os níveis de atenção à saúde, porém com o passar dos anos a sua concepção original foi distorcida, passando a ser trabalhado em horários pré-determinados pelos profissionais e espaços próprios para a triagem (BRASIL, 2014).

Mediante o contexto enfrentado pelo SUS, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a cartilha da Política Nacional de Humanização – PNH – também conhecida como HumanizaSUS, dando destaque a um conjunto de ações e estratégias que viabilizem a qualidade da atenção e a qualificação da gestão em saúde no SUS. Esta política visa à humanização em todos os níveis de atenção à saúde, procurando minimizar o risco de mortes evitáveis, evitar a triagem feita por profissionais não qualificados e principalmente priorizar o atendimento de acordo com seu critério clínico e não pela ordem de chegada. Tem o enfoque na redução das filas e no tempo de espera, estimulando o atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de classificação de risco (BRASIL, 2009; ALBINO et al., 2007).

Na busca pela padronização do processo de acolhimento com classificação de risco, o Ministério da Saúde adotou um dispositivo para uniformizar tal processo, implantando o Protocolo de Manchester em todos os serviços de urgência de Minas Gerais, após a avaliação feita por um grupo de especialista, verificando a viabilidade do mesmo à realidade da população (SOUZA et al., 2011).

A Política Nacional de Humanização destaca o Acolhimento com Classificação de Risco como ferramenta de mudança no trabalho da atenção e da produção de saúde, principalmente nos serviços de urgência, e atualmente expandido para a Atenção Primária à Saúde (SOUZA et al., 2011), utilizado em todos os atendimentos aos usuários do SUS, disposto sem discriminação e de forma objetiva, passando a fazer parte das Estratégias de Saúde da Família, prontos - atendimentos e os setores de Urgência e Emergência (RODRIGUES, 2013).

Este tipo de classificação de risco deve ser realizado apenas por profissionais de saúde de nível superior, de acordo com os protocolos existentes na unidade de saúde. Estes

profissionais são capacitados pelas Secretarias Municipais de Saúde e, após aprovação no curso de formação de triador – Protocolo de Manchester, poderão realizar este procedimento, inclusive os enfermeiros mediante a definição de suas atribuições e competências estabelecidas em protocolo (COREN-MG, 2007). Para garantir que este sistema se mantenha seguro não só para o cidadão, mas também para o profissional de saúde que o utiliza, além de contribuir para o seu desenvolvimento nas discussões internacionais, o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco – GBCR - foi constituído no pressuposto de manutenção do padrão internacional (JUNIOR; MAFRA, 2010).

O enfermeiro é um dos principais atores envolvidos no Acolhimento com Classificação de Risco, por isso é de suma importância que este profissional de saúde conheça e saiba utilizar esta ferramenta, capaz de beneficiar tanto o profissional quanto o usuário/comunidade e garantir a resolutividade da assistência, quando aplicado de forma correta e com qualidade (ULHOA et al., 2010).

Com o objetivo de fortalecer o vínculo entre população e equipe de saúde, o Governo de Minas Gerais propõe o uso do Protocolo de Manchester nas redes de Atenção Primária à Saúde, no intuito de oferecer e garantir a todo usuário, que precise de atendimento de urgência ou emergência, o direito de resolutividade neste nível assistencial, sendo desnecessária a procura pelo setor secundário (SÁ, 2011).

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O Acolhimento com Classificação de Risco surgiu com o intuito de mudar a lógica do atendimento, priorizando o agravo à saúde e o sofrimento do usuário, e não mais a ordem de chegada ao serviço de saúde, tendo como objetivo organizar as filas de espera para os atendimentos, além de informar o tempo de espera e retornar as informações aos familiares, além de promover a ampla informação sobre o serviço aos usuários.

Considerado como um procedimento nas práticas diárias de saúde em todos os níveis assistenciais, o Acolhimento com Classificação de Risco pressupõe a garantia da resolutividade, a orientação ao usuário e seus familiares de acordo com o grau de necessidade do usuário que procura o serviço de saúde. O enfermeiro é responsável pelo Acolhimento com Classificação de Risco e participa diretamente neste procedimento, mediante definição de suas atribuições e competências previamente estabelecidas em protocolo.

Deste modo, o presente trabalho propôs compreender o Acolhimento com Classificação de Risco sob a visão do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, pela necessidade de se conhecer o que de fato ocorre durante a realização do trabalho em saúde, como interesse social, podendo trazer benefícios aos usuários e aos profissionais inseridos na ESF, pressupondo a melhoria da qualidade da assistência e do atendimento humanizado, a prática com o uso do Protocolo de Manchester, o vínculo entre o profissional e o usuário; e suas possíveis adaptações à realidade da Atenção Primária à Saúde.

Esta pesquisa tem a pretensão de compartilhar a experiência, o conhecimento e os resultados de um estudo com enfermeiros da ESF, com enfoque na sua percepção sobre Acolhimento com Classificação de Risco.

3 APORTE TEÓRICO

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Humanizar é observar cada pessoa e cada família em sua singularidade, suas necessidades específicas, sua história particular, seus valores, crenças e desejos; significa conhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde às resoluções de suas necessidades como sujeitos de direitos, ampliando as possibilidades para que possam exercer suas autonomias (SILVEIRA, 2003).

Alguns programas foram criados visando o trabalho humanizado nas diversas áreas da saúde, porém de modo fragmentado não havendo comunicação entre si. Com o propósito de fortalecer, aproximar e interligar estas políticas já existentes, o Ministério da Saúde cria em 2003 a Política Nacional de Humanização, também conhecida como HumanizaSUS, que tem como objetivo reafirmar os princípios do SUS nas práticas diárias de gestão, e propor outros princípios, sendo: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2004).

Focada na busca pela promoção da gestão participativa, visando estabelecer vínculos solidários e a participação coletiva na gestão, a PNH propõe mudanças nos níveis de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde, comprometendo-se à melhoria da assistência, das condições de trabalho e valorização profissional (ARCHANJO; BARROS, s/d).

A Política Nacional de Humanização oferece a todos os serviços de saúde ferramentas para incentivar o trabalho de humanização, sendo: oficinas de estudo, cursos, seminários, materiais educativos, além de diversos dispositivos para consolidar a humanização em vários municípios brasileiros, sendo o dispositivo de maior destaque o Acolhimento, baseado nos princípios: receber e atender todo usuário que busca atendimento no serviço de saúde; dar enfoque a equipe multiprofissional e não apenas ao médico; dar qualidade ao vínculo profissional-usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Utilizada como dispositivo de orientação, tanto para a população quanto para profissionais e gestores, a Política Nacional de Humanização publicou desde a sua criação até o momento 13 Cartilhas direcionadas à humanização em todas as redes de saúde (BRASIL, 2004), sendo elas:

- Gestão e formação nos processos de trabalho – 2004
- Grupo de Trabalho Humanização – 2006
- Acolhimento nas práticas de produção de saúde – 2006

- Ambiência – 2007
- Trabalho e redes de saúde – 2009
- Redes de produção de saúde – 2009
- O HumanizaSUS na Atenção Básica – 2009
- Gestão Participativa e cogestão – 2009
- Clínica ampliada e compartilhada – 2009
- Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência – 2009
- Visita aberta e direito a acompanhante – 2010
- Cartilha Saúde e Trabalho – 2011
- Carta aos direitos dos usuários da saúde - 2011

Com base nestes dispositivos, a PNH lança cartilha denominada Acolhimento nas práticas de produção de saúde, incentivando e orientando usuários, profissionais e gestores quanto à importância do atendimento humanizado através do acolhimento. Nesta cartilha, a PNH define o acolhimento como uma estratégia de interferência nos processos de trabalho em saúde, e a prática de acolher com avaliação de risco como um dispositivo técnico-assistencial que contribui para a efetivação do SUS, dando enfoque ao nível de urgência e emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Três anos após a publicação desta cartilha, a PNH lança uma nova publicação, Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência (2009), voltada ao fortalecimento da prática do acolhimento priorizando o grau de necessidade do usuário que busca os serviços de urgência. A PNH propõe esta prática visando à redução das filas de espera e das disputas por atendimento médico, e principalmente destacando a necessidade de melhoria no acesso, estabelecendo o atendimento de acordo com o grau de prioridade, através de protocolos pré-estabelecidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

3.2 A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E SEUS PROTOCOLOS

Triar significa escolher, separar ou selecionar, e consiste na avaliação clínica primária, estabelecendo um plano de atendimento para o usuário. Após a Segunda Guerra Mundial, a triagem foi utilizada para priorizar o atendimento dos soldados que tinham maior chance de voltar para os campos de batalha (MARIN et al., 2013; SOUZA, 2009).

Para Travers et al. (2002, p. 396) triagem é um “método de categorização baseada em uma série de preocupações, incluindo a gravidade da doença ou lesão, priorização de pacientes para o tratamento e fazer o máximo para o paciente”. Deve-se ressaltar que a função do profissional de saúde, em relação à triagem, é utilizar um protocolo determinado na instituição de saúde (GERDTZ; BUCKNALL, 2000).

Na Espanha, o termo triagem é utilizado apenas para os casos de catástrofes, sendo que no Brasil, este termo é pouco aceito para definir o processo de classificação de risco (LOZANO, 1999).

Em 2002, os sistemas de triagem foram recomendados pela primeira vez no Brasil, através da portaria GM 2048, sobre a organização dos sistemas de urgência. Implantado em 2005, no Hospital Odilon Behrens, na cidade de Belo Horizonte - MG, o protocolo, denominado como triagem classificatória de risco, tornou-se referência para o Ministério da Saúde, além de gerar discussões a respeito das melhorias no atendimento de urgência e emergência (RIBEIRO, 2008). Através da triagem, o profissional classifica o grau de risco apresentado pelo usuário, determinando a prioridade através das informações coletadas e encaminhando-o para o atendimento de acordo com a sua urgência (SOLLA, 2005).

Não envolvendo o diagnóstico, e sim a priorização no atendimento, o termo internacional triagem foi modificado, através da portaria GM 2048, por Classificação de Risco, o que foi reforçado na PNH do Ministério da Saúde, tendo como grandes parceiros o Grupo Português de Triagem - GPT que implantou o sistema em Portugal e em 2007 ministrou na cidade de Belo Horizonte - MG o primeiro curso no Brasil (JUNIOR; MAFRA, 2010).

A Classificação de Risco torna-se uma ferramenta de organização, além de seu aspecto mais importante, a proposta de outra ordem de atendimento, que não a ordem de chegada. Podemos, então, destacar suas funções e benefícios: garante o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informa o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promove o trabalho em equipe, por meio da avaliação contínua do processo; proporciona melhores condições de trabalho para os profissionais, pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilita a investigação da pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (JUNIOR; MATSUDA, 2012; BRASIL, 2010).

Para Souza et al. (2011), alguns protocolos de Classificação de Risco, como por exemplo: Australasian Triage Scale (escala australiana), Canadian Triage Acuity Scale

(protocolo canadense), Emergency Severity Index (escala norte-americana) e o Manchester Triage System (protocolo inglês), existem para estratificar o risco em cinco níveis, levando em conta a fidedignidade, a validade e a confiabilidade no momento da avaliação do estado clínico do usuário; e têm como principal objetivo oferecer assistência imediata aos usuários que necessitam de atendimento, de acordo com a prioridade do caso e não pela ordem de chegada.

3.2.1 Australasian Triage Scale (ATS)

Implantado em 1994, o modelo de triagem australiano foi o pioneiro entre os protocolos de triagem de risco, após a modificação de uma escala de cinco níveis baseada em tempo-alvo, criada nos anos 70 na Austrália (Australasian College for Emergency Medicine, 2009).

Esta escala classifica e determina o tempo para atendimento em categorias de prioridade de acordo com os achados clínicos do paciente (PIRES, 2003).

Quadro 1 – Classificação de risco estabelecida pela Canadian Triage and Acuity Scale

CATEGORIA	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	TEMPO-ALVO
CATEGORIA 1	IMEDIATA AMEAÇA À VIDA	IMEDIATO
CATEGORIA 2	IMINENTE AMEAÇA À VIDA	10 MINUTOS
CATEGORIA 3	POTENCIAL AMEAÇA À VIDA	30 MINUTOS
CATEGORIA 4	PACIENTES SÉRIOS POTENCIALMENTE	60 MINUTOS
CATEGORIA 5	PACIENTES MENOS URGENTES	120 MINUTOS

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014; AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2009.

3.2.2 Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

É um modelo de triagem canadense, editado em 1998, tendo como objetivo classificar o risco dos usuários através de seus sinais e sintomas, e a partir desta classificação direcionar os casos mais graves ao atendimento imediato (COUTINHO, 2012).

Segundo Beveridge et al. (1999), a CTAL é:

“baseada no estabelecimento de uma relação entre um grupo de eventos sentinelas, que são definidos pelos diagnósticos da International Classification of Diseases, 9th revision – CID-9 CM (posteriormente atualizada pela CID 10 CM), e as condições mais frequentes apresentadas pelos doentes que procuram o serviço de urgência.”

Considerado mais complexo que o modelo australiano, o CTAS classifica em cinco níveis de prioridade de modo detalhado as queixas dos pacientes.

Quadro 2 – Classificação de risco estabelecida pela Canadian Triage and Acuity Scale.

