

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Paulo Sérgio Pinto

**APLICAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER PELO
ENFERMEIRO: valores, conceitos e significados**

**Juiz de Fora
2015**

Paulo Sérgio Pinto

**APLICAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER PELO
ENFERMEIRO: valores, conceitos e significados**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves.

Juiz de Fora

2015

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pinto, Paulo Sérgio.
APLICAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER PELO ENFERMEIRO : valores, conceitos e significados / Paulo Sérgio Pinto. -- 2015.
96 f.

Orientador: Marcelo da Silva Alves
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Enfermagem em Emergência. 3. Triagem. I. da Silva Alves, Marcelo, orient. II. Título.

Paulo Sérgio Pinto

**APLICAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER PELO
ENFERMEIRO: valores, conceitos e significados**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em 11 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Maria José Menezes Brito
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Cristina Arreguy de Sena
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Regina Gema Santini Costenaro - Suplente
Centro Universitário Franciscano

Profa. Dra. Vânia Maria Freitas Bara - Suplente
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico este trabalho aos meus pais, Mariléa e José Carlos,
Capazes de uma generosidade incomum,
de um amor incondicional,
de uma compreensão de alma.
Amo vocês!!!*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente sou grato a Deus por me abençoar e ao Santo Expedito por sempre interceder por mim nos momentos mais difíceis e urgentes.

Às mulheres da minha vida, minha noiva Francine e minha filhinha Isabella, por sempre estarem ao meu lado, fortalecendo-me nos momentos mais difíceis, compartilhando sonhos comigo, fazendo-me um homem completo. Meus amores, minha família! Conseguimos!!!

Aos meus familiares por tornarem a minha vida mais plena e feliz.

Aos meus segundos pais, tio Quinca e tia Ciula, pelo amor e pela torcida.

À minha irmãzinha Jéssica e ao Paulo Ricardo por me acolherem com paciência e estarem sempre dispostos a me ouvir.

Ao meu irmão Rodrigo por revigorar o sentido da nossa família.

Ao meu irmão do coração que a vida me presenteou, Wagner, amigo e parceiro para todas as coisas da vida, e a sua generosa família. Serei sempre grato!

Aos amigos da Nefroclin e do SIASS por toda generosidade, compreensão e incentivo. Tenho certeza de que a conquista deste mestrado não seria possível sem vocês.

Aos amigos da turma do mestrado por compartilharmos momentos de desafios, aprendizado e conquistas e, em especial, à Candice pela parceria nessa trajetória.

À equipe da coordenação do mestrado e, em especial, à Profa. Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena e à Elisângela Trovato Nogueira de Almeida, por toda dedicação, carinho, presteza e competência em me acolher e colaborar para que o meu percurso no mestrado fosse tranquilo.

Aos professores doutores do Curso de Mestrado em Enfermagem: Anna Maria de Oliveira Salimena, Betânia Maria Fernandes, Cristina Arreguy de Sena, Denise Barbosa de Castro Friedrich, Edna Aparecida Barbosa de Castro, Geovana Brandão Santana Almeida, Girlene Alves da Silva, Marcelo da Silva Alves, Maria Carmen Simões Cardoso de Melo, Rosângela Maria Greco, Sônia Maria Dias e Zuleyce Maria Lessa Pacheco, agradeço os ensinamentos e por serem exemplos para que eu possa sempre buscar ressignificar minha vida profissional, almejando ser um enfermeiro que compreenda e vivencie a essência da nossa profissão, o cuidado de enfermagem.

Aos professores da banca examinadora: Profa. Dra. Vânia Maria Freitas Bara, Profa. Dra. Cristina Arreguy de Sena, Profa. Dra. Maria José Menezes Brito e Profa. Dra.

Regina Gema Santini Costenaro por todas as contribuições recebidas no curso da construção deste trabalho. Sinto-me muito honrado pela presença de vocês.

Aos enfermeiros que me receberam com todo desprendimento para contribuir com esta pesquisa.

Aos membros do Grupo de pesquisa Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem pelo aprendizado mútuo.

E, de forma muito mais que especial, ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves, por estar presente em minha trajetória acadêmica desde a graduação. Um exemplo no qual me espelho não só como profissional, mas como ser humano que vive os valores que expressa e é capaz de transparecê-los no seu dia a dia. Com toda a sua sabedoria, competência, carinho, generosidade, segurança e pela intenção de relativizar sempre, em busca da verdadeira compreensão das “pequenas grandes coisas do mundo”, tornou este sonho possível. Jamais deixarei de cultivar o sentimento de gratidão por tudo que me proporcionou. Obrigado por todos os ensinamentos, você é o verdadeiro educador.

RESUMO

Esta pesquisa objetivou compreender os valores e os conceitos relativos ao significado da aplicação do Sistema de Triagem de Manchester para o enfermeiro do serviço de urgência e emergência. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. O cenário da pesquisa foi uma Unidade de Pronto Atendimento da Zona da Mata Mineira, tida como referência macrorregional no atendimento de urgência e emergência aos usuários do Sistema Único de Saúde, a qual utiliza o Sistema de Triagem de Manchester como sistema de classificação de risco. A amostra dos participantes do estudo configurou-se como de seleção completa, numa população de oito enfermeiros, os oito aceitaram participar da pesquisa. Os dados da pesquisa foram colhidos por meio da entrevista semiestruturada e da técnica da observação participante. A partir das informações colhidas, ocorreu a análise temática dos dados, desta emergiram cinco categorias: valores atribuídos pelos enfermeiros ao Sistema de Triagem de Manchester no cotidiano: “Ajuda? Ajuda! Desde que ele seja realmente funcionante [...]”; conceitos conflitantes relativos ao Sistema de Triagem de Manchester: “Ah, doutor, prefiro não comentar isso aí”; concepções da enfermagem relativas à comunidade sobre o Sistema de Triagem de Manchester: “[...] Há mais desgaste com a população, porque eles acham que é a enfermagem que põe pra dentro [...]”; des-valores que prejudicam o cotidiano do enfermeiro na aplicação do Sistema de Triagem de Manchester: “[...] O protocolo tem suas falhas, eu acho que a gente tem que adaptar essas falhas”; Sistema de Triagem de Manchester: valores do treinamento e aplicação e relevância para a enfermagem. Os achados deste estudo permitiram compreender que o Sistema de Triagem de Manchester pode possibilitar ao enfermeiro na produção do cuidado integrar conhecimentos que conduzam a uma compreensão do atendimento para além das relações de causa e efeito pertinentes à condição clínica do usuário, desde que sejam realizadas de modo efetivo. Também permite ao enfermeiro adotar um agir que extrapola o modelo biomédico, apesar dos conflitos que podem ocorrer entre as categorias profissionais envolvidas. O estudo mostra que os enfermeiros participantes conhecem o que a comunidade pensa sobre este sistema de triagem e que o referido sistema precisa de adequações a situações diversas, com capacitação periódica dos profissionais para a aplicação. Apesar de a atividade de classificação de risco por meio do Sistema de Triagem de Manchester ser de incorporação recente nos Serviços de Urgência e Emergência, o enfermeiro tem demonstrado atributos indispensáveis à aplicação desta ferramenta de forma exitosa, galgando a conquista deste espaço de atuação importante dentro

da estrutura de saúde do país. Contudo esta conquista ainda pode ser ampliada pelos cursos de graduação em enfermagem com a inclusão da temática classificação de risco em suas grades curriculares. É preciso registrar que este estudo retratou um panorama local da temática sob a perspectiva apenas do enfermeiro, dessa forma, outros estudos precisam ser desenvolvidos em outros cenários e também sob a visão de outros profissionais e do próprio usuário.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Enfermagem em Emergência. Triage.

ABSTRACT

This research aimed to understand the values and the concepts relating to the meaning of the application of the Manchester Triage System for nurses of the emergency care service. It is a qualitative research. The research scenario was one Emergency Unit of the Zona da Mata Mineira, taken as macro-regional reference in urgent care and emergency users of the Unified Health System, which uses the Manchester Triage System as a risk classification system. The sample of the study participants was configured as a full selection of a population of eight nurses, eight agreed to participate. The survey data were collected through semi-structured interviews and participant observation technique. From the information collected, there was a thematic analysis of the data, this five categories emerged: values attributed by nurses to the Manchester Triage System on daily life: "Help? Help! Since it is actually functioning [...] "; conflicting concepts for the Manchester Triage System: "Oh, doctor, I'd rather not comment on that here"; conceptions of nursing for the community on the Manchester Triage System: "[...] There is more wear with the people, because they think it is the nurse who puts inside [...]"; des-values that harm the nurse's daily life in the application of the Manchester Triage System: "[...] The protocol has its flaws, I think we have to adapt these failures"; Manchester Triage System: values training and application and relevance for nursing. The findings of this study allowed us to understand that the Manchester Triage System can enable the nurse in the care production integrate knowledge leading to an understanding of care beyond the cause and effect relevant to the clinical condition of the user, provided they are carried out effectively. It also allows nurses to adopt an act that goes beyond the biomedical model, despite conflicts that can occur between the professional categories involved. The study shows that participating nurses know what the community thinks about this screening system and that this system needs adjustments to different situations, with periodic training of professionals for the application. Although the rating activity by the Manchester Triage System be of recent incorporation in Urgent and Emergency Services, the nurse has shown attributes indispensable for the application of this successful form tool, climbing the achievement of this important performance space inside the health structure of the country. However this achievement can be further expanded by the undergraduate nursing courses with the inclusion of the theme risk rating in their curricula. You must register this study portrayed a local overview of the topic from the perspective only of nurses, thus further studies need to be

developed in other settings and also in the view of other professionals and the users themselves.

Keywords: Nursing Care. Emergency Nursing. Triage.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Acolhimento com classificação de risco
ATS	Australasian Triage Scale
CTAS	Canadian Triage Acuity Scale
DE	Diagnóstico de enfermagem
ESI	Emergency Severity Index
GBACR	Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco
GTP	Grupo Português de Triagem
MTG	Manchester Triage Group
MTS	Manchester Triage System
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da assistência de enfermagem
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUE	Serviço de urgência e emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER E A ENFERMAGEM.....	16
2.2	CUIDADO DE ENFERMAGEM	22
2.3	CONCEITOS E VALORES	29
3	METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	33
3.1	TIPO DO ESTUDO.....	33
3.2	CENÁRIO	34
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
3.4	PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	35
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	36
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	37
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	39
4.1	VALORES ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NO COTIDIANO: “Ajuda? Ajuda! Desde que ele seja realmente funcionante [...]”	39
4.2	CONCEITOS CONFLITANTES RELATIVOS AO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER: “Ah, doutor, prefiro não comentar isso aí”	48
4.3	CONCEPÇÕES DA ENFERMAGEM RELATIVAS À COMUNIDADE SOBRE O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER: “[...] Há mais desgaste com a população, porque eles acham que é a enfermagem que põe pra dentro [...]”	59
4.4	DES-VALORES QUE PREJUDICAM O COTIDIANO DO ENFERMEIRO NA APLICAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER: “[...] O protocolo tem suas falhas, eu acho que a gente tem que adaptar essas falhas”	65
4.5	SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER: VALORES DO TREINAMENTO E APLICAÇÃO E RELEVÂNCIA PARA A ENFERMAGEM	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES	90
	ANEXOS	94

1 INTRODUÇÃO

O serviço de urgência e emergência (SUE) destaca-se como espaço de atenção à saúde, imprescindível no cenário mundial. No Brasil, a modificação do perfil epidemiológico da morbimortalidade evidenciada pelo predomínio das doenças cardiovasculares e o crescimento expressivo das causas externas, definidas por acidentes e violência urbana, principalmente nas áreas metropolitanas, culminam com novas demandas no pronto atendimento (DUNCAN et al., 2012; REICHENHEIM et al., 2011).

O envelhecimento populacional verificado no Brasil, conforme visualizado em sua pirâmide etária atual, na qual se destacam a diminuição da base, proveniente da redução da taxa de fecundidade, bem como da diminuição da mortalidade infantil, e o alargamento, principalmente do ápice, gerado pelo aumento do número de idosos no país, impactam diretamente o contexto da saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, c2015). Tais impactos conduzem para reflexos nos SUEs.

Essa realidade da saúde brasileira faz com que a demanda do SUE cresça no país e, como resultado, vivencia-se a superlotação do pronto atendimento, a qual é agravada por problemas organizacionais e estruturais, espaço físico inadequado, o que, entre outros fatores, faz deste um local com extrema dificuldade de organização do trabalho, podendo acarretar graves prejuízos aos usuários destes serviços (BRASIL, 2009). Ainda, corroborando com essa demanda aumentada nos SUEs, tem-se a atenção básica à saúde que não atingiu seus objetivos em sua plenitude e que soluciona, paliativamente, os problemas de saúde da população.

A operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde a um dos seus maiores desafios, no tangenciar da integralidade da saúde que propõe uma política assistencial que promova a continuidade das ações prestadas à população. Mediante o reconhecimento da redução da eficiência e das dificuldades para atender a população em suas reais necessidades, foi elaborada, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), em busca da atenção integral, equânime, com repercussão para a democratização da gestão e do controle social (BRASIL, 2004a).

Ciente da complexidade do SUE, bem como de sua importância e impacto para o cuidado hospitalar, o Ministério da Saúde definiu políticas específicas adicionais para a área, tais como a Portaria Ministerial n. 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), a Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003), regulamentadoras da Política Nacional de Atenção às Urgências, e a transformação da Política Nacional de Humanização (PNH) em Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em 2003, cujos

objetivos eram a inovação nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, além da efetivação do SUS, com os seus princípios em sua cultura de atendimento e nos modelos de atenção e gestão, tendo como metas as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, tornou-se necessária a ampliação do seu foco de ação também para os gestores de saúde (BRASIL, 2006).

Essa nova ordem política apresentou o acolhimento com classificação de risco (ACR) como estratégia para qualificar os SUEs, por meio de um cuidado horizontalizado, endossando os princípios do SUS e a valorização da rede de atenção à saúde (RAS). Nessa proposta, o usuário deveria entender que a porta de entrada na RAS é o nível primário e, quando necessário, faz-se o encaminhamento ao serviço secundário ou terciário de atenção à saúde, mantendo o pressuposto dos processos de referência e contrarreferência em saúde (BRASIL, 2009).

A implementação do ACR nos SUEs se justificou pelas dificuldades encontradas neste nível de atenção à saúde e em sua articulação com os demais níveis de assistência, ou seja, processo de trabalho fragmentado, superlotação, exclusão e desrespeito aos usuários no pronto atendimento, conflitos de poder, dentre outras. A classificação de risco com triagem do usuário é um processo dinâmico de ordenamento dos atendimentos, por meio da identificação de pessoas que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento (BRASIL, 2009).

O atendimento a este perfil de clientela deve ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, substituindo o atendimento por ordem de chegada por um modelo acolhedor que objetiva não só o alívio do sofrimento, mas, principalmente, o ato de salvar vidas. Nessa triagem, é vedada a dispensa do usuário do serviço antes que receba atendimento médico. Assim formaliza-se um fluxograma de gerenciamento de risco clínico, projetado para assegurar que sempre que a demanda superar os recursos existentes, estes deverão ser direcionados para as pessoas com potencial de risco de morte aumentado. Todavia, é válido ressaltar que a triagem com acolhimento inclui, não exclui, não se limita e tampouco se esgota na recepção (BRASIL, 2009).

A classificação de risco tem se configurado como uma proposta de reorganização do atendimento e o enfermeiro tem sido o profissional considerado mais adequado para executar esta atividade, em diversos países, dentre eles, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Portugal e Brasil (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; BRASIL, 2004b). Tal afirmativa se deve ao fato de que, na proposta da classificação de risco, é realizada uma avaliação da gravidade dos sinais e sintomas apresentados pelo usuário do SUE, determinando o tempo

máximo de espera para o atendimento médico de acordo com o sistema de triagem de risco adotado e não um diagnóstico médico. Na classificação de risco, esses sistemas de triagem são instrumentos que sistematizam a avaliação do enfermeiro, mas devem ter respaldo médico (BRASIL, 2009).

Entre os sistemas de triagem de risco empregados no mundo, destacam-se a escala norte-americana – *Emergency Severity Index* (ESI), a escala australiana – *Australasian Triage Scale* (ATS), o protocolo canadense – *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS) e o protocolo inglês – *Manchester Triage System* (MTS) – Sistema de Triagem de Manchester (STM) (CHRIST et al., 2010; PINTO JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012). Este último implementado no Reino Unido e em diversos outros países como Alemanha, Austrália, Holanda, Nova Zelândia, Canadá, Itália, Japão, Portugal, Espanha e Brasil (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O STM foi criado na cidade de Manchester, na Inglaterra, em 1997, e, em 2003, o Grupo Português de Triagem traduziu a sua segunda edição para a língua portuguesa. No Brasil, o STM é utilizado nos SUEs desde 2008, como parte de uma política pioneira de saúde do Estado de Minas Gerais, e atualmente é adotado também em outros 15 dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, c2013).

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco das pessoas que procuram os SUEs, devido à sua habilidade de escuta, avaliação e raciocínio clínico, tomada de decisão, registro e trabalho em equipe. Outro fator relevante é o conhecimento que possui do sistema de apoio da RAS para um efetivo e correto encaminhamento dos usuários, quando necessário (SOUZA, C. C. et al., 2011).

De acordo com a PNH, o enfermeiro deve ser o profissional responsável pelo ACR e, para tanto, ele necessita ser previamente capacitado para exercer essa função (BRASIL, 2009). A lei do exercício profissional da enfermagem também o respalda para realizar essa atividade, pois a consulta e prescrição de enfermagem são atividades privativas do enfermeiro, e a classificação de risco está inserida na consulta de enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2011; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2009).