<u>NÍVEL/COR</u>	<u>DESCRIÇÃO DO NÍVEL</u>	<u>TEMPO ALVO</u>
NÍVEL 1 AZUL	REANIMAÇÃO	IMEDIATO
NÍVEL 2 VERMELHO	EMERGENTE	ATÉ 15 MINUTOS
NÍVEL 3 AMARELO	URGENTE	ATÉ 30 MINUTOS
NÍVEL 4 VERDE	SEMIURGENTE	ATÉ 60 MINUTOS
NÍVEL 5 BRANCO	NÃO URGENTE	ATÉ 120 MINUTOS

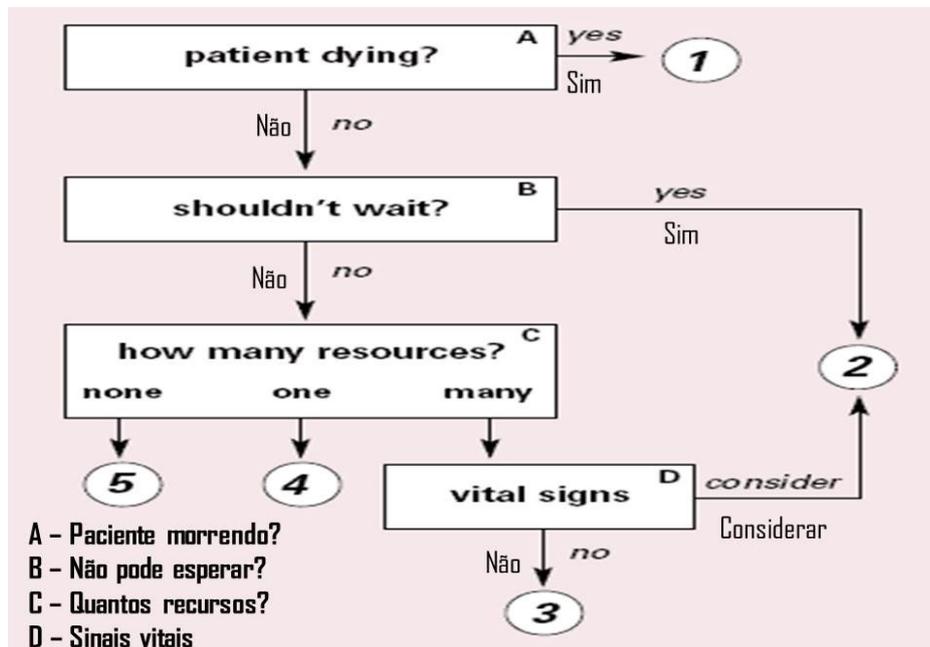
Fonte: COUTINHO, 2012; PIRES, 2003.

3.2.3 Emergency Severity Index (ESI)

Criado em 1998, o ESI é um modelo de triagem americano revisado duas vezes por dois médicos americanos, sendo que no ano de 2000 foram incluídos critérios para pediatria e no ano de 2001 surgiu a terceira versão (JUNIOR, 2009).

Atualizado no ano de 2005, o ESI é baseado em um único fluxograma sem estabelecer tempo-alvo para atendimento médico. É um protocolo utilizado para direcionar o paciente, de acordo com seu quadro clínico, ao atendimento adequado (GILBOY et al., 2011).

Figura 1 – Fluxograma da triagem na Emergency Severity Index



Fonte: GILBOY et al., 2011.

3.2.4 Manchester Triage System (MTS)

Recomendado para todo Reino Unido, o Sistema de Manchester surgiu no Manchester Royal Infirmary com a equipe do Dr. Kevin Mackway-Jones, e depois se internacionalizou (JUNIOR; MAFRA, 2010).

Aplicado pela primeira vez em 1997, o Protocolo de Manchester recebeu este nome porque foi aplicado na cidade britânica de Manchester. Este projeto tem em sua metodologia de trabalho o atendimento rápido de identificação dos pacientes que recorrem a esses locais, permitindo atender, em primeiro lugar, os casos mais graves, e não necessariamente quem chega primeiro. Este protocolo foi rapidamente implementado em vários hospitais do Reino Unido. O sistema de triagem de Manchester é apoiado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros (SÁ, 2011).

No Brasil, o MTS foi implantado no ano de 2008 primeiramente em Minas Gerais, considerado como política pública por priorizar, de modo centrado na queixa apresentada e não de forma subjetiva, o atendimento de pacientes que necessitam de atendimento imediato (COUTINHO, 2012).

De acordo com o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (2010), representante oficial do MTS no Brasil, este protocolo é fundamentado por três princípios:

- ✓ facilitar a gestão da clínica de cada paciente e a gestão de todo o serviço,
- ✓ o tempo de realização da classificação de risco não é utilizado para fazer diagnóstico,
- ✓ a prioridade é refletida de acordo com aspectos apresentados ou queixa relatada pelo paciente.
- ✓

Segundo Matias (2008), o MTS classifica o paciente em cinco níveis, dividido por números, cores, nomes e tempo máximo de espera para o atendimento adequado. Através dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, o profissional responsável por esta triagem define o discriminador, que nada mais é que um conjunto de sinais e sintomas direcionadores de prioridades, e a partir daí organiza os pacientes para o atendimento de acordo com os níveis de urgência (SOUZA, 2009).

O Protocolo de Manchester é composto por 52 fluxogramas, divididos em 50 para situações rotineiras e dois para situações de múltiplas vítimas, contendo discriminadores, para orientação e análise das informações fornecidas pelo usuário durante o acolhimento, pertinentes para a triagem nos serviços de saúde (JEREMIAS, 2011).

Figura – Classificação de risco de acordo com o Protocolo de Manchester

**PROTOCOLO DE MANCHESTER
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010.

3.3 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acolher, no contexto dos serviços de saúde, é receber bem, ouvir a demanda e buscar formas de compreendê-las e solidarizar-se com ela; neste âmbito, a estratégia do acolhimento é uma ação implantada em alguns municípios, visando o alcance do objetivo de oferecer serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos; e deve ser realizado por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado (PAIDÉIA, 2001). O acolhimento não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, salientando que não é um espaço ou um local, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções (GRUCHOUSKEI et al., 2011).

O acolhimento é um processo de recepção do usuário que procura a Unidade de Saúde, possibilitando maior proximidade entre o profissional e o usuário (ULHOA et al., 2010). Também entendido como um instrumento para o processo de trabalho em saúde, a fim de atender a todos que buscam os serviços de saúde, promovendo a inclusão de todos os profissionais no processo de atenção, deixando de ser meros intermediadores das consultas médicas (MINAYO, 2006).

O Acolhimento com Classificação de Risco, utilizado como dispositivo technoassistencial questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços, possibilitando a reflexão e mudança nas maneiras de executar a assistência, desta forma, modifica-se o processo de triagem, alternando inclusive sua terminologia para Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR (GRUCHOUSKEI et al., 2011).

Em 2007, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais juntamente com a Secretaria de Saúde de Portugal iniciaram, no Brasil, o modelo de classificação de risco reconhecido como Protocolo de Manchester (SOUZA, 2009).

Também utilizado para classificar o risco do usuário, a Secretaria Estadual de Saúde forneceu ao estado de Minas Gerais uma ferramenta computadorizada, denominada TRIUS®, composta por um computador, um termômetro auricular e um oxímetro de pulso, capaz de consolidar os dados necessários para identificação do quadro clínico do usuário. O TRIUS® é composto pela tecnologia ALERT®, sistema computadorizado para a classificação do risco com auxílio do Protocolo de Manchester informatizado, que permite visualizar a fila de espera, além de melhorar a eficiência do trabalho e a transferência de responsabilidades na unidade de saúde (SOUZA, 2009).

A classificação de risco, através do TRIUS®, é feita por cor e indicação clínica, sendo que cada cor estipula o tempo para a realização do atendimento, sendo: cor vermelha o atendimento imediato referente aos casos de emergência; cor laranja o atendimento em até dez minutos para os casos muito urgentes; cor amarela para o atendimento em até sessenta minutos referentes aos casos urgentes; cor verde para o atendimento em até cento e vinte minutos para os casos pouco urgentes; e a cor azul para o atendimento em até duzentos e quarenta minutos para os casos não urgentes (SHIROMA, 2011).

Com o auxílio deste protocolo, o profissional habilitado acolhe o usuário que chega ao serviço de saúde, e obtém informações necessárias para selecionar um fluxograma por meio da queixa principal deste usuário. O profissional deve atentar-se para os sinais e sintomas do usuário, identificando os discriminadores em cada nível de classificação do risco. Logo, é atribuído ao usuário o grau de prioridade, conforme o Protocolo de Manchester. O monitoramento e a reavaliação do usuário são importantes durante a espera pelo atendimento (OLIVEIRA, 2010).

Com a finalidade de sistematizar o atendimento nas unidades de saúde, o Acolhimento com Classificação de Risco expandiu-se para práticas de atendimento na Atenção Primária, onde os serviços ainda são burocratizados e os atendimentos são realizados por ordem de chegada. Além de uniformizar os critérios de avaliação, o principal objetivo é oferecer atendimento em menor tempo à demanda espontânea, assim sendo, o paciente que chega a um PSF é atendido por um enfermeiro capacitado, que o observa de forma rápida e objetiva, atribuindo um grau de prioridade clínica ao atendimento e o tempo recomendado; garantindo um acolhimento resolutivo e humanizado tanto nas unidades de urgência quanto nas unidades de atenção primária, priorizando a atenção pelo agravo à saúde e não pela ordem de chegada do paciente (SÁ, 2011; MINAS GERAIS, 2011).

Sendo um dos profissionais mais indicados para classificar o risco, o enfermeiro realiza o acolhimento dos usuários que procuram os serviços de saúde, devido à sua visão holística ao prestar assistência visando atender às necessidades biopsicossociais, sempre orientadas por um protocolo direcionador (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Segundo Soares et al. (1995), o trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco se baseia na tomada de decisão em que a escuta qualificada e o julgamento clínico das queixas induzem a um raciocínio lógico que determina o risco. A tomada de decisão pelo enfermeiro tem como objetivo compreender a informação clínica, a

sequencia em que a informação se processa e as vias pelas quais essa informação determina a categoria de classificação.

3.4 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a criação da Estratégia de Saúde da Família, as políticas públicas de saúde estabeleceram objetivos direcionados em reverter a visão centrada no médico e no individualismo, em busca da reorganização da assistência na perspectiva da coletividade, da família e do cuidado ao usuário dos serviços de saúde, visando construir metas de acordo com a realidade da população adscrita, com prioridade na promoção à saúde, prevenção do agravo e reabilitação da saúde (STARFIELD, 2002).

Segundo Moreira (2014), o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família inclui:

“programação e implementação das atividades de atenção, planejamento e organização da agenda de trabalho, desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos, promoção de atenção integral e realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.”

A equipe de Saúde da Família deve focar nas necessidades de cada indivíduo dentro do seu contexto específico. O ato de acolher está diretamente ligado à capacidade do profissional em capturar as especificidades de cada paciente, tendo uma visão holística perante cada situação, percebendo os sinais verbais e não verbais, sendo o princípio da relação de vínculo profissional – paciente (CAÇADOR, 2012).

O profissional que realiza o acolhimento aprende a lidar com o não previsto, atenta-se à escuta qualificada, constrói um vínculo com o usuário de forma ética, busca a resolutividade dos casos, preocupando-se em não burocratizar o atendimento (BRASIL, 2011). O Protocolo de Manchester na Atenção Primária pode auxiliar o profissional na tomada de decisões com responsabilização, porém necessitam ser ajustados e adaptados neste nível de atenção, evitando a contradição com os princípios instituídos na Estratégia de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O uso do Protocolo de Manchester tem atingido os objetivos propostos em estabelecimentos de Urgência e Emergência, onde os casos são caracterizados como

necessidades agudas ou crônicas agudizadas de rápida intervenção, diferente da realidade da Estratégia de Saúde da Família, que segue o princípio da longitudinalidade, onde são poucos os casos de urgência e emergência. A partir disto, ao considerar os princípios que norteiam a Estratégia de Saúde da Família, o questionamento deste estudo diz respeito à percepção dos enfermeiros da equipe de Saúde da Família acerca do Acolhimento com Classificação de Risco após a implantação do Protocolo de Manchester neste nível de assistência.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção do enfermeiro da equipe de Saúde da Família a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Identificar o conhecimento do enfermeiro da equipe de Saúde da Família acerca do Acolhimento com Classificação de Risco;
- II. Identificar fatores facilitadores e dificultadores à consolidação do Acolhimento com Classificação de Risco, segundo a percepção do enfermeiro da equipe de Saúde da Família;
- III. Descrever eventuais mudanças nas práticas após a implantação do Protocolo de Manchester, na opinião do enfermeiro da equipe de Saúde da Família.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Neste estudo foi utilizada a pesquisa qualitativa, de natureza descritivo-exploratória, baseado no estudo etnometodológico, adequado para compreender o modo como os enfermeiros da equipe de Saúde da Família lidam diariamente com o Acolhimento com Classificação de Risco.