No processo de classificação de risco, o trabalho do enfermeiro tem sido ressaltado como resultado do avanço de sua atuação, alicerçado nos seus saberes e práticas, bem como no espaço que ocupa na produção de cuidados e na organização do trabalho (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Na aplicação do STM, o enfermeiro, por meio de uma escuta qualificada, coleta os dados baseado na queixa principal apresentada pelo usuário, associada ao seu histórico de antecedentes mórbidos. Subsidiado por essa coleta dos dados e pelo exame físico do usuário, o enfermeiro realiza um raciocínio lógico, faz a tomada de decisão, o julgamento clínico das queixas e determina qual será a priorização do atendimento. Nesse processo, o enfermeiro norteia-se pelo STM para suporte e auxílio no processo de tomada de decisão na classificação do risco do usuário (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Vários estudos apontam que são fundamentais as tomadas de decisões precisas pelos enfermeiros que atuam na classificação do risco, pois, em decorrência desta ação, serão determinadas as pessoas que deverão ser encaminhadas imediatamente para o atendimento médico e aquelas que poderão aguardar. Dessa forma, a dinâmica do SUE é influenciada diretamente pela atuação deste profissional (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Nessa ótica, é necessário refletir sobre o cuidado inerente à prática do enfermeiro que atua na classificação de risco nos SUEs, distante de uma lógica reducionista, racional e descontextualizada, mas numa perspectiva humanística, ontológica e contextualizada com o cotidiano, próximo de onde este cuidado deve ser estabelecido e compreendido. Tais reflexões suscitaram a minha inquietação para o desenvolvimento deste estudo.

A justificativa para a realização desta pesquisa baseou-se na possibilidade de o enfermeiro compreender a sua prática, conhecer as suas habilidades e limitações, aliar as suas atuações às teorias, às questões éticas implicadas na garantia dos direitos dos pacientes, o que possibilita que ele imprima uma assistência de enfermagem humanizada e de qualidade na produção do cuidado, sendo esta a perspectiva de contribuição com o conhecimento que a presente investigação se propõe.

A partir do contexto desenhado até o momento, surgiu a questão norteadora que levou à construção deste estudo. Quais são os valores e os conceitos relativos ao significado da aplicação do Sistema de Triagem de Manchester para o enfermeiro que atua em um SUE?

Mediante este questionamento, defini como objetivo para esta pesquisa compreender os conceitos e valores relativos ao significado da aplicação do STM para este profissional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER E A ENFERMAGEM

Os SUEs são responsáveis pelo atendimento de pessoas em situações de urgência e emergência, caracterizadas como casos agudos e graves, que demandam recursos tecnológicos e humanos especializados, preparados para o seu atendimento e a sua recuperação (GARLET et al., 2009).

A fim de oferecer serviços de alta complexidade e diversidade para atender a demanda de pessoas com agravo agudo à saúde e garantir todas as manobras de sustentação à vida, com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado, são implementados os SUEs (BRASIL, 2006).

Contudo, a falta de acessibilidade a um serviço de saúde por grande parte da população contribui para condições inadequadas de vida e a superlotação dos SUEs. Esses serviços, dispostos para oferecer atendimento imediato, assumem o papel de porta de entrada da RAS. Assim, recebem usuários com demandas de urgência e emergência propriamente ditas, bem como usuários com quadros incompatíveis com esta condição clínica, desviados de outros níveis de assistência à saúde ou com urgências sociais. Tais situações, corroboradas pela escassez de leitos para internação na rede pública, bem como pela falta de resolubilidade dos serviços de saúde, refletem a estruturação insuficiente da RAS (ROSSETTI; GAIDZINSKI; FUGULIN, 2013; TOMBERG et al., 2013).

O SUS, no Brasil, é constituído por três níveis de atenção. A atenção primária é composta pelas unidades básicas de saúde tradicionais e unidades de saúde da família com enfoque na promoção e proteção da saúde. Os serviços de média complexidade e ambulatoriais especializados têm a finalidade de proporcionar tratamento precoce e minimizar agravos à saúde, sendo classificados como atenção secundária. A atenção terciária corresponde aos hospitais especializados de alta complexidade, responsáveis pelas ações de maior complexidade (PAIM et al., 2011). A resolubilidade do atendimento é resultado da integração dos três níveis de atenção e, se isto não ocorre, os serviços desvirtuam-se dos seus propósitos fundamentais.

Especificamente nos SUEs, a estratégia proposta pela PNH é o ACR. Ele surgiu com vistas a ampliar o acesso e reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento dos usuários dos SUEs (BRASIL, 2009).

Cabe mencionar que a PNH aponta ações para diminuir o risco de mortes evitáveis, extinguir as conhecidas “triagens por porteiro” ou profissional não qualificado, priorizar atendimentos não por ordem de chegada, mas sim considerando os critérios clínicos do indivíduo. O ACR nos SUEs se configura como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede (BRASIL, 2009).

O ACR, como diretriz operacional da PNH do Ministério da Saúde, tem por finalidade fundamental garantir a humanização da assistência nos serviços de saúde por meio dos seguintes aspectos: ampliar o acesso sem sobrecarregar a equipe e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, interagindo profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico, integrando-o ao trabalho da equipe; transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir; e identificar riscos e agravos, adequando-os à resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria (BRASIL, 2004b).

A classificação de risco proposta pela PNH, além de recomendar um atendimento que não se baseia na ordem de chegada ao serviço de saúde, é uma ferramenta com outros objetivos relevantes, como:

[...] garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. (BRASIL, 2009, p. 24-25).

A classificação de risco estruturada configura-se por meio de um protocolo direcionador válido, reproduzível e que permite a assistência aos usuários, balizada nos distintos níveis de priorização de atendimento, utilização do aparato tecnológico, corpo de profissionais e estrutura física adequados e de forma equânime (BRASIL, 2009).

Os sistemas de classificação de risco podem se distinguir por meio de alguns aspectos, entre eles: o profissional que executa a classificação de risco, a coexistência de outros protocolos associados, o quantitativo de categorias de urgência existentes, a presença ou ausência de algoritmos de triagem, além dos aspectos relativos ao ambiente, aos recursos e aos equipamentos presentes no contexto onde se aplicam e envolvem essa assistência ao usuário (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Na atualidade, os quatro sistemas de triagem estruturados mais utilizados no mundo são: a escala norte-americana – Emergency Severity Index (ESI), escala australiana – Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo canadense – Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) e o protocolo inglês – Manchester Triage System (MTS) (CHRIST et al., 2010; PINTO JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

A triagem de risco foi usada inicialmente pelos militares como método de apoio à guerra, com relatos da sua utilização desde as guerras napoleônicas. Esse processo consistia em identificar e avaliar, em um período curto de tempo, os soldados feridos, determinar os que demandavam atendimento médico urgente e priorizar o tratamento para recuperá-los o mais precoce possível para retornarem aos campos de batalha. O termo triagem vem do nome francês *triage* e remete à ação de escolher (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [20--]; MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Ao longo dos anos, o processo de triagem aperfeiçoou-se, mas sempre esteve associado às guerras ou às grandes catástrofes, e, até a década de 60, não era aplicado à população civil. A partir dos anos 60, nos Estados Unidos, notabilizou-se um acelerado processo de mudança das práticas médicas, com reflexos na demanda pelos SUEs, fato que induziu a necessidade de classificar os usuários destes serviços e identificar aqueles que precisavam de cuidado imediato. Desde então, a triagem de risco é um sistema implementado em vários serviços de saúde do mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança quando a necessidade de atendimento excede a capacidade (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [20--]; MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

No Brasil, alguns hospitais foram pioneiros na implantação de protocolos de classificação de risco, fundamentados em protocolos internacionais. A primeira referência data de 1993, do Hospital Municipal de Paulínia, que utilizou o protocolo canadense adaptado à realidade local (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [20--]).

Em Minas Gerais, através da Política de Organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do Estado, a Secretaria de Saúde assegurou parceria com o Grupo Português de Triagem para a implantação do STM para classificação de risco e configurou-se como estado pioneiro nesta utilização no cenário nacional (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O STM é um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado para gerenciar o fluxo de usuários com segurança, administrando a demora dos atendimentos e priorizando as pessoas mais graves. De forma semelhante aos outros sistemas de classificação de risco, o STM é constituído por cinco categorias ou níveis. Para cada categoria é conferido um número, uma cor, um nome e o tempo-alvo máximo admissível até o primeiro atendimento médico (Quadro 1).

Quadro 1 – Nível, cor, classificação e tempo-alvo máximo de atendimento definidos pelo Sistema de Triagem de Manchester

NÍVEL	COR	CLASSIFICAÇÃO	TEMPO-ALVO MÁXIMO
1	VERMELHO	EMERGENTE	IMEDIATO
2	LARANJA	MUITO URGENTE	10 MINUTOS
3	AMARELO	URGENTE	60 MINUTOS
4	VERDE	POUCO URGENTE	120 MINUTOS
5	AZUL	NÃO URGENTE	240 MINUTOS

Fonte: O autor. Elaborado para fins deste estudo.

Como já exposto, o STM não deve fornecer um diagnóstico médico, mas sim, uma prioridade clínica. Dessa forma, para cada prioridade clínica, há sinais e sintomas que a distinguem por meio dos respectivos discriminadores que compõem o STM. Os discriminadores dispostos na forma de fluxogramas direcionam a avaliação a partir da queixa principal apresentada pelo usuário no momento de seu atendimento (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O STM é constituído de 52 fluxogramas para os diferentes problemas apresentados, sendo sete específicos para crianças e dois para catástrofes. A primeira versão do STM foi concebida em 1997 e conta com revisões posteriores (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [20--]).

De acordo com as autoras C. C. Souza, Araújo e Chianca (2015), por se tratar de um tema de caráter recente no contexto nacional, no Brasil, “ainda existem poucos estudos direcionados à avaliação da validade e confiabilidade de protocolos direcionadores para determinar o grau de risco de pacientes em serviços de urgência, em especial do MTS” (SOUZA, C. C.; ARAÚJO; CHIANCA, 2015, p. 145).

Embora os estudos que tratam da validação do STM para o contexto nacional ainda sejam incipientes, internacionalmente para este sistema são identificadas inúmeras vantagens, como: é internacionalizável, sendo adotado por diferentes sistemas de saúde do

mundo com sucesso; disponibiliza um roteiro sistemático e lógico para subsidiar a tomada de decisão; conta com um pacote dedicado ao treinamento em triagem dos profissionais e permite a auditoria individual das triagens realizadas por estes profissionais (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O representante oficial do STM no Brasil é o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR), autorizado pelo *Manchester Triage Group* (MTG) e *British Medical Journal*, aos quais são reservados os direitos autorais do sistema de triagem, e o Grupo Português de Triagem (GPT), credenciado pelo MTG para tradução do STM para a língua portuguesa (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, [20--]).

Cabe ressaltar dentre as orientações do STM a distinção entre a gestão clínica e prioridade clínica, tomando esta segunda perspectiva de prioridade de acordo com os fluxogramas estabelecidos pelo próprio STM. Já como gestão clínica entendem-se as características de cada um dos usuários que podem afetar a ordem do seu atendimento e o seu tratamento. Tais características podem ser exemplificadas por casos nos quais os usuários são idosos, estejam alcoolizados ou sejam portadores de necessidades especiais (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Contudo, o próprio serviço deve desenvolver ações para lidar com estas situações, bem como com outros aspectos que possam interferir negativamente no tempo de espera ideal para o atendimento do usuário e em sua satisfação. Entre eles pode haver a superlotação do serviço e um número elevado de pessoas em estado grave para serem atendidas ao mesmo tempo (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Além do mais, o SUE é ainda marcado por fortes influências das ideologias da modernidade, do racionalismo, da causa e efeito e, em decorrência disso, os processos de trabalho permanecem, em sua maioria, organizados em torno da doença, fundamentalmente focados nos sinais e sintomas desse corpo, sem conexão com seus modos de pensar, de viver, e seus contextos culturais (VIEIRA; SILVEIRA, 2011).

Os enfermeiros, como responsáveis pela porta de entrada dos SUEs, têm a incumbência de nortear os fluxos a serem seguidos pelos usuários na unidade, com foco em melhores prognósticos clínicos para as pessoas atendidas e na reorganização dos processos de trabalho da equipe, numa perspectiva de produção do cuidado (GEHLEN; LIMA, 2013).

Retomando a PNH e sob a sua perspectiva fundamental de humanização como preceito norteador, entende-se que a relação entre humanização, cuidado e enfermagem está posta, mas para tanto é de responsabilidade de cada sujeito envolvido nesta relação torná-la

presente no contexto real da atenção à saúde, no qual a enfermagem desempenha um dos mais importantes papéis: o de cuidar (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011).

O profissional enfermeiro, atuando no cotidiano da aplicação do STM, em busca de uma abordagem mais humana e menos protocolar, precisa interferir na qualidade da produção do cuidado, na humanização e nas concepções dos sujeitos.

Para isso é essencial considerar que o enfermeiro é detentor de um instrumento único que pode ter mais influência sobre o usuário do que qualquer remédio, protocolo ou terapia, este instrumento está presente na interação com o usuário, é o próprio profissional. “Para tanto, faz-se necessária uma autoanálise que constitui um aspecto essencial para ser capaz de fornecer os cuidados de enfermagem terapêuticos, por meio de uma autoconsciência, exploração dos sentimentos e esclarecimento dos valores, senso de ética e responsabilidade” (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011, p. 687-688).

Tendo em vista a necessidade do enfoque da atuação do enfermeiro sob uma perspectiva ampliada para o cuidado de enfermagem, o usuário do SUE deve ser percebido como sujeito a ser acolhido, com o seu sofrimento subjetivo e suas formas de subjetivação. Para tanto, diante desse sujeito, é preciso ter consciência de que a trama, lugar no qual habita esse sujeito, é composta por diversos elementos como apontado por A. L. Machado e outros (2009):

A trama onde habita esse sujeito é composta dos elementos da modernidade, pós-modernidade, complexidade, tecnologias diversas, individualismo, movimentos acelerados de comunicação e reflexão, fragmentação do conhecimento e dos sujeitos, fazer irreflexivo e absolutismo da técnica em detrimento do sujeito, processos de singularização, vazio de sentido, quedas, rupturas, capturas, modismos. (MACHADO, A. L. et al., 2009, p. 1033).

Na contemporaneidade, faz-se necessária a produção do cuidado em enfermagem em uma perspectiva ontológica que prime pelo cuidado uni e multidimensional, contemplativo das individualidades e multiplicidades do ser, com alternativas em uma nova forma de perceber a realidade que permeia o espaço do cuidar em enfermagem (WATSON, 2002).

O cuidado nessa perspectiva deve ser entendido com distanciamento do cuidado com abordagem reducionista, embasado na neutralidade de valores, que contempla o ser humano de forma fragmentada, isolada e unilateral, com interpretação do ser como objeto, mas sim, com aproximação do propósito de unificar, clarificar e contextualizar a relação do

ser humano com si próprio, com o outro e com o universo, bem como expressar as singularidades e pluralidades do ser como sujeito (WATSON, 2012).

No cotidiano desse sujeito, não se pode desconsiderar as dificuldades reais de superação do modelo biomédico como paradigma único na saúde.

Há autores que assinalam a dificuldade em sobrepor a dicotomia entre saber-fazer técnico e a produção do cuidado tido como sensível, superar a fronteira no processo de cuidar e de acolher sujeitos, processos ainda muito enraizados em aspectos biológicos e burocratizados, com foco na intervenção funcional dos corpos (MARTINES; MACHADO, 2010).

2.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM

O presente capítulo apresenta uma reflexão do cuidado de enfermagem, contextualizando-o fundamentalmente na contemporaneidade, sob o referencial teórico que abarca a pós-modernidade como momento atual, no bojo de perspectivas para além das teóricas de enfermagem, e sem desconsiderar as influências da trajetória histórica da humanidade.

No decorrer da evolução da humanidade, o cuidar difundiu-se por meio da experiência passada de geração a geração, como tradição cultural, e paulatinamente foi conferido aos profissionais de enfermagem, como um legado marcado por uma herança de um vínculo estreito com a religiosidade e a moralidade.

Tais considerações possibilitam que o cuidado seja considerado como o fio condutor da estrutura de conhecimento da enfermagem e de sua evolução, coabitando tanto a teoria quanto a prática, alicerçadas na complexidade e na forma do cuidado prestado (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

No século XIX, com Florence Nightingale, as atividades de cuidado à saúde dos indivíduos, que, ao longo dos tempos, eram exercidas por pessoas ou grupos em diferentes cenários e com diferentes qualificações, na conjuntura da divisão do trabalho em saúde, ganham especificidade como atividades especializadas e necessárias que passam a exigir formação profissional específica (MATOS; PIRES, 2009).

No século XX, sob a efervescência do capitalismo mundial, da visão moderna da máquina e do bem-estar proporcionado pelos avanços tecnológicos, o pensamento moderno

tornou-se o motivo central das discussões na sociedade, sobretudo a partir das novas descobertas em inúmeras áreas de conhecimento, inclusive no campo da saúde.

Os avanços no campo da saúde foram possibilitados principalmente pelas favoráveis condições sanitárias, pela descoberta de medicamentos, de vacinas, pelos avançados meios tecnológicos de diagnóstico, pelas especialidades médicas, tudo isso propiciado pelo desenvolver da humanidade, alicerçado pelas ideologias do pensamento moderno, com entendimento do bem-estar com relação à cura e ou à erradicação de doenças, que, em momentos históricos recentes, dizimavam ou incapacitavam grande parte das pessoas (DUARTE, 2013).

Tomando o momento histórico atual da humanidade, à pós-modernidade, que, de certo modo, caracteriza-se por crises, incertezas e questionamentos relativos à percepção de ser humano e da sociedade, tem-se suscitado reflexões necessárias e importantes, especialmente pautadas no processo de cuidar e na prática dos seus profissionais da saúde (PESSOA JÚNIOR; NOBREGA; MIRANDA, 2012).

A pós-modernidade vislumbra uma nova ideologia para o mundo, marcado por transformações, sem uma ordem social plenamente definida. Nela relacionam-se aspectos como a fragmentação, a efemeridade e a descontinuidade das coisas.

Na contemporaneidade, há uma redefinição da visão de homem e de tempo inscritos no cenário da globalização, impregnado por crises e incertezas diante do desenvolvimento tecnológico e valorização da informação (PESSOA JÚNIOR; NOBREGA; MIRANDA, 2012).

A crise paradigmática estabelecida na pós-modernidade se dispõe altamente influente para a possibilidade de identificar os limites da ideia do paradigma único, uma vez que constrói pensamentos que devem ser encarados como contrapontos do paradigma da ordem, da verificação e quantificação, pilares modernistas, redirecionando o olhar para paradigma da compreensão e dos significados (MAFFESOLI, 1998).

Considerando esse momento de transição paradigmática, têm-se incertezas, contudo um direcionamento preciso é a premência no estabelecimento do cuidado-libertador, ao revogar a acomodação, o apagamento das subjetividades, o ranço da adaptação e introduzir um cuidado que foca a liberdade de criação dos sujeitos e o distanciamento das percepções reducionistas da saúde, com possibilidades para perceber a doença não apenas como uma instância da ordem médica ou do paradigma biológico (MACHADO, A. L. et al., 2009).