Segundo Moreira (2014), “Protocolo de Manchester é empregado por meio de um aparato tecnológico, desenvolvido para serviços de urgência e emergências. A sua utilização na ESF perpassa por princípios previamente instituídos para este nível de atenção”.

A fim de compreender a percepção dos enfermeiros acerca desta prática de acolhimento avaliando e classificando o risco na Estratégia de Saúde da Família, o estudo qualitativo admitiria apreender os comportamentos utilizados e os conhecimentos empregados por estes profissionais perante a esta prática neste nível de atenção.

5.1.1 A pesquisa qualitativa

A pesquisa qualitativa pode ser compreendida como um conjunto de diversas técnicas de interpretação no intuito de codificar um processo complexo de significados, tendo como objetivo trabalhar com motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 2002). Faz referência às percepções, experiências de vida, pontos de vista, representações sociais, estudos de significados, vivências e analogias, traduzindo e expressando o sentido dos fenômenos cotidianos, abordando temas como mecanismos de adaptação, adesão e não adesão aos tratamentos, fatores facilitadores e dificultadores dos profissionais, estigma, reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares, frente ao tratamento e às condições de trabalho (TURATO, 2003).

Baseada na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores, a pesquisa qualitativa tem a finalidade de compreender as experiências no seu todo, na perspectiva dos participantes (POLIT; HUNGLER, 1995).

Este tipo de estudo pode proporcionar para as pessoas uma oportunidade para revelarem seus sentimentos, o modo de expressarem suas vidas, a linguagem usada e as conexões realizadas, revelando o mundo como é percebido por elas (SPENCER, 1993). O

pesquisador substitui as correlações estatísticas pelas descrições e as conexões causais objetivas pelas interpretações, na abordagem qualitativa (MARTINS; BICUDO, 1989).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador passa a maior parte do tempo coletando dados e revendo as informações, com o propósito de construir conhecimento sem dar opiniões sobre determinado assunto (BOGDAN; BIKLEN, 1997). Os seus dados são coletados em forma de palavras ou imagens, e não por números, onde os pesquisadores dão destaque mais ao processo e não apenas aos resultados (DEBUS, 1994).

5.1.2 O estudo etnometodológico

De origem americana, a etnometodologia nasceu na Califórnia - EUA no final da década de 60 após a publicação, em 1967, do artigo “A conception of and experiments with trust as a condition of concerted stable actions”, do autor Harold Garfinkel, sendo considerado o marco inicial deste método de pesquisa (STAMFORD, 2002). Esta publicação causou turbulências na sociologia tradicional, levando as universidades americanas e europeias a debater sobre o assunto (COULON, 1995).

Nos anos 70, a etnometodologia passa a ser abordada na França, após a tradução e publicação de artigos sobre este assunto, e nos anos 80, expandiu-se para as universidades francesas, levando ao desenvolvimento de trabalhos com perspectiva etnometodológica (COULON, 1995).

No Brasil, o etnométodo é pouco conhecido no campo das ciências sociais e pouco empregado nas pesquisas na área da saúde, possuindo poucas obras traduzidas e raros estudos publicados (GUESSER, 2003), sendo mais adotado nas práticas da educação infantil, educação física e ensino de matemática. Alguns dos trabalhos publicados no Brasil foram as obras de Alain Coulon e John Heritage, e um capítulo sobre etnometodologia na pesquisa de Haguette (1992) e outros autores.

A etnometodologia é um termo adotado para definir procedimentos utilizados pelo pesquisador, além de definir o campo de investigação e os processos desenvolvidos pelos atores que serão estudados em seu cotidiano. A palavra etnometodologia foi criada a partir dos termos: etnobotânica, etnofisiologia, etnofísica, a fim de referir sobre o modo como o ser humano dá sentido ao seu cotidiano (STAMFORD, 2002).

A reviravolta causada pelas publicações de Garfinkel decorre do fato de as obras não estarem articuladas sistematicamente à sociologia tradicional, gerando dúvidas até mesmo

entre os pesquisadores deste novo método, causando resistência entre o meio acadêmico (GUESSER, 2003).

Além da obtenção de dados, o etnométodo fornece ao pesquisador a possibilidade do aprendizado com o grupo no qual se insere para realizar a pesquisa de campo, sendo uma metodologia propícia para descobrir o processo de trabalho e as experiências dos enfermeiros da ESF (SILVEIRA, 2003). “Como a etnometodologia fixa para si o objetivo de mostrar os meios utilizados pelos membros para organizar a sua vida social comum, a primeira tarefa de uma estratégia de pesquisa etnometodológica é descrever o que os membros fazem” (COULON, 1995, p. 89), podendo utilizar este estudo como método de investigação. Assim, a etnometodologia, segundo Gil (2008, p.23) pode ser útil na “tentativa de analisar os procedimentos que os indivíduos utilizam para levar a termo as diferentes operações que realizam em sua vida cotidiana, tais como comunicar-se, tomar decisões e raciocinar”.

A etnometodologia torna-se importante para o conhecimento de diferentes culturas, de forma tolerante para compreender e não confrontar com as diferenças.

A origem do etnométodo baseou-se nas teorias de Talcot Parsons, sofrendo adaptações influenciadas pelos estudos fenomenológicos de Alfred Schutz e Edmund Husserl (HERITAGE, 1999).

Para o melhor entendimento sobre a Etnometodologia, fez-se necessário um estudo das teorias que influenciaram as obras de Garfinkel, sendo elas: A Teoria da Ação de Talcot Parsons, a Fenomenologia de Alfred Schutz e o Interacionismo simbólico da Escola de Chicago.

5.1.2.1 Teoria da Ação de Talcot Parsons

Constituída como uma teoria da motivação da ação, a teoria de Parsons influenciou fortemente os estudos de Garfinkel acerca da etnometodologia.

Segundo Guesser (2003), “o principal feito de Parsons foi reabilitar a sociologia de matriz europeia aos trabalhos desenvolvidos nos Estados Unidos”.

Para Parsons, o que determina as ações dos sujeitos é o modo como os mesmos são submetidos a modelos normativos reguladores de suas condutas, incapacitando estes sujeitos a analisar a sua relação a estas normas sociais, causando o conformismo com as regras da vida social (COULON, 1995).

Outra característica desta teoria é referente ao modo de comunicação através da linguagem. Parsons considera que a comunicação entre atores é estabelecida através de

símbolos preexistentes, diferente do que ocorre na etnometodologia, onde os símbolos não são estabelecidos em normas de comunicação preexistentes, sendo reinventados a cada nova comunicação (COULON, 1995).

Quanto à racionalidade do ator, a teoria de Parsons afirma que para atingir um objetivo, é calculado o tipo de atitude a ser tomada, baseando em experiências compatíveis com o saber científico (HERITAGE, 1999).

Segundo Gafinkel (1984, p.328) “os agentes sociais nesta concepção passam a ser tratados como juízo dopado em termos de discernimento, cuja compreensão e raciocínio em situações de ação concreta são irrelevantes para um enfoque analítico da ação social.”.

5.1.2.2 A Fenomenologia de Alfred Schutz

Influenciado pelas obras de Edmund Husserl, Alfred Schutz propôs estudar as características da vida cotidiana vivenciadas por sujeitos comuns e as interpretações dos sentidos das ações utilizadas no dia a dia, considerando o mundo cotidiano constituído de experiências compartilhadas, através da comunicação e da troca de percepções (COULON, 1995).

Nesta teoria, Schutz compreende que o senso comum é formado por ações irracionais e ilógicas, divergindo da Teoria da ação que ressalta que as atitudes dos sujeitos se confundem com a lógica científica, considerando, segundo o pensamento de Heritage (1999), que “as ações racionais não devem ser buscadas no senso comum.”.

Assim, a fenomenologia estuda as propriedades de raciocínio prático das experiências vividas nas situações do cotidiano (GUESSER, 2003).

5.1.2.3 O Interacionismo simbólico da Escola de Chicago

Trata-se da observação direta das interações entre os sujeitos sociais, das atribuições aos objetos, aos símbolos construídos no mundo social. É a relação estabelecida entre os sujeitos nas ações do dia a dia. Este estudo dá importância à subjetividade determinada pelas ações dos sujeitos (GUESSER, 2003).

Determina que a interação social está em constante desenvolvimento, por se tratar de algo temporário, instável e mutável a cada nova interação (COULON, 1995).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Para o desenvolvimento desta pesquisa, delimitou-se como cenário o município de Patos de Minas, situado no estado de Minas Gerais, na região do Alto Paranaíba, sendo considerado um dos vinte maiores municípios do estado, com uma população de aproximadamente 146.416 habitantes, segundo estimativa do IBGE de 2013.

O município de Patos de Minas contava no período da coleta de dados, com 24 equipes de Saúde da Família, localizadas na zona urbana e distribuídas em 17 Unidades de Atenção Primária à Saúde, e oito equipes de Saúde da Família, na zona rural.

Na ESF do município de Patos de Minas trabalha-se de segunda à sexta-feira, das 7h às 17h. As equipes de Saúde da Família são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, cinco a seis agentes comunitários de saúde, um dentista e um auxiliar de consultório dentário, sendo que o enfermeiro e o médico são responsáveis pelo Acolhimento com Classificação de Risco.

Ressalta-se que a pesquisa qualitativa ocorre em um cenário natural (ROSSMAN; RALLIS, 1998). No estudo qualitativo, o pesquisador vai ao local onde o participante está, para conduzir a pesquisa, permitindo ao pesquisador estar altamente envolvido nas experiências reais dos participantes, desenvolvendo um nível de detalhes sobre a pessoa ou sobre o local (CRESWELL, 2007).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

5.3.1 População

Participaram da pesquisa os enfermeiros vinculados à equipe de Saúde da Família do município de Patos de Minas - MG, aprovados no curso de formação de triador – Protocolo de Manchester do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco.

Foi realizada pela pesquisadora uma prévia apresentação do projeto para o coordenador municipal da Atenção Primária à Saúde. Após aprovação da Secretaria de Saúde de Patos de Minas-MG para o desenvolvimento do estudo (ANEXO A), o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, conforme Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, sendo aprovado sob o protocolo 645.975(ANEXO B). Em seguida, ocorreu uma reunião agendada pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo o primeiro

contato da pesquisadora com todos os enfermeiros da equipe de Saúde da Família, em um local definido pela coordenadora da Atenção Primária de Patos de Minas/MG, para o convite e apresentação detalhada do estudo. Nesta reunião, identificou-se quais enfermeiros participariam da coleta de dados de acordo com o critério de inclusão, e para aqueles que aceitaram participar da pesquisa foi entregue e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

A população foi composta por 100% dos enfermeiros da ESF (N=24). Considerando uma perda de amostragem de 20% (enfermeiros que recusaram participar ou que não foram aprovados no curso de triador), o número final de entrevistas foi n=19.

Assevera-se que as perspectivas qualitativas têm diferentes índices para a garantia da qualidade e, a este respeito, algumas abordagens qualitativas não dependem de saturação como um marcador para o tamanho da amostra (O'REILLY; PARKER, 2012).

Na pesquisa qualitativa, a seleção dos entrevistados não pode seguir os procedimentos de amostragem quantitativa, porque o objetivo não é contar opiniões ou pessoas, mas explorar a diversidade de opiniões e as diferentes representações de um problema (GASKELL, 2000 apud O'REILLY; PARKER, 2012).

A saturação é um conceito convincente, mas tem um certo número de deficiências práticas. Isso ocorre porque cada vida é única e, nesse sentido, os dados nunca são verdadeiramente saturados como sempre haverá coisas novas a descobrir (WRAY et al., 2007 apud O'REILLY; PARKER, 2012).

5.3.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família responsáveis pelo Acolhimento com Classificação de Risco com auxílio do Protocolo de Manchester, aprovados no curso de formação de triador - Protocolo de Manchester do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco, com mais de seis meses de vínculo com a ESF em equipe de zona urbana.

5.3.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os enfermeiros da ESF que estavam de férias ou licença do serviço durante o período da coleta de dados.

5.4 COLETA DE DADOS

Considerando os objetivos do estudo, optou-se por utilizar duas fontes de evidências, sendo:

- ✓ Observação não-participante
- ✓ Entrevista em profundidade

5.4.1. Observação não - participante

A observação não-participante abstém-se das intervenções em campo. Segundo Adler e Adler (1998, p. 81), neste tipo de observação “os observadores seguem a corrente dos eventos; o comportamento e a interação prosseguem da mesma forma como prosseguiriam sem a presença de um pesquisador, sem a interrupção da intrusão”.

Neste tipo de observação, não há interação do pesquisador com o objeto a ser estudado no momento da coleta de dados, minimizando a interferência entre o pesquisador e o observado, permitindo o uso do diário de campo (CARMO et al., 1998).

Na observação não participante o pesquisador adota a posição de observador exterior, impedido de qualquer iniciativa no decorrer das situações a serem observadas (VIANNA, 2003).

Este tipo de observação segue algumas fases, descritas por Adler e Adler (1998), sendo primeiramente a seleção de um ambiente, seguida da definição do que será documentado na observação. Logo, o treinamento dos observadores, com o intuito de padronizar o que será observado; por conseguinte, as observações focais, concentrando os pontos mais relevantes à questão de pesquisa. Depois seguem as observações seletivas com a finalidade de compreender os aspectos centrais. E, por último, o encerramento da observação, quando outras observações já não trouxerem nenhum conhecimento adicional, atingindo a saturação teórica.

5.4.2 Entrevista em profundidade

A entrevista em profundidade foi utilizada como técnica complementar, seguindo um roteiro semiestruturado contendo perguntas referentes à percepção do profissional acerca do Acolhimento com Classificação de Risco, assim como sobre os fatores facilitadores e dificultadores e as eventuais mudanças nas práticas após a implantação do Protocolo de

Manchester. Considera-se que, a partir da vivência dos entrevistados, a entrevista individual semiestruturada privilegia o significado do fenômeno a ser investigado (LEININGER, 1985).

A entrevista em profundidade é um recurso metodológico que busca recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, com base em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, selecionada por deter informações que se deseja conhecer. Acrescenta-se que na pesquisa qualitativa, os dados são resultados de interpretações e reconstruções pelo pesquisador, em diálogo inteligente e crítico com a qualidade, e não apenas colhidos (DUARTE, 2005).

Com o objetivo de obter dados sobre o objeto a ser estudado, a entrevista em profundidade é dirigida pelo pesquisador, caracterizado como mediador, em uma conversa intencional envolvendo duas ou mais pessoas, ocorrendo extensa indagação através de perguntas abertas (BOGDAN, 1997; DEBUS, 1994).

Segundo Sempionato (2005), “o pesquisador conduz o entrevistado a voltar-se para si, em uma busca de situações, relações e acontecimentos de sua história.”

As vantagens deste tipo de entrevista são muitas, destacando a acessibilidade às informações que não são possíveis de serem observadas, a interação entre pesquisador e entrevistado gerando riqueza de informações, além de ser uma prática econômica (VALLES, 1997).

Assim, a escolha pela entrevista em profundidade deu-se por esta permitir ao pesquisador a identificação do que a outra pessoa está pensando, dando-lhe acesso aos sentimentos, pensamentos e intenções (PATTON, 1980). Através do relato, o autor organiza e atribui o significado ao qual está ou esteve envolvido no processo (WETZEL, 2001). Este tipo de entrevista, sendo individual, proporcionará ao entrevistado expor sua percepção a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco.

5.4.3 Instrumento para coleta de dados

Para esta pesquisa foram elaborados pela autora dois roteiros: o primeiro roteiro para servir de orientação durante a observação não-participante (APÊNDICE A), e o segundo roteiro que foi aplicado nas entrevistas, composto por sete perguntas a respeito da percepção do enfermeiro a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família, os fatores facilitadores e dificultadores à consolidação deste acolhimento na Atenção Primária à Saúde, o conhecimento destes enfermeiros acerca da classificação de risco

e as eventuais mudanças nas práticas após a implantação do Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde (APÊNDICE B).

Estes instrumentos foram testados previamente, a fim de realizar possíveis adequações.

5.4.4 Coleta das informações

A coleta de dados foi realizada com 19 enfermeiros inseridos na ESF. Os dados foram obtidos no período de Maio a Julho de 2014. O acesso às informações deu-se em duas etapas: a primeira etapa foi a observação não-participante, ocorrendo no período de uma semana com cada enfermeiro da equipe de Saúde da Família, rodiziando os períodos matutino e vespertino entre duas equipes na mesma semana, até completar as observações com os 19 enfermeiros, a fim de captar informações sobre o contexto do serviço, forma de organização do trabalho e o funcionamento da unidade. A segunda etapa foi a entrevista individual realizada no último dia de observação de cada enfermeiro.

A observação não - participante foi realizada no local onde se encontrava o TRIUS®, neste caso na recepção ou no consultório de enfermagem. Já as entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde de seus respectivos enfermeiros, no próprio consultório de enfermagem resguardando a privacidade dos mesmos.

Para o registro dos dados da observação não -participante, a pesquisadora elaborou um diário de campo, onde foram anotados dados acerca do desempenho do enfermeiro e o processo de trabalho na unidade de saúde perante o Acolhimento com Classificação de Risco.

Os dados das entrevistas foram gravados em formato de áudio e posteriormente transcritos na íntegra para o computador, pela própria pesquisadora. Os enfermeiros foram identificados por categoria profissional seguido de um número, para garantir a sigilo destes profissionais e a confiabilidade dos dados fornecidos. O tempo médio das entrevistas foi de quinze minutos, sendo a entrevista mais curta com duração de cinco minutos e seis segundos e a mais longa de trinta e três minutos e vinte minutos.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados resultantes da transcrição das entrevistas e do diário de campo foram avaliados com base na Análise de Conteúdo, do tipo análise temática, que utiliza

procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, enquanto método (BARDIN, 2009).

Salienta-se que os dados obtidos nas pesquisas qualitativas comumente são em grande quantidade, necessitando de métodos sistemáticos para sua organização e compreensão. O processo para a análise deste material busca a organização das entrevistas, das notas do diário de campo e outros materiais acumulados ao longo da coleta de dados. Assim, a análise dos dados propõe a divisão de todo material em unidades manipuláveis no intuito de contribuir com o pesquisador na tomada de decisão das informações que serão transmitidas aos outros.

5.5.1 As fases da Análise de Conteúdo

Para a construção das categorias foram seguidas as três fases da análise de conteúdo, conforme descrito a seguir:

5.5.1.1 Primeira fase: Pré - análise

Nesta fase, a autora buscou organizar as entrevistas de acordo com cada objetivo proposto pela pesquisa. Por meio desta organização, iniciaram-se os recortes das falas transcritas, incluindo as notas do diário de campo.

A pré - análise corresponde à organização do material, percorrendo quatro etapas: a leitura flutuante, que é o contato do pesquisador com os documentos da coleta de dados; demarcação dos documentos que serão analisados; formulação dos objetivos e hipóteses; referenciação dos índices e elaboração dos indicadores, por meio de recortes de texto nos documentos da análise (BARDIN, 2009).

5.5.1.2 Segunda fase: Exploração do material

A segunda fase é a exploração do material que consiste em codificar e identificar as unidades de registro e as unidades de contexto nos documentos. Para Bardin (2009), esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito a qualquer material textual coletado submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Nesta fase faz-se a codificação, a classificação e a categorização (BARDIN, 2009).

Realizou-se a leitura minuciosa e exaustiva dos recortes de texto das entrevistas transcritas e das notas do diário de campo, com o intuito de identificar as unidades de registro. Após esta identificação, as unidades de registro foram codificadas e classificadas de acordo com os objetivos da pesquisa, dando início à construção das categorias.

Uma categoria temática emergiu através das unidades de registro, denominada *Acolhimento com Classificação de Risco: visão dos enfermeiros da ESF*. Esta categoria foi construída a partir da organização das questões envolvidas no modo que o enfermeiro percebe e vivencia o Acolhimento com Classificação de Risco em sua rotina na equipe de saúde da família. Fez-se necessário o reagrupamento das unidades de registro em três subcategorias, afim de que os discursos pudessem representar o modo como os enfermeiros entendem o Acolhimento com Classificação de Risco e como este modo de acolher classificando o risco influenciou nas práticas de atendimento da Estratégia de Saúde da Família em suas diversas vertentes, sendo estas subcategorias: (In)Compreensão do Acolhimento com Classificação de Risco, Facilitadores e dificultadores à consolidação do Protocolo de Manchester e Reorganização da fila de espera.

A primeira subcategoria, *(In)Compreensão do Acolhimento com Classificação de Risco*, ilustrou o conhecimento dos enfermeiros e o modo como eles compreendem a classificação de risco durante a prática de acolhimento na ESF.

A segunda subcategoria, denominada *Facilitadores e dificultadores à consolidação do Protocolo de Manchester*, abordou as dificuldades e facilidades encontradas pelos enfermeiros da equipe de Saúde da Família, após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na ESF, sendo necessário construir.

A terceira categoria, *Reorganização da fila de espera*, trouxe as mudanças ocorridas no processo de trabalho do enfermeiro da equipe de saúde da Família no momento que o Acolhimento com Classificação de Risco foi consolidado na Atenção Primária à Saúde.

Categorizar os elementos impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. A categorização tem como principal objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 2009).

5.5.1.3 Terceira fase: Análise reflexiva

A terceira fase é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica, aonde ocorre a condensação e o destaque das informações para análise (BARDIN, 2009).

Esta última fase consiste em avaliar as categorias e sustentá-las ou confrontá-las, baseando-se no referencial teórico adotado que, neste caso foi a Classificação de Risco na Atenção Primária à Saúde.

5.6 CRITÉRIOS ÉTICOS

Todos os participantes desta pesquisa foram esclarecidos que este projeto tratou-se de um trabalho científico, sendo-lhes garantido a voluntariedade e o direito à desistência em participar do estudo, sem sofrer nenhum tipo de dano ou prejuízo profissional, além do total anonimato e sigilo das informações confidenciais, explicados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi entregue a cada participante antes da coleta de dados.

Esses cuidados éticos não podem ser colocados como fatores limitantes do conhecimento, mas sim como respaldo à integridade individual e coletiva (GOLDIM, 1997).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Neste estudo, participaram 19 sujeitos, do total de 24 enfermeiros inseridos na Estratégia de Saúde da Família, aprovados no curso de formação de triador – Protocolo de Manchester do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco oferecido pela Gerência Regional de Saúde de Patos de Minas - MG. O curso foi dividido em duas etapas: no primeiro momento, os enfermeiros foram orientados a participar das aulas teóricas na modalidade à distância pelo Canal Minas Saúde, uma vez por semana com carga horária total de 45 horas. Ao final destas aulas foi aplicada uma prova online pelo próprio Canal Minas Saúde contendo cinco estudos de caso, sendo aprovados os enfermeiros que obtivessem 70% ou mais de acertos. Após aprovação destes profissionais, os mesmos foram direcionados às aulas práticas com carga horária de oito horas, divididas em dois dias no período vespertino, com enfoque no sistema operacional ALERT® inserido no TRIUS®.

Desde modo, dos 19 (100%) enfermeiros estudados, 17 (89,47%) eram do sexo feminino e dois (10,53%) do sexo masculino. Estas informações confirmam dados constatados na literatura acerca do predomínio do sexo feminino na Enfermagem, mesmo que nos últimos anos o ingresso do sexo masculino tenha aumentado, a Enfermagem ainda é considerada como uma profissão predominantemente feminina (ARAÚJO, 2009).

A média de idade foi de 33,6 anos, tendo 26 anos o enfermeiro mais novo e 47 o mais velho. Em estudo realizado por Falk et al.(2010), na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, verificou-se que dos 10 profissionais da ESF, a média da idade foi de 39,9 anos.

Quanto ao tempo de atuação na ESF, verificou-se a média de 7,73 anos, o mínimo de 3 anos e o máximo de 13 anos.

6.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VISÃO DOS ENFERMEIROS DA ESF

A construção desta categoria surgiu no intuito de apresentar a percepção dos enfermeiros da equipe de Saúde da Família acerca do Acolhimento com Classificação de Risco. Para atingir este objetivo, durante a entrevista foi realizada apenas uma pergunta: Como profissional da equipe de Saúde da Família, qual sua percepção a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco?

A partir das citações dos enfermeiros acerca deste tema, foi possível agrupar as unidades de registro que expressam as percepções dos enfermeiros após ter sido implantado o Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária.

Todos os enfermeiros expressaram que a Classificação de Risco na Atenção Primária é inviável devido à realidade do serviço prestado diariamente e ao número mínimo de atendimentos dos casos de urgência e emergência, de modo que estes casos são encaminhados para as unidades de pronto atendimento municipal a partir do momento que é classificado o risco pelo enfermeiro da equipe de Saúde da Família. Denotam, ainda, a importância da classificação de risco nos níveis de urgência e emergência.

“... na atenção primária a utilidade não é tão grande, porque raros são os casos que a gente tem de urgência e emergência.”(E3)

“... a classificação de risco é importantíssima pra urgência e emergência, porque lá sim, você vê quem tem que ser atendido primeiro ou aquele que pode esperar; agora aqui pra gente, aquelas urgências não chegam aqui, vão direto pro pronto socorro. E eu acho que pra minha realidade aqui do PSF não é válido.”(E17)

“... pro PSF, a gente não tem tanto paciente urgente, e não teria a necessidade de usar a classificação de Manchester, então eu não vejo a necessidade dele aqui no serviço.”(E15)

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), a Estratégia de Saúde da Família deve prestar atendimento às urgências e não centrar-se apenas nas práticas cotidianas com fins preventivos e em ações estratégicas.

Segundo Alves (2007), os setores de Urgência e Emergência no Brasil têm como característica o acúmulo de pacientes, em um local de estrutura inadequada para a demanda, que idealizam este setor como o único solucionador rápido de suas queixas agudas.

A fim de facilitar o acesso do usuário, a Política Nacional de Humanização aborda que todos os níveis de assistência devem prestar assistência de urgência e emergência incluindo o atendimento humanizado e resolutivo a toda população (BRASIL, 2004).