Na pós-modernidade, há a sublimidade do prazer e da felicidade cotidianos, da criatividade popular, de um vigor cultural, do sensualismo coletivo e da teatralidade das

condutas. Nesse caldo cultural de transições, está a enfermagem, vista como prática social que se estabelece intimamente ligada ao contexto histórico dessa transição e, por consequência, as concepções e conceituações sobre o cuidado de enfermagem em uma abordagem mais global (MACHADO, A. L. et al., 2009).

A concepção do cuidado de enfermagem requer que sua fundamentação esteja alicerçada em referenciais teóricos da vida humana. Entre eles, estão as teóricas de enfermagem, as quais orientam a forma de realização desse cuidado para que as metas propostas possam ser alcançadas segundo a perspectiva da teórica eleita.

Jean Watson, postulante desse pensamento pós-moderno, no desenvolvimento de seu ensaio sobre enfermagem, publicado no livro intitulado “*Enfermagem Pós-moderna e Futura: Um novo paradigma da Enfermagem*”, concebe cuidar como:

Cuidar, na enfermagem, transporta atos físicos, mas abarca mente-corpo-alma à medida que reclama o espírito corporizado, como o centro da sua atenção. Este sugere uma metodologia, através da arte, da estética, do ser, assim como do *saber* e do *fazer*. O cuidar interessa-se pela arte de ser humano. Faz apelo a uma presença de ser autêntico, do profissional, no momento de cuidar, mobilizando uma atenção de cuidar-curar intencional. Este interessa-se pelo transpessoal e transcultural, pelo objetivo, pelo subjetivo e intersubjetivo. Existe abertura para outra possibilidade de estar no mundo com o cuidar e o curar como uma ontologia contida numa cosmologia em expansão. (WATSON, 2002, p. 11).

No ensejo dos paradigmas e para além, em uma mudança ontológica do cuidado em enfermagem, fica clara a necessidade de uma relação simbiótica entre o gênero humano-tecnologia-natureza e o universo maior em expansão (WATSON, 2002).

Segundo Watson (2002), a mudança ontológica do cuidado em enfermagem convida os profissionais a seguirem alguns caminhos no bojo da enfermagem pós-moderna, dentre eles: cultivar de um eu transpessoal por meio de um eu mais elevado, profundo e em uma consciência também mais elevada, em busca de ampliar a existência e a consciência humana em progresso; caminhar para o reconhecimento de conceitos de quantidade e fenômenos, no sentido de uma energia de cuidar-curar, entremeada por consciência e intencionalidade, meio para uma ontologia relacional, com possibilidades para novas epistemologias da existência, possibilidades de caminhar além do moderno-pós-moderno para o espaço aberto, transpessoal e para o novo pensamento mandatório para este novo milênio.

Dessa forma, o cuidado transpessoal é percebido como aquele que advém do momento de cuidado, estabelecido pelos elementos do processo clínico caritas, podendo propiciar a restauração-reconstituição entre os seres envolvidos no processo e, de tal modo, o

momento de cuidar torna-se parte da história de vida passada e futura de ambos os seres e permite novas oportunidades, como o autoconhecimento (WATSON, 2002, 2012).

O cuidado transpessoal, entendido nessa dimensão, que engloba e valoriza o trinômio corpo-mente-espírito cria condições para deslocar o foco do cuidado, passando do foco da cura para o de reconstituição e amor, permitindo um melhor conhecimento de si para melhor conhecer o outro, e assim promove a ampliação da capacidade de reestruturação entre os indivíduos imbricados no processo de cuidar (FAVERO et al., 2009).

Ainda tomando esta mudança ontológica tão necessária para o cuidado em enfermagem, tem-se a Enfermagem Humanística descrita por Paterson e Zderad, que busca compreender os significados e fundamentos humanos da Enfermagem, para direcionar o progresso da enfermagem através da exploração de sua relação com o seu contexto humano (OLIVEIRA, M. E. D. et al., 2003).

Para Paterson e Zderad, a orientação humanística busca ter um olhar mais amplo de todo o potencial dos seres humanos e, em vez de procurar suplantar outros olhares, volta-se para uma perspectiva agregadora (OLIVEIRA, M. E. D. et al., 2003).

Nessa trajetória humanística, essas autoras, no que tange ao significado da vida, da natureza da interação, do diálogo e da valoração do campo perceptivo, sofreram influências substanciais dos trabalhos de psicólogos humanistas, fenomenológicos e existencialistas.

No decorrer do tempo, identificam-se evoluções importantes nos paradigmas norteadores do cuidado de enfermagem, principalmente numa perspectiva de transição da Enfermagem Moderna, estabelecida por Florence Nightingale, para a Pós-moderna, contemporânea. Compreender estes paradigmas significa ancorá-los em outras ciências diferentes da Enfermagem, como Filosofia, Antropologia e Sociologia, na busca de uma visão alargada para além dos próprios paradigmas, próxima de uma percepção ontológica do cuidado de enfermagem.

Entre essas influências, tem-se o Existencialismo como uma corrente filosófica e literária que destaca a liberdade individual, a responsabilidade e a subjetividade. O Existencialismo considera cada homem com um ser único, que é mestre dos seus atos e do seu destino. O existencialismo afirma o primado da existência sobre a essência, segundo a célebre definição de Sartre: “A existência precede a essência” (VÁSQUEZ ROCCA, 2012, p. 6). Essa definição fundamenta a liberdade e a responsabilidade do homem, visto que esse existe sem que seu ser seja definido de maneira alguma.

A fenomenologia, por vezes, é entendida de forma imbricada com o existencialismo, sendo influente no desenvolvimento deste, por requerer uma análise humana

a partir da análise da própria experiência do ser humano, partindo da sua perspectiva (OLIVEIRA, M. E. D. et al., 2003).

Assim, para um cuidado de enfermagem numa abordagem humanística-existencial-fenomenológica, faz-se essencial valorizar, de forma imperativa, a interação humana em um contexto típico que o ser humano vivencia no seu próprio mundo.

O Interacionismo Simbólico, uma teoria da psicologia social, abarca esta interação humana em que ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, no contexto social ao qual pertencem, tendo o significado como conceito central (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

O Interacionismo Simbólico toma a natureza da vida e da conduta do grupo humano de forma respeitosa, tendo o comportamento humano como princípio e este concebido de forma autodirigida e observável, no sentido simbólico e interacional. Dessa forma, permite ao ser humano planejar e dirigir suas ações em relação aos outros e conferir significado aos objetos que ele utiliza para realizar seus planos, encontrando-se na vida grupal a condição essencial para a consciência, mundo de objetos e construção de atitudes (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

Neste contexto da interação humana, em uma abordagem humanística da enfermagem, esta deve ser considerada como postulado para Paterson e Zderad (OLIVEIRA, M. E. D. et al., 2003):

[...] com um diálogo vivo, e oferece um marco de referência que envolve o *encontro* (o reunir-se de seres humanos, onde há a expectativa de que haverá alguém para atender e alguém para ser atendido), a *presença* (a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto e disponível para a outra pessoa de modo recíproco), o *relacionamento* (o “estar com o outro”, onde um vai em direção ao outro, oferecendo e possibilitando presença autêntica) e *um chamado e uma resposta* (a comunicação interativa, que pode se dar tanto verbal como não verbalmente). (OLIVEIRA, M. E. D. et al., 2003, p.14).

A teoria humanística como postulada possibilita inúmeras experiências fundamentadas no cuidado, tendo o resultado focado na pessoa, que cuida ou é cuidada, permitindo ao espírito humano se estabelecer livremente, em um diálogo vivo.

Dentre os vários pressupostos e suposições teóricas, destacam-se: a enfermagem abrange dois indivíduos que estão dispostos a estabelecerem, um com o outro, um relacionamento existencial, sendo todo encontro entre dois indivíduos profundo, aberto e entremeado por um grau de intimidade influenciadora, de forma humanística, dos seres humanos pertinentes ao encontro (OLIVEIRA, M. E. D. et al., 2003; SILVA, 2013).

A enfermagem postula como meta proporcionar um maior bem-estar acrescido para ambos, o profissional da enfermagem e o paciente, enquanto eles experienciam o processo das próprias escolhas de forma responsável. Os pacientes e os enfermeiros como seres biopsicossociais estabelecem-se como seres humanos únicos e plenos, detentores da possibilidade, por meio da intersubjetividade e da escolha, de vir a ser mais (OLIVEIRA, M. E. D. et al., 2003; SILVA, 2013).

O entrelaçamento das inúmeras nuances que envolvem a complexidade do cuidado, como também exposto à luz de algumas teorias de enfermagem, que servem de referência e agregam as reflexões do cuidado de enfermagem deste capítulo, evidencia a importância da noção de subjetividade no contexto do processo de cuidar, não se estabelecendo de forma indissociável dos demais aspectos envolvidos na produção cotidiana do cuidado de enfermagem.

Na produção cotidiana do cuidado, compreende-se que a noção de subjetividade se expande a todas as pessoas envolvidas no processo, como usuários, familiares, bem como trabalhadores e gestores. Essas pessoas, pertencentes a territórios específicos, no instante das interações humanas, essenciais para o cuidar, expressam a sua produção de subjetividade (MARTINES; MACHADO, 2010).