Durante o período de observação, pode-se perceber que a Estratégia de Saúde da Família é a primeira opção para os pacientes que apresentam casos de atendimento imediato, principalmente para os locais distantes do Pronto Atendimento Municipal. O enfermeiro acolhe todos os casos e, ao classificar o paciente como urgente, algumas unidades de saúde não possuíam estrutura adequada para atender e dar assistência a estas pessoas. Os relatos

abaixo ilustram a visão dos enfermeiros diante das classificações de risco que necessitam de atendimento emergencial:

“... a classificação é um pouco ineficaz na atenção primária. O PSF atende urgência sim, mas urgência e emergência num é aqui, né? A gente nem tem carrinho de emergência, daí num tem jeito de fazer nada.” (E15)

“... aquela classificação que às vezes precisa de uma intervenção maior, a gente não tem estrutura na unidade, uma medicação injetável, uma sala de observação, daí tem que encaminhar pro pronto atendimento. Por isso que eu acho que não tem tanta funcionalidade na atenção primária.” (E19)

“...falta estrutura pro PSF, porque aqui não atende as emergências, a gente nem tem sala de observação, não tem o carrinho de emergência, num tem nem quantidade suficiente de profissional pra isso...fico de mãos atadas.” (E2)

Oliveira et al. (2008) abordam que a Estratégia de Saúde da Família oferece fácil acesso de atendimento aos pacientes portadores de patologias crônicas e assistência aos pacientes que apresentam casos agudos ou crônicos agudizados apresentando menor complexidade; contudo, a partir das opiniões dos enfermeiros entrevistados neste estudo, percebe-se que na prática, estas unidades de saúde ainda não dispõem das condições necessárias para uma assistência segura e de qualidade.

Em 2004, o Ministério da Saúde criou um manual denominado Orientações para proceder a auditoria na Atenção Básica, visando avaliar as estruturas entendidas como: condições físicas, instalações, instrumentos e equipamentos para o trabalho, recursos humanos, estrutura organizacional, com o objetivo de melhorar e agilizar o processo do trabalho em saúde. Este manual destaca as sanções aplicadas pelos órgãos competentes quanto às infrações encontradas.

De acordo com Merleau-Ponty (1994), “a percepção pode ser definida como a interação de um corpo em um espaço e tempo.” A partir da apresentação de um objeto ou situação a um sujeito, a percepção é construída através da consciência perceptiva, gerando significados. Desde modo, o enfermeiro tem a capacidade de descrever o processo de trabalho na rotina diária do acolhimento dando o seu real significado ao realizar a classificação de risco, com base em sua consciência perceptiva.

Outra questão citada pelos enfermeiros diz respeito ao sistema computadorizado, TRIUS®, utilizado durante o acolhimento. Os entrevistados relataram que o sistema operacional ALERT® não é adequado para a demanda cotidiana na Estratégia de Saúde da

Família, por se tratar de um sistema voltado para aos casos de urgência e emergência e não de demanda programada, o que ocorre na maioria dos casos atendidos nestas unidades de saúde.

“... pro PSF, eles deveriam mudar o programa. Pode até ser o TRIUS mesmo, mas voltado para os atendimentos feitos no PSF, inclusive os agendados.”(E2)

“... o TRIUS é uma máquina boa pra ser usado no pronto atendimento, porque lá é que tem as urgências mesmo. Agora aqui no PSF são mais as cores verde e azul.”(E1)

Corroborando a perspectiva dos entrevistados, o Ministério da Saúde (2010) afirma a necessidade de readaptar o Protocolo de Manchester para a Estratégia de Saúde da Família, por se tratar de um setor que trabalha predominantemente com a longitudinalidade, considerados os casos de demanda programada (pré-natal, puericultura, assistência domiciliar, acompanhamento dos casos crônicos, entre outros).

Ao realizarem o Acolhimento com a Classificação de Risco, foi possível observar a inquietação destes profissionais diante das queixas subjetivas dos pacientes. Parte da demanda recorre à Estratégia de Saúde da Família, não apenas à procura de soluções para suas queixas físicas, mas também em busca de orientações psicossociais, desabafo de angústias, que vão além dos discriminadores pré-determinados pelo TRIUS®. Os fragmentos abaixo ilustram a opinião dos enfermeiros quanto ao sistema operacional.

“A gente tem caso aqui do paciente aparecer apenas para desabafar uma angústia, e como que eu vou colocar isso na máquina? Porque aqui no PSF aparece de tudo, e não apenas queixas físicas, e no TRIUS as perguntas já são pré-determinadas.”(E9)

“Se tivesse uma classificação diferenciada para a Saúde Pública, né? Mas num é, eles igualaram com a atenção secundária mesmo, daí falta opções na hora de classificar o risco.”(E7)

De acordo com Felisbino (2004), o processo de trabalho do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco engloba as necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais do usuário que procura a Estratégia de Saúde da Família, dando enfoque ao processo de humanização não apenas com o olhar individualizado, mas também holístico, envolvendo todos os elementos dos fatos.

O depoimento de E10 merece destaque ao questionar o sistema ALERT® utilizado durante a classificação de risco.

“...se fizer uma classificação pra nossa realidade aqui do posto, daí sim mudaria tudo. Porque tem paciente que vem aqui só pra conversar, desabafar... daí o que eu vou jogar lá no TRIUS? Que cor ele vai me mostrar?” (E10)

Segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010), o profissional, ao realizar a classificação de risco, deve estar atento às principais queixas e procurar os discriminadores referentes aos níveis mais altos de prioridade. Em caso de não localização do discriminador referente à queixa apresentada, o profissional pode classificar o paciente como não urgente, definido pelas cores verde e azul.

Este tipo de conduta causa insegurança ao profissional responsável por esta prática, podendo prejudicar na resolutividade do caso.

Para Oliveira et al. (2008), o acolhimento é percebido pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família como uma ferramenta tecnológica a fim de buscar o vínculo entre profissional e cliente em um processo de conversações, direcionado ao trabalho em saúde focado no cliente, oferecendo resolutividade e atenção integral no menor espaço de tempo.

Percebe-se o vínculo entre enfermeiro e paciente, e durante a observação pôde-se notar que muitas vezes os pacientes procuram o enfermeiro para contar algo de sua vida pessoal, desabafar suas angústias quanto à uma doença, contar suas alegrias após cura, sendo impossível de ser relatado em uma máquina a fim de se buscar um discriminador.

Merhy (2002) enfatiza que as relações, designada pelo autor como “trabalho vivo em ato”, neste caso sendo a assistência à saúde e o vínculo entre profissional e usuário, não podem ser substituídas por máquinas e pela tecnologia, denominada pelo autor como “trabalho morto”.

6.2.1 (In)Compreensão do Acolhimento com Classificação de Risco

O desenvolvimento desta primeira subcategoria possibilitou identificar, através das falas e da observação, que há ainda a falta do conhecimento sobre o modo como a classificação de risco deveria ser realizada corretamente pelos enfermeiros da equipe de Saúde da Família, conseqüentemente devido ao despreparo profissional. As seguintes perguntas foram realizadas durante as entrevistas: Em sua opinião, o que significa o

Acolhimento com Classificação de Risco? Em sua opinião, seria necessária uma nova capacitação para os enfermeiros?

O Acolhimento com Classificação de Risco surgiu com o propósito de oferecer atendimento prioritário e em tempo hábil aos casos mais urgentes e não apenas pela ordem de chegada dos pacientes às Unidades de Saúde da Família. O ato de acolher é o primeiro contato do profissional com o paciente, podendo ser realizado por qualquer profissional da equipe de Saúde da Família, sendo o momento em que o paciente relata suas queixas ou sua necessidade por algum atendimento oferecido pela unidade de saúde.

“...a primeira escuta que a gente faz pra todos os usuários que procuram a unidade básica de saúde e traçar uma conduta de tratamento.” (E2)

“...é a escuta do paciente, você acolhe o paciente, escuta as suas queixas e vai direcionar a conduta frente às queixas dele.” (E15)

“...escuta qualificada. É ouvir mesmo a demanda do usuário e tentar resolver em menor tempo possível.” (E16)

“...avaliar o que é urgente, mas na verdade também é o primeiro atendimento com a escuta diferenciada, o que é a queixa daquela pessoa, o que ela tem pra te falar.” (E10)

Para Souza (2008), a classificação de risco, juntamente com o acolhimento, não é mais considerada como um processo de trabalho isolado dos processos de produção de saúde, pois engloba a visão holística quanto às diversidades da comunidade (cultural, racial e étnica).

A partir do momento que se tem conhecimento da necessidade do paciente, o mesmo é encaminhado a um profissional apto, neste caso o enfermeiro, para acolher e classificar o risco, tornando-se uma prática difícil de ser compreendida pelos profissionais, por se tratar de duas atividades distintas, porém uma complementando a outra. Através das falas dos entrevistados, pode-se notar que os enfermeiros consideraram o acolhimento com classificação de risco um dificultador devido ao conhecimento equivocado do procedimento.

“...ele dificulta a nossa vida, no sentido de atrasar o atendimento.” (E9)

“... pra nossa rotina de PSF, demora um pouco, e quando vem muita gente aí acaba enrolando.” (E10)

Segundo Miguel (2013), a classificação de risco tornou-se um desafio para os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, pois além de exigir a escuta qualificada de

forma objetiva e rápida, necessita dos conhecimentos científicos e técnicos, para oferecer resolutividade ao usuário através do atendimento humanizado.

Deste modo, o Acolhimento com Classificação de Risco que deveria ser uma prática realizada em um curto espaço de tempo, torna-se complexo pelo fato de o enfermeiro escutar toda a história do paciente e não apenas o motivo que o levou a procurar à equipe de Saúde da Família. Os fragmentos abaixo ilustram a opinião dos enfermeiros ao considerar o acolhimento com classificação de risco como um processo demorado perante as atividades diárias da equipe devido à demanda de tempo.

“...ele demanda tempo, então se eu acolhia uns vinte pacientes em quarenta, cinquenta minutos, hoje eu gasto quase que uma manhã toda pra isso. E isso atrapalha o andamento do PSF, serve mais como respaldo.” (E2)

“Não é prático, é demorado, eu tenho que cadastrar a pessoa e isso demora muito mais. Fala que gasta uns dois minutos, mas depois que tá cadastrado, mas quando não tá cadastrado, gasta um tempo maior.”(E11)

Ainda nesta perspectiva, o fato de o enfermeiro considerar o acolhimento com classificação de risco como uma prática demorada é em reflexo do despreparo profissional perante a este novo modo de acolhimento.

“Eu acho que nem todos fazem o acolhimento corretamente e precisava sim de uma capacitação tanto no acolhimento quanto no atendimento humanizado. Porque não adianta ter o certificado de aprovação do curso se o enfermeiro não sabe fazer.”(E20)

“...muitos enfermeiros falam que tem a dificuldade tanto de manusear o TRIUS quanto de entender mesmo como realizar a classificação do Manchester, há um despreparo dos profissionais.”(E16)

“...a dificuldade que pode encontrar para qualquer profissional na implantação é o conhecimento da máquina, manusear o TRIUS.”(E1)

A realização do Acolhimento com Classificação de Risco requer um profissional habilitado para diferenciar as queixas do paciente e estipular o grau de risco, assim como direcioná-lo para a conduta correta. O enfermeiro precisa primeiramente ser aprovado no curso de formador de triador do Protocolo de Manchester e ter o mínimo de conhecimento para manusear o TRIUS®. Na observação, percebeu-se a necessidade de supervisão ao modo de realização da classificação de risco.

A importância da educação continuada e da supervisão pela Secretaria de Saúde foi expressa pelos enfermeiros, considerando como dificuldade a falta de capacitações e supervisões perante a utilização do TRIUS®.

“Só o que eles [Secretaria Municipal de Saúde] fizeram no treinamento não foi válido. Eu só acho que no dia a dia é diferente. A gente fazer uma teoria e depois fazer uma prática é totalmente diferente.”(E8)

“...tem sempre a capacitação e não tem ninguém para supervisionar depois, pra saber se a gente tá fazendo certo ou errado.”(E2)

“Tem a capacitação, mas não tem a supervisão. E a capacitação é necessária para me dar respaldo sobre as minhas ações.”(E9)

“...tivemos só o curso teórico e a provinha, mas na hora da prática, eu tive dificuldade de encaixar a queixa do paciente naquele fluxograma.”(E17)

Fracolli (2003) enfatiza que é necessário que os enfermeiros e toda a equipe de saúde estejam preparados para oferecer uma assistência com qualidade, e que tudo isso só é estabelecido através das capacitações e treinamentos que garantam a preparação técnica e emocional destes profissionais perante os problemas dos usuários.

6.2.2 Facilitadores e dificultadores à consolidação do Protocolo de Manchester

A construção desta segunda subcategoria surgiu a partir das seguintes perguntas que foram realizadas na entrevista: Em sua opinião, existem fatores que podem dificultar ou facilitar à consolidação do Acolhimento com a Classificação de Risco na ESF? Você tem dificuldades para realizar a o Acolhimento com Classificação de Risco?

Por meio dos depoimentos dos enfermeiros, que emergiram não apenas das entrevistas, mas também das observações, a falta de comprometimento profissional torna-se um fator dificultador à inserção desta prática nas atividades diárias da ESF.

“...dependeria de cada enfermeiro e da boa vontade do enfermeiro em implantar o acolhimento.”(E20)

“... a boa vontade dos profissionais, porque não é fácil mesmo no início, tem que explicar, tem que orientar, a unidade fica cheia. Mas com o tempo facilita.”(E14)

“... primeiro vem a falta de compromisso de cada profissional pra você saber lidar com o próprio paciente na sua frente.”(E1)

“... o fator que dificulta é a vontade dos enfermeiros de quererem implantar.”(E20)

De acordo com Hammad (2010), os conceitos não são aproveitados se na prática não há melhorias na qualidade dos serviços de saúde, tanto para profissionais quanto para usuários. Os profissionais devem comprometer-se com a população, proporcionando o vínculo e criando espaços de atendimento focados na valorização profissional.

Para Oliveira (2009), a questão comportamental dos enfermeiros está diretamente ligada à qualidade do acolhimento com classificação de risco. Os valores profissionais devem estar incorporados no processo de trabalho dos serviços de saúde, de forma que sejam reconhecidos pelos usuários. Sendo assim, os enfermeiros devem propagar estes valores visando à melhoria da assistência proposta pela Política Nacional de Humanização.

Ao questionar acerca das dificuldades, alguns enfermeiros denotaram quanto à carga horária do médico, o que na maioria das vezes leva a um acolhimento com classificação de risco ineficaz.

“... apesar de ser um instrumento muito bom, não é pra nossa realidade, porque no PSF num tem médico e nem enfermeiro o tempo todo.”(E17)

“...quando a gente cadastra, te dá um tempo limite pro paciente ser atendido. E se o médico não tiver? E se ele tiver de férias?”(E8)

Lima (2012) evidenciou em seu estudo que a ausência de algum profissional ou a sua mudança para outro setor prejudica o vínculo com os usuários, afetando negativamente na assistência ofertada, necessitando de uma reavaliação e adaptação no quadro de funcionários.

De acordo com Beck et al.(2008), para que haja resultado de qualidade, o acolhimento com classificação de risco deve agregar valores, visar a expectativa dos usuários, estar apropriado para a realidade local e possuir espaços e recursos necessários para a sua realização.

Para Gomes (2005), a produção em saúde tem efeitos positivos através da eficiência e da efetividade do trabalho, segundo os recursos utilizados e a estrutura oferecida aos usuários, de acordo com a realidade local.

Pode-se observar que o enfermeiro acolhe todos os usuários que procuram a Estratégia de Saúde da Família, porém, o médico da equipe tem um número limite de atendimento diário. Ao concluir os atendimentos por período, o profissional médico não permanece na

unidade de saúde, levando o enfermeiro ao pensamento de inviabilidade da classificação de risco na ausência do médico inserido na equipe de Saúde da Família.

“...aqui não funciona, porque quando o paciente demanda de um atendimento médico, e o médico não chegou ou tá no horário de almoço ou de férias, daí a gente fica meio sem ter o que fazer.”(E17)

“...o próprio paciente procura o pronto socorro quando sabe que o médico não tá aqui ou tá de férias. Então não sei qual a viabilidade de fazer o Protocolo de Manchester aqui.”(E5)

“...ele é pra urgência, até mesmo porque a gente não tem médico 24 horas aqui.”(E10)

Os profissionais da equipe de Saúde da Família possuem uma jornada de trabalho de oito horas diárias, devido ao horário de funcionamento da unidade. Deste modo, torna-se ineficaz a priorização do atendimento quando os profissionais responsáveis pela classificação de risco não estão presentes na unidade de saúde no momento que o paciente necessita de atendimento. Diferente da atenção secundária, onde há o médico de plantão 24 horas para os casos de urgência e emergência e um enfermeiro responsável apenas pela classificação de risco.

Para Pires (2003), a classificação de risco é caracterizada pelo dinamismo da identificação de todo cliente que necessita de atendimento imediato, humanizando o atendimento de acordo com o grau de risco e não pela ordem de chegada em todos os níveis assistenciais.

O Ministério da Saúde (2012) preconiza a carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família, exceto o médico que pode ser contratado por 20 ou 30 horas semanal.

Em um estudo realizado por Rodrigues et al.(2008), a falta de recursos humanos na ESF interfere diretamente na efetividade da assistência prestada comprometendo ao processo de trabalho neste nível de atenção, revelada pela fragilidade organizacional e política.

Foi observado que em todas as unidades de Saúde da Família estudadas, todos os profissionais da equipe de Saúde da Família realizam o acolhimento, mas apenas o enfermeiro é o responsável em classificar o risco.

Os relatos obtidos nas entrevistas evidenciaram que somente os enfermeiros ficaram responsáveis pela classificação de risco, gerando excesso de atividades em sua jornada de trabalho, além de considerar esta classificação como sinônimo de atividade burocrática na

Saúde da Família. Durante a observação, foi nitidamente notado que o acolhimento com a classificação de risco se transforma em um “procedimento mecânico”, de forma que a adoção do TRIUS® burocratiza o ato de acolher, onde o enfermeiro é privado de trabalhar com orientações de promoção e prevenção à saúde.

“...acabou só pro enfermeiro mexer com isso, só aumentou mais uma burocracia pra gente fazer, e as coisas que eu realmente tenho que fazer, fica tudo a desejar.”(E13)

“...pra atenção primária não tem muita utilidade, porque é algo burocrático que veio pra sobrecarregar o serviço do enfermeiro.”(E12)

“...deveria ter um enfermeiro responsável apenas por essa triagem, assim não sobrecarregaria o meu trabalho e eu poderia continuar com a rotina de trabalho normalmente.”(E9)

O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010) destaca que todos os níveis de atenção deveriam utilizar a classificação de risco como forma de agilizar e organizar a demanda, e que qualquer profissional de nível superior pode realizar esta triagem, desde que esteja apto para tal prática.

Nota-se o desafio enfrentado diariamente pelo enfermeiro da equipe de Saúde da Família. Durante a observação, revelou-se a sobrecarga de trabalho assistencial e burocrático vivido por este profissional. O enfermeiro precisa atingir metas mensais exigidas pelo Governo Estadual, influenciando na qualidade do trabalho prestado.

“...tive que bloquear a minha agenda, pois eu não consigo dar o apoio no acolhimento e atender consultório, e entregar resultado de exame, e fazer SISPRENATAL que demora pra fazer.” (E5)

No estudo de Moreira (2014), verificou-se que a assistência prestada pelo enfermeiro ficou prejudicada após a implantação da classificação de risco nas ESF, afetando diretamente em suas atribuições específicas dentro deste nível assistencial, refletindo na necessidade de reavaliar este processo de acolhimento para que não haja comprometimento nos princípios que regem a Atenção Primária à Saúde.

No entanto, ao serem questionados quantos aos fatores facilitadores à inserção do Acolhimento com Classificação de Risco, apenas um ponto foi destacado: o respaldo profissional. Os enfermeiros explicam que quando o paciente relata uma queixa, o enfermeiro

tem como comprovar a ordem de atendimento de acordo com a prioridade ou não fornecida pelo sistema.

“... facilita o nosso serviço porque a gente fica respaldado quando um paciente pede pra ser atendido naquela hora, sendo que ele pode esperar.”(E9)

“...aquele paciente que não precisa ser atendido naquela hora, eu tenho um instrumento para mostrar pra ele que ele pode esperar.” (E2)

Na observação, pode-se notar que o enfermeiro ao abordar a queixa do paciente, os dados são digitados no TRIUS®, e que ao finalizar o acolhimento quando o caso é classificado, o enfermeiro se respalda legalmente, por possuir um documento que comprove o estabelecimento da prioridade do paciente.

“... o computador [TRIOUS®] nos fornecer dados para que a gente trabalhe com mais tranquilidade e respaldo, e pro paciente também.”(E3)

“... ele [TRIOUS®] vai definir melhor o fluxo e vai trazer uma seguridade maior tanto pro profissional quanto pro cliente mesmo.”(E16)

De acordo com o estudo realizado por Lopes et al. (2011), o protocolo de Manchester oferece ao enfermeiro um respaldo legal através de sua aplicação durante o acolhimento, devido a menor interferência tanto do profissional quanto do paciente no procedimento, dando ao enfermeiro as melhores opções para a tomada de decisão precisa.

Bittencourt et al. (2009) ressaltam que o Acolhimento com Classificação de Risco, além de proporcionar agilidade no atendimento, oferece ao profissional responsável por este procedimento o respaldo legal ao identificar a situação de urgência que precisa ser priorizada ou não.

6.2.3 Reorganização da fila de espera

Esta terceira subcategoria foi elaborada na intenção de expor através dos depoimentos a única mudança relevante percebida pelos enfermeiros após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no nível primário à saúde. Para atingir este objetivo, foram feitas as seguintes perguntas na entrevista: Você acredita que melhorou ou piorou as filas de espera

e por quê? Você notou alguma mudança na sua rotina de trabalho ou na rotina desta unidade, após a implantação do Protocolo de Manchester? Se sim, quais?

Diferente do que ocorre no nível de Urgência e Emergência, em que há apenas o contato dos profissionais com a demanda espontânea, a Estratégia de Saúde da Família além de prestar assistência a todo aquele que necessita de atendimento imediato, recebe diariamente aqueles pacientes que já foram acolhidos em algum momento pelo profissional da equipe de Saúde da Família, sendo agendados em datas pré-estabelecidas para acompanhamento de sua saúde, chamados de demanda programada. Sendo assim, o número de vagas para atendimento, tanto médico quanto de enfermagem, é dividido entre estas duas demandas.

Segundo Felisbino (2006), devido às dificuldades de atendimentos, os serviços de saúde trabalham com a demanda reprimida ou aglomerações de pacientes, mas verifica-se a diminuição desta demanda reprimida a partir do momento que são identificados os problemas coletivos e colocado em prática um trabalho eficiente voltado à comunidade, visando realizar a promoção, proteção e recuperação da saúde específicos para cada necessidade local.

Por meio dos relatos dos participantes deste estudo e da observação, fica evidente a mudança no critério de agendamento da demanda espontânea. Antes da consolidação do Protocolo de Manchester nas Estratégias de Saúde da Família do município estudado, a agenda para consultas médicas era dividida da seguinte forma: quatro vagas reservadas para urgência e oito vagas disponíveis para demanda espontânea de casos não urgentes, para as consultas (pré-natal, puericultura, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do idoso, retorno para resultado de exames) e para as atividades programadas (grupo educativo, assistência domiciliar) de acordo com o cronograma mensal do médico e do enfermeiro. Deste modo, os pacientes aguardavam por atendimento antes mesmo do início do horário de funcionamento da unidade de saúde, a fim de garantir sua vaga de acordo com a ordem de chegada.

“Melhorou consideravelmente nas demandas espontâneas, porque o paciente vem e já é atendido, não tem que ficar esperando. Ele num volta pra casa sem uma resposta. Antes eu tinha a fila que o povo vinha de madrugada e às vezes era uma quantidade de vaga limite, ai marcava aqueles e o restante ia embora reclamando.” (E7)

“Era estipulado dez vagas por dia, dai as pessoas chegavam muito cedo. Hoje eu acolho e a consulta já é agendada pra hoje mesmo. Melhorou demais nesse sentido.” (E11)

Para Souza (2008), para melhor organizar o fluxo e o agendamento dos pacientes e garantir um atendimento resolutivo, a classificação de risco é utilizada a todos aqueles que procuram uma unidade de saúde em situações de queixa aguda ou crônica agudizada.

Segundo Silva (2013), o Acolhimento com Classificação de Risco fornece uma assistência ao usuário conforme a sua gravidade de seu estado de saúde, tornando-se uma alternativa para o enfermeiro para organizar os agendamentos e as demandas.

De acordo com Brasil (2004), para que haja a organização do fluxo da demanda, é necessário que os serviços de saúde ofereçam assistência integral, tanto médica quanto de enfermagem, como rotina de trabalho. Isso contribui para a minimização da demanda reprimida e para a consolidação de um processo de trabalho com qualidade e resolutivo.

No momento que o Protocolo de Manchester foi introduzido nas práticas de acolhimento nas Estratégias de Saúde da Família de Patos de Minas/MG, houve uma reestruturação no critério para marcação de consultas e disponibilidade de vagas para as demandas espontâneas. O profissional passa a classificar cada usuário de acordo com sua condição clínica, estabelecendo a ordem de prioridades, excluindo o processo de atendimento por ordem de chegada. Desde modo, os enfermeiros citam o sentimento de satisfação da população perante a esta mudança.

“Foi muito bom pra gente, porque o enfermeiro vinha e marcava a consulta e agendava de acordo com a disponibilidade da vaga. Hoje não, ele marca e prioriza de acordo com a queixa e a necessidade do paciente, e o paciente já é atendido ali, na hora, e sai satisfeito.”(E17)

“...eu classifico assim que o paciente chega. Num tem que ficar criando fila, criando agenda pra demanda espontânea. E eu achei que a população tá mais satisfeita.”(E8)

“Hoje já não tem mais aquela fila que ficava reclamando pra gente o dia todo, e nem a demanda reprimida. Então melhorou bastante pra equipe e pra eles. Tem paciente que até elogia a gente”(E15)

“... você classifica o paciente, você vê o que é urgente e o que não é urgente para dar prioridade ou não ao atendimento, não tem aquela coisa: “Cheguei primeiro”, ou por ordem de chegada. Isso ajuda no andamento do serviço, e o atendimento fica mais humanizado.”(E20)

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a classificação de risco é um processo dinâmico direcionado a organização da demanda espontânea baseado no grau de necessidade,

principalmente nos casos de urgência e emergência, além de ser um instrumento regulador na organização da demanda programada, ambos os casos geradores de fluxo na agenda.