A subjetividade, como colocado pelos autores Vieira, Silveira e Franco (2011), deve ser compreendida “[...] como processo de engendramento contínuo do sujeito em um terreno de forças que se recompõem de forma ininterrupta e em estreita articulação com o contexto sócio-histórico. Nele o sujeito é produzido à medida que também produz as dimensões da vida que o cercam” (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011, p. 15).

A compreensão de subjetividade limitada ao aparato interior, restrita exclusivamente aos afetos do campo íntimo dos sujeitos, não deve ser considerada, tendo em vista que abordar a subjetividade na produção do cuidado em saúde se apoia em elementos visíveis ou não, inerentes ao contexto histórico e social (MACHADO, A. L. et al., 2009).

É importante ressaltar que, para compreender o processo de cuidado de enfermagem na contemporaneidade, é preciso ter uma visão da enfermagem para o cuidado que valoriza o espaço social, onde se estabelecem inúmeras relações significativas, trata-se do reconhecimento de si mesmo e do outro em um contexto social.

Refletindo especificamente sobre as relações de cuidado, no momento único e tenso onde ocorrem as práticas de enfermagem, delineia-se um paralelo de uma condição micro, correspondente ao “particular”, ao próprio cuidado, ao encontro de sujeitos para o

cuidado, com a condição macro, traçada pela pós-modernidade, pelo capitalismo, pelas crises institucionais e políticas públicas dentro da esfera social (MACHADO, A. L. et al., 2009).

Tomando o cotidiano como território real para o cuidado se estabelecer, como locus de ação e de socialidade, ao passo que a vida é percebida como uma rede complexa e sutil, revelada em minúcias, as tecnologias de cuidado precisam estar afinadas com o sensível, no plano do imaginário e do simbólico, nas relações de intersubjetividade (MAFFESOLI, 1998).

Na produção do cuidado em saúde, as relações intersubjetivas remetem à existência de territórios de tensões, resultantes da dicotomia entre o saber-fazer técnico e o cuidado sensível, dicotomia apontada pelo interstício entre o concreto-abstrato e entre o objetivo-subjetivo. No cerne destas dicotomias, há ainda a prevalência das ações tecnicistas, insuficientes para dar conta da complexidade do cuidado humano (MARTINES; MACHADO, 2010).

Na conjuntura do mundo contemporâneo, é preciso ressaltar que, ao mesmo tempo em que não se deve considerar o saber-fazer técnico como única possibilidade na produção do cuidado em saúde, faz-se necessário também não estabelecer a mesma visão no sentido oposto. Trata-se, portanto, não apenas de aproximar a questão do cuidado em saúde somente sob a ótica da relação entre os sujeitos envolvidos nesse contexto, considerar apenas o polo oposto é desconsiderar toda a complexa ontologia do cuidado.

Não se trata de assumir esta ou outra visão de cuidado como única e suficiente, para tanto, num entendimento da razão sensível como instrumento de cuidado, estabelece-se a possibilidade de favorecer a produção de subjetividades (MAFFESOLI, 1998). De certo, em vistas de um cuidado integral, esta produção de subjetividades não pode ser concebida com desvinculação das ações técnicas, pois o cuidado integral perpassa também pelos cuidados específicos direcionados ao corpo, ao biológico e suas funcionalidades.

As reflexões sobre o cuidado de enfermagem até aqui apresentadas precisam aproximar-se das políticas públicas, inseridas no contexto do SUS e pautadas em seus princípios de integralidade e equidade, evidenciando a dimensão política da produção do cuidado. Além desta aproximação, faz-se necessário o reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano, com demandas de intervenções cada vez mais complexas na produção do cuidado em saúde, que direcionam para uma abordagem interdisciplinar, já que, diante de todas as dimensões do cuidado humano, um profissional isoladamente torna-se insuficiente (MATOS; PIRES, 2009; RAMOS, F. R. S. et al., 2009).

Contudo, a conformação predominante no contexto da saúde na atualidade continua norteada por concepções de cuidado ideologicamente ordenadas em relações verticais de poder estabelecidas entre o profissional da saúde e as pessoas que necessitam do seu cuidado. Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem estabelece-se em concepções alicerçadas também neste pensamento científico moderno, de cunho racionalista, por meio de programas e políticas governamentais verticalizados e determinantes das maneiras de pensar e de viver, segundo interesses distantes dos próprios sujeitos (VIEIRA; SILVEIRA, 2011).

Diante das reflexões engendradas neste capítulo, é preciso aproximar esta discussão do contexto do ACR nos SUEs, mesmo que se percebam as heranças na contemporaneidade de processo de cuidar ainda direcionado para práticas racionalistas e fortemente influenciado por ações de causa e efeito, ratifica-se uma inquietação e uma tentativa de revalorização deste cuidar sob perspectivas mais amplas, na sobreposição dos ideários da pós-modernidade, capazes de resgatar do ser humano a sua totalidade e, principalmente, possibilitar a construção de eixos teóricos e práticos distanciados do mecanicismo, no bojo da valorização da subjetividade, complexidade e integralidade da assistência.

2.3 CONCEITOS E VALORES

Refletir inicialmente sobre conceitos exige uma consonância com a Filosofia. No ano de 1992, Deleuze e Guattari, na obra “*O que é a Filosofia?*”, imergem na tarefa de construção do conceito, aludindo que o filósofo é amigo do conceito. Os autores não se remetem somente à definição ou noção de algo, uma vez que, após obterem uma resposta ou uma definição, acabam-se o movimento e a ação que envolvem o ato de filosofar, e a Filosofia não é algo estático, mas sim dinâmico (DELEUZE; GUATTARI, 1992). Dessa forma, estes autores ensinam que Filosofia não é uma simples arte de compor, de produzir ou de inventar conceitos, já que estes não são essencialmente moldes, achados ou produtos.

Para Gallo (2000), todo conceito remete a uma história e componentes que, por conseguinte, podem também ser tomados como conceitos. Os conceitos, ao passo que são criados, jamais emergem do nada, num conceito, na maioria das vezes, há pedaços ou componentes vindos de outros conceitos, que respondem a outros problemas e supõem outros planos.

Apesar de que, em outros tempos, pudesse se pensar que a definição dos conceitos não poderia ser questionada, que estes eram definidos para sempre, nos dias atuais, essa concepção tem sido questionada, como apontam os autores Bousso, Poles e Cruz (2014):

Atualmente, entende-se que os conceitos são dinâmicos, variáveis e dependentes da estrutura teórica da qual fazem parte. Isso implica que os conceitos variam de acordo com seu uso e o contexto em que estão inseridos. Como o conhecimento está em desenvolvimento contínuo, é necessário que os conceitos sejam constantemente investigados e refinados, pois eles também evoluem. (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014, p. 148).

Os conceitos são dinâmicos, provenientes do contexto e estabelecem-se com alguma utilidade ou finalidade pragmática. Eles surgem no cotidiano, “no senso comum”, tornam-se científicos ao romperem com esse cotidiano. Para Cotrim (2002), o “[...] vasto conjunto de concepções geralmente aceitas como verdadeiras em determinado meio social recebe o nome de senso comum” (COTRIM, 2002, p. 46, apud FRANCELIN, 2004).

Ao retomar a teoria de Deleuze e Guattari, estabelece-se que o conceito reporta-se a um problema, uma vez que, na ausência deste, ele não teria sentido, só podendo ser compreendido ou isolado consoante a sua solução (DELEUZE; GUATTARI, 1992).

Os filósofos Deleuze e Guattari (1992), por meio de um recorte da realidade, criam o conceito, e, na enfermagem, o conceito surge no momento real que se deseja construir as bases conceituais dessa disciplina.

Beth Rodgers, nos anos de 1989, debruçou-se em compreender a natureza da enfermagem, além de outros problemas e questões, considerados como conhecimentos básicos. Para a autora, a enfermagem utilizava terminologias ambíguas e vagas no seu cotidiano, motivo que a fez investir nessa direção (RODGERS, 1989).

A Enfermagem, mesmo reconhecendo que o conceito é o objeto da Filosofia, interessa-se em fazer essa apropriação e discussão, motivada pela necessidade de definir e compreender conceitos, objetivando a ampliação das suas bases de conceitos e compreensão dos seus paradigmas.

Nessa perspectiva, os conceitos no campo da enfermagem podem ser oriundos do mundo natural, provenientes de outras disciplinas, bem como construídos a partir da prática e pesquisa da enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2009).

Ainda conforme colocado pelas autoras supracitadas, os conceitos quanto ao tipo podem ser vistos como concretos ou abstratos. Os conceitos concretos são diretamente observáveis na realidade, restritos ao tempo e ao espaço, e desenvolvidos por meio de

referências empíricas simples, com possibilidades de serem sentidas, vistas ou ouvidas. Por outro lado, têm-se os conceitos abstratos, que não são nitidamente observáveis de forma direta ou indireta, e, de modo contrário aos conceitos concretos, eles não são dependentes de tempo e espaço (MCEWEN; WILLS, 2009).

Num segundo momento deste capítulo, faz-se importante acrescentar à discussão o conhecimento do valor. Diante da proposição de Werneck, “o sentimento da vida de um homem é dado pelos valores e, por meio deles, o homem vive plenamente a sua condição humana” (WERNECK, 1967 apud DOMINGUES; CHAVES, 2005, p. 581).

Dutra (2009), em seus estudos, traz um conceito de valor:

Podemos conceituar valor como algo não indiferente para o sujeito, capaz de satisfazer ou atender às exigências do mesmo. O homem, por se diferenciar dos outros animais, não vive apenas através de aspectos materiais, mas sobretudo através de aspectos mentais e espirituais. Como, por exemplo, o ambiente de valores, símbolos e sinais. (DUTRA, 2009, p. 6).

A percepção humana de todas as coisas que o envolvem apresenta um determinado valor e, baseado nisso, sempre assume uma escolha, podendo aceitá-la ou não, mas por uma ação de vontade, não há possibilidade de passar indiferente diante desses valores. A teoria dos valores deriva-se do fenômeno valor, proveniente da consciência das pessoas sobre os valores e da maneira como a vivência sobre eles se estabelece. Conhecer e querer tal como valorar são da essência do ser humano e, portanto, nada se pode querer, a não ser aquilo que, de alguma maneira, aparenta-nos ser valioso e, dessa forma, digno de ser desejado (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

A enfermagem, ao passo que como prática social é possuidora de um conjunto de valores que lhe concedem sentido e significado, justifica o agir profissional. É em coexistir, no campo da prática social, por meio da interação com o outro, que este revela o direcionamento para a constituição deste agir humano, através do sentido e do significado que atribui a sua existência (GUIMARÃES et al., 2013).

No contexto da prática de enfermagem, é certo perceber que independentemente dos modelos assistenciais assumidos pelos enfermeiros, como referência no processo de cuidar, estes em instância-fim são expressões fenomênicas de um sistema de valores e crenças concernentes à vida/morte, saúde/doença e aos demais elementos inerentes a estes sistemas. (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

Ao finalizar este capítulo, pode-se entender que o cotidiano da enfermagem esta envolto por inúmeros conceitos e valores que norteiam o exercício da profissão, definem

condutas, comportamentos e contribuem para que a enfermagem se consolide enquanto disciplina singular por meio da sua autocompreensão da sua utilidade social.

3 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Essa opção se justifica pela possibilidade de trabalhar com questões compreensivas relativas ao cotidiano do trabalho do enfermeiro na sua relação com o STM, possibilitando e desvelando um entendimento menos vinculado ao determinismo das relações de causa e efeito e mais voltado às situações vividas em seus próprios contextos.

A pesquisa qualitativa deve ser compreendida, como colocado por Minayo (2010), para além de uma prática formal, como também uma atitude de constante busca, definindo um processo intrinsecamente inacabado e permanente. A autora também considera este tipo de pesquisa como uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Também Michel Maffesoli, sociólogo, representante da sociologia Pós-Moderna, com compreensões diferentes do aspecto tecnicista da ciência atual, é fonte de inspiração para inúmeras pesquisas em enfermagem (NÓBREGA et al., 2012). Nessa perspectiva, esta investigação se deu sob a luz da Sociologia Compreensiva, especialmente como aporte para a coleta de dados e não fundamentalmente como referencial teórico para a análise e tratamento dos dados.

A escolha da Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli como um caminho para a coleta de dados nesta investigação se deve ao fato de que o mesmo em sua proposta conceitual e epistemológica coloca o cotidiano em uma dimensão cujas variáveis e singularidades são pensadas de uma forma mais relativizada, menos presa a conceitos e julgamentos preestabelecidos. Isso promove uma oportunidade de uma escuta isenta dos marcos ideológicos do funcionalismo, gerando assim a capacidade de apreensão da realidade nas “pequenas grandes coisas” do dia a dia, que são as que realmente afetam e interferem de forma mais efetiva nos modos de viver e estar no mundo dos participantes do estudo (MAFFESOLI, 2009).

Conforme definido por Pereira (2005), a Sociologia Compreensiva busca entender “o imprevisível, dando valor ao casual, ao banal, às inconcretudes, às apresentações incompletas da vida e às ações subjetivas dos sujeitos nos seus ambientes de relações” (PEREIRA, 2005, p. 317), nesta outra perspectiva para as relações humanas, sem restrição da

análise, já que o ser humano é influenciado por fatores outros além dos racionais. Para Maffesoli (1998), “[...] não mais pensar a vida social tal como ela deveria ser, ou tal como se gostaria que ela fosse, mas sim (voltaremos frequentemente a isso) tal como ela é [...]” (MAFFESOLI, 1998, p. 113).

Diante do exposto, optou-se pela realização de um estudo desta natureza por permitir maior entendimento dos dados coletados acerca dos valores e dos conceitos relativos ao significado da aplicação do STM para o enfermeiro do SUE, discussão sobre a prática assistencial destes enfermeiros e possibilidade de revelar a atuação deste profissional na aplicação do STM.

3.2 CENÁRIO

O cenário da pesquisa foi uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Zona da Mata Mineira, tida como referência macrorregional no atendimento de urgência e emergência aos usuários do SUS, a qual utiliza o STM como sistema de classificação de risco.

O critério empregado para a escolha deste cenário foi o fato de esta unidade de saúde ser um campo de prática para as aulas de algumas disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Um cenário já bastante utilizado por estudantes de graduação e pós-graduação, favorecendo a minha entrada no campo de forma mais aberta, com maior interação com os enfermeiros e com a gestão da instituição, uma vez que utilizei a observação participante como recurso complementar para coleta de dados.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra dos participantes do estudo configurou-se como de seleção completa, numa população de oito enfermeiros, os oito aceitaram participar da pesquisa.

Para melhor organização das falas e seguir com os preceitos éticos de pesquisa, cada entrevistado foi identificado com a sigla “Enf”, seguida de um número correspondente à sequência da ordem em que se deram as entrevistas.

Para os participantes da pesquisa, foram assumidos os seguintes critérios: ser enfermeiro do SUE, atuar no sistema de classificação de risco por meio da utilização do STM e aceitar participar como voluntário, demonstrando sua aquiescência por meio da assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), elaborado de acordo com as disposições regulamentadoras da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013a). Já para não inclusão dos participantes na investigação, foram elencados os critérios: estar em período de férias, licenças, ou não ser localizado durante o período da coleta de dados, situações que não ocorreram.

Recrutei os participantes mediante convite individual durante a sua jornada de trabalho e, após este convite, agendei horário e local com os mesmos para a entrevista.

3.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram colhidos por meio da entrevista semiestruturada e da técnica da observação participante. A entrevista semiestruturada foi a estratégia principal utilizada para a coleta de dados. De acordo com Triviños (2007), a entrevista semiestruturada (Apêndice B) valoriza a presença do investigador, oferecendo todas as perspectivas para que o participante da pesquisa alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a investigação.

Segundo Triviños (2007), a entrevista semiestruturada configura-se como aquela que, a partir de alguns questionamentos básicos preestabelecidos e que interessam à pesquisa, abre um campo amplo para outras interrogativas. À medida que as respostas dos participantes da pesquisa vão sendo recebidas, o investigador tem possibilidades de levantar outros questionamentos.

Dessa forma, a entrevista semiestruturada desta pesquisa contou com uma caracterização sociodemográfica dos participantes e com questões norteadoras relacionadas à temática em investigação. A partir das respostas dos participantes a essas questões norteadoras, formulei outros questionamentos de acordo com os interesses investigativos desta pesquisa. As respostas foram gravadas em áudio, transcritas e, a seguir, analisadas.

Tomando a técnica de observação participante, compreende-se que esta possibilita ao pesquisador partilhar, na medida em que as circunstâncias o permitam, as atividades, as ocasiões, os interesses e os afetos de um grupo de pessoas ou de uma comunidade (VALLADARES, 2007).

A observação participante foi sistematizada por meio de um roteiro de campo que norteou os registros em um diário de campo. O roteiro de campo com foco nos objetivos desta investigação abarcou os seguintes aspectos: a constituição do cenário da investigação; as

relações dos participantes da investigação; a descrição dos participantes; a descrição dos comportamentos e interações dos participantes no cenário de investigação e a cronologia dos eventos (ANGROSINO, 2009).

A observação participante ocorreu por meio da minha permanência, enquanto pesquisador, no cenário do estudo por um período de seis semanas, com visitas semanais programadas para acompanhamento da atuação dos enfermeiros, especificamente na aplicação do STM.

As visitas foram agendadas com a anuência do enfermeiro responsável técnico da instituição e os demais enfermeiros integrantes da equipe, de forma a acompanhar a atuação de todos os enfermeiros que participaram da pesquisa. E, como as situações ocorridas no cotidiano do enfermeiro na aplicação do STM permitiam, acompanhei as suas atividades.

Reforça-se que a observação participante foi um método complementar à entrevista semiestruturada e que possibilitou a obtenção de informações, contemplando a essência da pesquisa. Durante a realização da observação participante, o pesquisador interage com o informante no cenário em questão, vivenciando sua realidade no desenvolver de sua prática assistencial, em seu contexto natural (MOITA; SILVA, 2013). É importante ressaltar que acompanhei o enfermeiro participante da pesquisa, mas não realizei procedimentos e ou apliquei o STM com os usuários do cenário de investigação.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A partir das informações colhidas, analisei os dados, buscando aproximação com o objeto da pesquisa e a resposta aos objetivos. Neste sentido, apoiei-me na análise temática, uma das modalidades de análise de conteúdo, conforme descrito por Triviños (2007).