Moreira (2014) destaca em seu estudo que a Estratégia de Saúde da Família não pode ficar configurada à um serviço preferencialmente para atendimento de quadros agudos, deixando a demanda programada apenas para a assistência e atendimento de acordo com o tempo ou vaga disponíveis.

Segundo Campos (2007), a Estratégia de Saúde da Família deve resolver cerca de 90 a 95% dos problemas dos usuários que procuram este setor. Deve garantir a resolutividade destes casos e oferecer estratégias que garantam um atendimento humanizado. Deste modo, a classificação de risco foi implantada no intuito de servir como alternativa de organização do fluxo das demandas.

As mudanças no critério de agendamento também ocorreram para a demanda programada. Os entrevistados denotam as adaptações ocorridas na quantidade de vagas disponíveis para esta população que não necessita de classificação de risco, por se tratar de pacientes que já foram atendidos anteriormente pelo profissional da atenção primária e que retornam à unidade de saúde para o acompanhamento de seu tratamento ou condição clínica.

Na opinião expressa pelos enfermeiros, a mudança no critério de agendamento interferiu diretamente na diminuição e organização da fila de espera, levando ao atendimento humanizado.

“Eu só diminuí as vagas, por exemplo, se eu atendia nove citologias, agora passou pra seis, pra não ter atraso no atendimento. O mesmo aconteceu na agenda do médico. Mas melhorou demais.”(E19)

“...apenas fiz umas adaptações para as consultas agendadas, a maioria pedi pra agendar à tarde, as visitas domiciliares eu marco pra tarde também. Porque os paciente procuram mais na parte da manhã. E eles se adaptam a minha forma de trabalhar e eu me adapto às necessidades deles.”(E9)

“...a gente consegue atender todo mundo desse jeito. Quem não é urgente, você pode marcar mais pra frente, assim sobra mais vaga pra quem tá precisando da consulta pra agora e todo mundo fica feliz.” (E17)

A demanda programada é definida por Friedrich (2006) “como toda demanda gerada de uma ação prévia à consulta, pautada em ações preventivas”, dando origem ao agendamento programado, considerado um importante instrumento na Atenção Primária.

Para Velloso (2012), a classificação de risco na Atenção Primária auxilia na organização da agenda programada, considerando os casos classificados com a cor azul ou

verde na triagem de Manchester como demanda programada, podendo ser atendido em outro turno, de acordo com a quantidade da demanda espontânea do dia, evitando surgimento de filas desnecessárias.

Um dado importante é mencionado no estudo de Gomes (2013), referente à contrariedade das regras estabelecidas pelo Protocolo de Manchester. De acordo com o protocolo, todo e qualquer paciente que for classificado como azul ou verde são considerados como não urgentes, devendo receber atendimento em até 240 minutos. Contrariando com a realidade observada durante a classificação de risco realizada pelos enfermeiros desta pesquisa. Ao ser classificado como azul ou verde, estes pacientes são agendados de acordo com a disponibilidade de vaga para o dia ou para a semana, descumprindo com o regimento imposto pelo protocolo.

As unidades de registro e os dados da observação encontrados evidenciaram a necessidade de readaptar o Acolhimento com Classificação de Risco para a realidade da Atenção Primária à Saúde. Destacam a falta de supervisão por parte da coordenação da Atenção Primária, que implica na insegurança e no desinteresse do profissional em dar continuidade em toda a capacitação fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

Ênfase merece ser dada ao melhoramento no critério de agendamento, que possibilite a redução das filas de espera e a organização das demandas, resultando na satisfação tanto do profissional quanto da população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa, pôde-se compreender a percepção do Acolhimento com Classificação de Risco sob a visão dos enfermeiros inseridos na equipe de Saúde da Família. Ao analisar esta percepção, foi possível perceber que os enfermeiros não percebem a real utilidade do Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde, devido ao sistema computadorizado ter sido criado inicialmente para o nível de Urgência e Emergência, a fim de reduzir as filas de espera e agilizar o atendimento priorizando os casos necessários. Diante desta óptica, os profissionais expuseram seus pontos de vistas acerca das mudanças ocorridas após a implantação da classificação de risco e os fatores facilitadores e dificultadores observados pelos profissionais à consolidação do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família.

Os objetivos deste estudo foram alcançados através da observação não-participante complementada pela entrevista em profundidade com todos os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família que utilizam o Protocolo de Manchester em suas práticas de acolhimento. Estes métodos proporcionaram à pesquisadora, não apenas a opinião dos enfermeiros perante a classificação de risco, mas também o modo como eles lidam diariamente com este novo modo de acolher, através do contato direto da pesquisadora com o processo de trabalho destes profissionais.

A análise dos dados permitiu identificar as adequações no sistema que precisam ser repensadas para oferecer um acolhimento com eficácia e garantir as regras estabelecidas pelo próprio Protocolo de Manchester.

Os depoimentos que abordam as percepções referentes à inviabilidade da classificação de risco na Atenção Primária à Saúde, dão destaque ao cotidiano das práticas vivenciadas pela equipe de saúde da família frisando quanto ao número mínimo de casos de urgências comparados com os pronto-atendimentos. Foi realçado também pelos enfermeiros sobre importância do Protocolo de Manchester no nível secundário de saúde, em relação priorização dos casos na fila de espera.

Sobre o Protocolo de Manchester, os profissionais elucidaram que o sistema operacional ALERT® é inapropriado para muitas queixas referidas durante o acolhimento. O Protocolo de Manchester computadorizado possui discriminadores pré-estabelecidos para classificar queixas físicas, de modo que os enfermeiros enfatizam que na Estratégia de Saúde da Família há uma demanda que procura a unidade de saúde por motivos psicossociais, e que diante de

tal situação os enfermeiros sentem-se inseguros e indecisos em prosseguir com a classificação de risco.

Perante a realização desta pesquisa, foi possível perceber que o Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família traz benefícios em alguns pontos, porém é ineficaz em outros, englobando a realidade vivida pelos enfermeiros inseridos neste nível de saúde. É fundamental que se discuta as adequações e adaptações do Protocolo de Manchester no acolhimento diário realizado pelo enfermeiro, tendo em vista à aplicabilidade do sistema operacional ALERT® em todas as vertentes do ser humano, considerado um ser biopsicossocial, e não apenas físico. Adaptações estas que condizem com os princípios propostos pela Estratégia de Saúde da Família, e não apenas na assistência momentânea focada na queixa-conduta.

Conforme esperado, a falta de conhecimento dos enfermeiros perante o modo como a classificação de risco deveria ser realizada, foi observado no desenvolvimento do acolhimento diário destes profissionais, que reconhecem o despreparo dos enfermeiros diante da prática do Acolhimento com Classificação de Risco. Esse resultado é referido pelos enfermeiros à falta de supervisão da Secretaria de Saúde, além da ausência da educação continuada sobre este tema.

Cabe destacar que a estrutura física interfere diretamente na qualidade do acolhimento, e a falta de recursos materiais e humanos para o atendimento gera o pensamento de privação para a resolutividade dos casos, assim como também foi evidenciado a respeito da carga horária do profissional médico, oriunda do período de funcionamento deste nível de atenção à saúde. Podemos ressaltar que a ausência de algum profissional da equipe de saúde da família no processo de trabalho prejudica a assistência ofertada, além de minimizar o vínculo entre profissional e usuário. É necessário salientar que para que o acolhimento com classificação de risco seja eficiente, o dinamismo entre profissional e paciente deve ser preservado e o vínculo fortalecido durante os trabalhos em saúde realizados pela a equipe multiprofissional da Saúde da Família. Foi assinalado pelos enfermeiros que a classificação de risco torna-se desnecessária quando não há a presença do médico para dar assistência aos casos de atendimento imediato.

A prática do Acolhimento com Classificação de Risco pode ser realizada por qualquer profissional com ensino superior e que esteja habilitado para realizar este novo modo de acolher. Diante desse cenário, o enfermeiro tornou-se o único responsável pela classificação de risco, o que gera sobrecarga de atividades em sua jornada de trabalho. Junto a isso, o enfermeiro aponta a classificação de risco como um procedimento burocrático, ao se fazer um

acolhimento diante de um computador com questões pré-determinadas. Essas duas situações, sobrecarga de trabalho e burocratização da assistência desfavorecem as atribuições específicas deste profissional dentro da Estratégia de Saúde da Família, refletida qualidade da assistência prejudicada.

Em suma, os enfermeiros reconhecem que apesar dessas dificuldades, a classificação de risco torna-se um instrumento de respaldo diante das situações de queixa entre os usuários, ao priorizar ou não o atendimento do paciente de acordo com sua condição clínica, apontado como um fator facilitador à sua inserção na Estratégia de Saúde da Família. Esse respaldo é referido pelo enfermeiro como um documento comprobatório diante da classificação referida ao paciente.

As mudanças no critério de agendamento foram consideradas favoráveis após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco. Os enfermeiros reconhecem as melhorias ocorridas na organização referente à fila de espera, fato esse que intervém na qualidade do atendimento, na agilidade da resolução dos casos urgentes e também na satisfação da população.

A classificação de risco é apontada como um instrumento de organização, principalmente para aquelas unidades de Saúde da Família em que a quantidade de consultas ofertadas é inferior à demanda do dia. Com isto, o enfermeiro considera que o atendimento realizado pelo critério de prioridade e não pela ordem de chegada torna a assistência mais humanizada.

Os enfermeiros também ressaltam as mudanças ocorridas no agendamento para a demanda programada. Eles destacam que com a diminuição do agendamento programado, o atendimento à demanda espontânea torna-se facilitado oriundo do aumento da disponibilidade das vagas na agenda médica e de enfermagem.

É importante salientar que, como limitações desta pesquisa, ainda há poucos estudos sobre a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco baseado no Protocolo de Manchester na Estratégia de Saúde da Família. Outra limitação que se pode apontar é referente às observações, pois mesmo não ocorrendo a participação direta do pesquisador no processo de trabalho do enfermeiro durante o acolhimento, é sabido que tal método pode causar, ao observado, sentimento de julgamento levando a atitudes não condizentes com sua realidade.

Concluindo, para otimizar as práticas de acolhimento, manter a organização e a redução nas filas de espera e reestruturar a divisão de atribuições dos profissionais diante da classificação de risco, é necessário repensar e investir em tecnologias aplicáveis e viáveis à

realidade da Atenção Primária à Saúde e nos outros níveis de atenção à saúde como objetivo de fortalecer o vínculo profissional – usuário no intuito de promover o atendimento humanizado, reforçado pela Política Nacional de Humanização. É preciso também, que as Secretarias Municipais de Saúde repensem em estratégias que valorizem e estimulem o interesse dos enfermeiros, a fim de destacar sua valorização e importância dentro da equipe de Saúde da Família e como corresponsável e um dos protagonistas do ato de acolher.

REFERÊNCIAS

- ADLER, P.A.; ADLER, P. Observation Techniques. In: _____ **Collecting and Interpreting Qualitative Materials**. London: SAGE. 1998. p. 79-110.
- ALBINO, R.M., GROSSEMAN, S., RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *ACM arq. Catarin. med.* 2007;36(4)
- ALVES, J. G. **Emergências clínicas**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2007.
- ARAÚJO, M.F.S.; OLIVEIRA, F.M.C. A atuação dos enfermeiros da equipe de saúde da família e a satisfação profissional. *CAOS – Ver. Eletrônica de Ciências Sociais*, Paraíba, n.14, 2009.
- ARCHANJO, J.V.L., BARROS, M.E.B. **Política Nacional de Humanização: desafios de se construir uma “Política Dispositivo”**. Espírito Santo: UFES, s/d.
- AROUCA, S. Reforma Sanitária. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Disponível em: <http://bvसारouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05_p.htm>. Acesso em: 17 fev. 2013.
- AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines on the Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments**. [Citado em 2009 abr. 12]. Disponível em: <http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation_ATS.pdf>
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.
- BECK, C. L. C; MINUZI, D. O. **Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica**. *Saúde Santa Maria, Santa Maria*, v. 34a, n. 1-2, 2008.
- BEVERIDGE, R., CLARKE, B., JANES, L., SAVAGE, N., THOMPSON, J., DODD, G., MURRAY, M., JORDAN, C. N., WARREN, D., VADEBONCOEUR, A. **Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines**. *Can J Emerg Med.* 1999. Disponível em: <<http://www.caep.ca/template.asp?id=b795164082374289bbd9c1c2bf4b8d32#guidelines>>
- BITTENCOURT, R.J., HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(7):1439-54.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, 2003. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de saúde pública: a visão da FUNASA.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. 232 p.

_____. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. Brasília, 2008. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2 ed., 5 reimp., Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 20 outubro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Recomendações para a organização do processo de trabalho no nível local.** Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2014.

BOGDAN, R.; E BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação.** Porto: Editora Porto, 1997.

CAÇADOR, B. S. **Configuração identitária do enfermeiro na estratégia de saúde da família.** 2012. 180 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-310, 2007.

CARMO, H., FERREIRA, M. M. **Metodologia da investigação: guia para a auto – aprendizagem.** Lisboa, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico nº10**, de 22 de fevereiro de 2007. Belo Horizonte (MG): Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais; 2007.

COULON, A. **Etnometodologia.** Tradução de Ephraim Ferreira Alves. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 89.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEBUS, M. (1994). **Manual para Excelencia en la Investigación Mediante Grupos Focales**. Washington: Health Com Agency for Internacional Development.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: ____ **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

FALK, M.L.R. et al. Acolhimento como dispositivo de Humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n.1, 2010.

FELISBINO, J. E.; NUNES, E. P. **Saúde da família: planejando e programando a saúde nos municípios**. Tubarão: Editora Unisul, 2004.

FELISBINO, J. E.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Planejamento e gerência de serviços em saúde da família. Curso de Especialização em Saúde Coletiva e da família. Palhoça: Unisul Virtual, 2006.

FELIX, L. G.; SILVEIRA, M. F. A. **Como os usuários percebem a prática do Acolhimento no Programa da Saúde da Família**. 2004. Disponível em: <<http://200.222.60.171/PDF/como%20os%20usuarios%20percebem%20a%20pratica.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

FIGUEREIDO, N. M. A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. 528p.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. **A Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo: Manual de enfermagem**. 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun., 1999.

GARFINKEL, Harold. **Studies in Ethnomethodology**. Cambridge England: Polity Press, 1984.

GERDTZ, M.; BUCKNALL, T. Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. *Aust J Adv Nurs*. v. 18, n. 1. 2000. p. 24-33.

GILBOY, N. et al. **Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. 114 p.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa; 1997. 199 p.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, agosto, 2005.

GRUCHOUSKEI, F.; ALVES, L.; SCANDELAR, V. **Acolhimento com classificação de risco - um novo modelo para a assistência**. 2011. Disponível em: <http://www.programaproficiencia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id>

=326:acolhimento-com-classificacao-de-risco-um-novo-modelo-para-a-assistencia&catid=39:blog&Itemid=65>. Acesso em: 28 fev. 2013.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Manchester Triage Group. 2010.

GUESSER, A.H. A etnometodologia e a análise da conversação e da fala. **Ver. Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**. v 1. n.1, 2003.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ed. Editora Atlas: São Paulo, 2008.

HAGUETTE, Maria Teresa Frota. A Etnometodologia. In **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HAMMAD, V. M. **A importância do acolhimento como prática no atendimento dos serviços de saúde**. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2010.

HERITAGE, J. C. Etnometodologia. In GIDDENS, Anthony e TURNER, Jonathan (org.). **Teoria Social Hoje**. Tradução Gilson César Cardoso de Sousa. 1a reimpressão, São Paulo: UNESP, 1999.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística**. Minas Gerais-Patos de Minas.

JEREMIAS, T. **Da política das pulgas (e dos investimentos no protocolo de manchester)**. 2011. Disponível em: <<http://vastissimomundo.blogspot.com.br/2011/02/da-politica-das-pulgas-dos.html?showComment=1410446301261#c3769903932935986087>>. Data de acesso: 12 de junho de 2013.

JUNIOR, W.C. Acolhimento com Classificação de Risco como linguagem da Rede de Urgência e Emergência. **RAHIS –Ver. Adm. Hospitalar e Inovação em Saúde: Mnas Gerais**, 2009.

JUNIOR, W. C.; MAFRA, A. A. **Sistema Manchester de Classificação de Risco. Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, Belo Horizonte, versão brasileira, set. 2010.

JUNIOR, J.A.B.; MATSUDA, L.M. Implantação do sistema de acolhimento com Classificação e Avaliação de risco e o uso do fluxograma analisador. **Rev. Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 21, n.1, jan./mar. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

LAVIERI, C. M. **O Programa da Saúde na Busca da Humanização e da Ética na Atenção à Saúde**. 2 ed. p. 7-9. 2002.

LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton; 1985.

LIMA, F. L. T. **A rotatividade dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família**. 2012. 85f. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012.

LOPES, J.B.; KARL, I.S. Enfermagem na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa. **LUME – Repositório digital**: Rio Grande do Sul, 2011.

LOZANO, J. R. **De las funciones y tareas propias de los diplomados de enfermería en la recepción, acogida y clasificación de los pacientes en el área de urgencias**. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias (SEEUE), 1999. Disponível em <<http://www.saludycuidados.net/>>

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 780-8, 2013.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo. **EDUC/Moraes**, 1989.

MATIAS, C., OLIVEIRA, R., DUARTE, R., *et al.* The Manchester Triage System in acute coronary syndromes. **Rev Port Cardiol**. 2008; 27(2):205-16.

MENDES, N.M.; PORTELA, R.; MENEZES, C.P. Fortalecimento da atenção Básica no Ceará. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00196.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; (Saúde em Debate, 145), 2002.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes; 1994. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012053072014000100009&script=sci_arttext&tlng=pt>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Programas e Ações de governo. Redes Regionais de Atenção as Urgências e Emergências**. 2011. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/redes-regionais-de-atencao-asurgencias-e-emergencias>.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS. Brasília, jan., 2004. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Série B – Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Série B – Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Cadernos humanizaSUS. Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 2, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. In: Cadernos de Atenção Básica, v. II, p. 15-23, 2012.

MOREIRA, D.A. **Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde**: visão de profissionais, usuários e gestores. Belo Horizonte, 2014.

MOTA, R.A., MARTINS, C.G.M., VERAS, R.M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicol Estudo**. 2006; 11(2) 232-330.

OLIVEIRA, L.M.L., TUNINI, A.S.M., SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista APS**, v.11, n.4, 2008.

OLIVEIRA, D. P. R. **Administração de processos**: conceitos, metodologia, práticas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v. 4, n. 2, out/dez. 2010. Disponível em: <http://www.faeso.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2010/atendimento_urgencia.pdf>

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. de Enf.** v. 66 (esp), p. 158-64, 2013.

O'REILLY, M.; PARKER, N. Unsatisfactory Saturation: a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. **Qualitative Research**. v.13, n. 2. 2012. p. 190-197.

PAIDÉIA. **Projeto Paidéia de Saúde da Família**. Campinas, Maio 2002. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

PATTON, M. Q. Qualitative evaluation methods. London: **Sage Publications**, 1980.

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

POLIT, D.F., HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

RIBEIRO, Y.C.N.M.B. Acolhimento com Classificação de Risco: experiência de um Hospital Público com expressão da Gestão Participativa. In:_____ **Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. Sigma: Belo Horizonte. 2008. p. 269-287.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

RODRIGUES, P.H.H. **Acolhimento com Classificação de Risco no SUS: Inserção de protocolos ou mudança de postura?**. Porto Alegre: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, 2013.

ROSSMAN, G. B.; RALLIS, S. F. Learning in the field: introduction to qualitative research. **Thousand Oaks**, CA: Sage, 1998.

SÁ, R. **PSFs terão Protocolo de Manchester**. Entenda o que é. 2011. Disponível em: <<http://www.gxp.com.br/2011/05/10/psfs-terao-protocolo-de-manchester-entenda-o-que-e/>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.10, n. 1, 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de Risco em emergências- um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17. 2011. Disponível em:<<http://revista.portalcofen.gov.br>> Acesso em: 12 mar. 2012.

SILVA, J. M. B. **A gestão do fluxo assistencial regulado no Sistema Único de Saúde**. [2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24560&janela=2>. Acesso em: 6 maio 2013.

SILVEIRA, M. F. A. et al. **Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde**. São Paulo, p.71-77, 2003.

SIMPIONATO, Érica. **A Enfermagem Familiar na Promoção da Saúde de Famílias de Crianças com Insuficiência Renal Crônica**. 2005 Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p.493-503, out./dez., 2005.

SOARES, E., AGUIAR, B.G.C. Diagnóstico das condições de realização da triagem em pronto-socorro: Proposta de um modelo alternativo. **O Mundo da Saúde**. 1995; 19(1):34-40.

SOUZA, E. C. F. *et al.* **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, Suplemento 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, C.C. Grau de concordância de Classificação de Risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos. **Dissertação em Enfermagem – Escola de Enfermagem**. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. 119 p.

SOUZA, C.C. et al. Classificação de risco em pronto – socorro: concordância entre protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. V. 19, n.1, jan/mar. 2011.

SPENCER, J. C. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation: issues of meaning, of context and of change. **Archives of physical Medicine an Rehabilitation**, v.74, p.119-126, 1993.

STAMFORD, A. Etnometodologia da Conciliação Judicial: uma análise do cotidiano forense. 2002. Disponível em: <<http://compedi.org/manaus/arquivos/anais>>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726p.

TRAVERS, D.A.; WALLER A.E.; BOWLING J.M.; FLOWERS D.; TINTINALLI J. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. **J Emerg Nurs**. 2002; p. 395–400.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ.: Editora Vozes, 2003.

ULHOA, M. L.; GARCIA, F. C.; LIMA, C. T.; SANTOS, D.S.; CASTRO, P.A.A. A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. **RGO – Revista Gestão organizacional**: Minas Gerais, v.3. jan/jun. 2010. p. 99-118.

VIANNA, H. M. **Pesquisa em educação: a observação**. Brasília: Plano Editora, 2003.

VALLES, M.S. **Técnicas Cualitativas de Investigación Social**: Reflexio metodológica y práctica profesional. Madrid: Ed. Sintesis Sociologia, 1997.

WETZEL, U. Transformação do contrato psicológico no contexto da privatização: estudo de casos. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.5, n. spe, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141565552001000500012&script=sci_arttext> Acesso em: 14 jan. 2013.

APÊNDICE A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA OBSERVAÇÃO

- 1- Organização da fila de espera
- 2- Informação para os usuários sobre o ACCR
- 3- Preparação da local para o procedimento
- 4- A comunicação do enfermeiro com o usuário
- 5- O instrumento para avaliar o grau de risco (Manual ou TRIUS®)
- 6- A decisão do enfermeiro ao definir o grau de risco do usuário
- 7- Comunicação do enfermeiro para o acompanhante do usuário
- 8- Reavaliação da classificação de risco
- 9- Encaminhamento do paciente pelo enfermeiro à consulta ou a outro nível de complexidade.

APÊNDICE B



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

1. Em sua opinião, o que significa Acolhimento com Classificação de Risco?
2. Você tem dificuldades para realizar o Acolhimento com Classificação de Risco? Quais são suas dificuldades?
3. Em sua opinião, seria necessária uma nova capacitação para os enfermeiros? Por quê?
4. Você acredita que melhorou ou piorou as filas de espera? Por quê?
5. Você notou alguma(s) mudança(s) na sua rotina de trabalho ou na rotina desta unidade de saúde, após a implantação do Protocolo de Manchester? Se sim, quais?
6. Em sua opinião, existem fatores que podem dificultar ou facilitar à consolidação do ACCR?
7. Como profissional de saúde, qual sua percepção a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco?

APÊNDICE C



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO ENFERMEIRO

Título do Projeto: **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, por ser enfermeiro da Equipe de Saúde da Família de Patos de Minas-MG. Os avanços na área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo principal deste estudo é de compreender a percepção do enfermeiro da equipe de saúde da família a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco e caso você participe, será necessário passar por uma observação feita pela pesquisadora no período de uma semana e ao final da semana será feita uma entrevista, na qual irá identificar o seu conhecimento, suas expectativas, os fatores facilitadores e dificultadores e as eventuais mudanças a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Patos de Minas,/...../2014.

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Enf(a) Lis Ribeiro de Oliveira
Pesquisador responsável

Prof(a) Dr(a) Ana Lúcia Assis Simões
Pesquisador orientador

Telefones de contato dos pesquisadores: (34) 3318- 5004 e (34)8865-9626

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (034) 3318-5776.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG

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

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Ana Lúcia de Assis Simões

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28297314.8.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 645.975

Data da Relatoria: 25/04/2014

Apresentação do Projeto:

Pertinente

Objetivo da Pesquisa:

Pertinente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pertinente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pertinente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pertinente

Recomendações:

Pertinente

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pertinente

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM

Bairro: 2º andar - Sala H

CEP: 38.025-180

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5854

Fax: (34)3318-5854

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 645.975

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acatou o parecer do relator.

UBERABA, 13 de Maio de 2014

Assinado por:
ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM
Bairro: 2º andar - Sala H **CEP:** 38.025-180
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3318-5854 **Fax:** (34)3318-5854 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br

ANEXO B**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa intitulado: “ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” será avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo infraestrutura necessária para garantir de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras Ana Lúcia de Assis Simões e Lis Ribeiro de Oliveira a realizarem o estudo com os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Patos de Minas/MG, a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco. A pesquisa será realizada na própria unidade de saúde, de acordo com a disponibilidade e interesse do enfermeiro da equipe da saúde da família, através da observação não-participante e da entrevista em profundidade seguindo um roteiro semiestruturado relacionado aos objetivos do estudo.

Atenciosamente,

Autorizo em 06/02 /2014.



 Dr. Dirceu Deocleciano Pacheco

Dirceu Deocleciano Pacheco
 Secretário Municipal de Saúde
 Matrícula 20.774

Secretário Municipal de Saúde – Patos de Minas/MG