Para este autor, a análise temática envolve três etapas. A primeira etapa é a pré-análise, que corresponde à organização do material, refere-se às técnicas que serão empregadas para a reunião das informações. A etapa seguinte é a descrição analítica, que tem início na etapa anterior e refere-se ao estudo aprofundado do material coletado, orientado pelos pressupostos e referenciais teóricos estabelecidos. E, por último, tem-se a terceira etapa, a fase de interpretação referencial, esta é apoiada nos materiais de informação, que se iniciou na pré-análise e alcança agora sua maior intensidade. A reflexão, a intuição, com embasamento nos materiais empíricos, estabelecem relações, aprofundando as conexões das

ideias, chegando, se possível, às propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais (TRIVIÑOS, 2007).

A análise das informações colhidas perpassou pela execução das três etapas anteriormente mencionadas numa busca pela compreensão do que observei enquanto pesquisador e não somente em uma busca de explicação, contextualizando a realidade.

Dessa forma, após a transcrição na íntegra das entrevistas, li as mesmas, buscando identificar as falas significantes e, posteriormente, agrupei as falas semelhantes para compor as cinco categorias integrantes desta pesquisa. Ressalto que estes processos não foram realizados com auxílio de nenhum *software* especializado.

Por fim, realizei a fase de interpretação do referencial por meio do processo indutivo de análise. Confrontei os dados empíricos obtidos nas entrevistas e nas observações participantes e categorizados com os referenciais teóricos adotados para esta investigação, juntamente com os meus conhecimentos enquanto pesquisador.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Antes de iniciar o trabalho de campo, foi solicitada a autorização da Direção da UPA e do Enfermeiro Responsável Técnico pelo setor. Esta solicitação abrangeu a realização da pesquisa, citação do cenário na divulgação dos resultados exclusivamente em eventos e/ou periódicos de natureza científica e a garantia da infraestrutura necessária, composta de ambiente restrito que favoreça a conversa reservada, provido de mesa e cadeira.

O atendimento de todos os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos em consonância com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares foi previsto no desenvolvimento deste trabalho (BRASIL, 2013a).

A presente investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo sido posteriormente aprovada sob o parecer 932.689, de 13 de janeiro de 2015 (Anexo A).

As técnicas de coleta de dados que foram utilizadas configuraram-se como tipos de procedimentos que podiam ocasionar risco mínimo ao participante quando foi observado ou discorreu sobre situações da sua vivência. Por isso, tratei as respostas dos participantes entrevistados e as informações contidas no diário de campo de forma anônima e confidencial (BRASIL, 2013a). Desse modo, comprometi-me, enquanto pesquisador responsável por esta pesquisa, a reparar danos caso venham a ocorrer. Ressalto que os dados gravados

permanecerão em minha posse pelo período de cinco anos e, após esse prazo, serão destruídos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Previamente à análise dos dados, faço uma apresentação do perfil dos participantes da pesquisa.

No que se refere à caracterização sociodemográfica, sete dos entrevistados são do gênero feminino e um do masculino, com faixa etária entre 28 e 35 anos; quatro apresentam tempo de conclusão da graduação entre um e quatro anos e os demais entre sete e dez anos; referente às titulações máximas, todos possuem pós-graduação *lato sensu*, sendo que metade dos entrevistados possuem dois cursos de pós-graduação; seis participantes têm tempo de atuação como enfermeiro no SUE entre um e cinco anos e dois entre sete e dez anos; o tempo de atuação com o STM varia entre um e cinco anos; apenas um dos participantes relata não possuir experiência profissional no atendimento a neonatos e gestantes, todos os demais referem possuir vivência profissional junto aos usuários pertencentes a todas as faixas etárias do ciclo de vida.

Em relação ao turno de trabalho, quatro exercem suas atividades no plantão diurno e quatro no noturno, todos alternam, a cada plantão de 12 horas, sua permanência entre a sala de classificação de risco, a qual tem como sistema de classificação de risco o STM, e as demais áreas assistenciais que compõem este serviço.

Após a identificação do perfil dos enfermeiros participantes deste estudo, passo para a análise dos dados.

4.1 VALORES ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NO COTIDIANO: *“Ajuda? Ajuda! Desde que ele seja realmente funcionante [...]”*

O vivido desta pesquisa possibilitou-me, por meio das falas e das oportunidades de convivência junto aos enfermeiros, no cotidiano da aplicação do STM no SUE, aproximar do fenômeno investigado, com foco na compreensão dos valores desta tecnologia sob a ótica destes profissionais.

Para contribuir para essa análise, reporto-me à Política Nacional de Atenção às Urgências e extraio a definição de UPA concebida por esta política:

[...] são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população. (BRASIL, 2013b, p. 37).

Nesse cenário complexo de atenção à saúde, observei as particularidades da atuação do enfermeiro, permeadas pela pluralidade dos valores atribuídos ao STM, presentes em seu cotidiano. Cotidiano este assumido como território real para o cuidado se estabelecer, como lócus de ação e de uma socialidade descrita como estar junto. A vida, ao ser percebida como uma rede complexa e sutil, revelada em minúcias, demanda das tecnologias do cuidado estarem afinadas com o sensível, nas relações de intersubjetividade, no plano do imaginário e do simbólico (MAFFESOLI, 1998).

O STM insere-se no ACR, proposto pela PNH, que surgiu com vistas a ampliar o acesso e reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento dos usuários dos SUEs. Nessa perspectiva, o ACR aponta ações para diminuir o risco de mortes evitáveis, extinguir as conhecidas “triagens por porteiro” ou profissional não qualificado, priorizar atendimentos não por ordem de chegada, mas sim, por critérios clínicos do indivíduo (BRASIL, 2009).

Pode-se creditar parcialmente ao STM a contribuição para o alcance das finalidades do SUE: atender pessoas que chegam em estado grave, acolher o usuário caracterizado como caso não urgente e reordená-lo aos serviços ambulatoriais básicos ou especializados, existentes na RAS (BRASIL, 2009).

Ao acompanhar os enfermeiros durante a aplicação do STM e alicerçado nos discursos a seguir, tornou-se transparente o valor norteador desta ferramenta para as ações da equipe multiprofissional, e em especial as do enfermeiro. Principalmente sob o aspecto da organização do serviço de saúde e do direcionamento dos recursos assistenciais, escassos, de forma prevalente, para os usuários com quadros clínicos de maior gravidade.

Eu, enfermeiro, consigo dividir o que é urgência e o que não é urgência, isso eu acho que ajuda muito o serviço, meu, dos técnicos de enfermagem e do colega da medicina. [...] o protocolo é ótimo, é excelente [...] se eu triar um paciente lá fora, eu perceber que ele é vermelho ou laranja, eu vou entrar com ele direto. [...] Gosto muito de trabalhar com o protocolo. (Enf. 1)

[...] eu acho que ajuda bem [...] eu acho que ele ajuda a nortear muito, o quê que a gente tem que atender agora, o que pode esperar um pouco. (Enf. 5)

Ele norteia a gente assim... de classificar a urgência e emergência [...] (Enf. 6)

[...] objetivo naquilo que a gente quer dizer, mas, quando você falou na prioridade [para atendimento de urgências e emergências], eu acho que funciona [...] (Enf. 3)

Ajuda enquanto enfermeiro. Ajuda na percepção do que é mais grave, do que não é [...] (Enf. 7)

Os enfermeiros verbalizam valorizar o STM como uma ferramenta indispensável para a garantia do atendimento imediato ao usuário de acordo com o grau de risco clínico, como estratégia para priorização de atendimento para os casos mais graves.

Entre as relevâncias da classificação de risco, apontadas pelos enfermeiros, tem-se a identificação de quadros agudos e a prevenção de complicações que implicam risco de morte para os indivíduos (SOUZA, A. A. M.; COSTA; GURGEL, 2014). Nessa perspectiva, o STM possibilita direcionar o atendimento dos usuários por meio da classificação em cores associadas ao grau de gravidade apresentado.

Para melhor contextualização da classificação de risco pelo STM, reitero a abordagem já mencionada neste trabalho, que trata da relação entre as cores e os cinco níveis de prioridade de atendimento: nível 1 (vermelho – emergente, deve receber atendimento médico imediato); nível 2 (laranja – muito urgente, avaliação médica em até 10 minutos); nível 3 (amarelo – urgente, avaliação médica em até 60 minutos); nível 4 (verde – pouco urgente, avaliação médica em até 120 minutos); nível 5 (azul – não urgente e que pode aguardar até 240 minutos para atendimento médico) (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Os apontamentos anteriores podem também revelar o valor atribuído pelos enfermeiros ao STM como instrumento organizador do seu processo de trabalho. O enfermeiro norteia-se pelo STM como suporte e auxílio na classificação do risco do usuário e o processo de tomada de decisão. O STM confere aos enfermeiros maior segurança e controle do processo de classificação de risco (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Complementando o valor atribuído pelo enfermeiro ao STM como instrumento norteador do seu processo de trabalho, trago o discurso de outro entrevistado:

Ele me direciona no quê que eu vou agir, então, um paciente com hiperglicemia eu vou entrar com ele pra tratar a hiperglicemia, depois a gente vê o resto. Se ele tá com sinais de cetoacidose entrar com O₂. Então, assim, ele direciona suas ações de serviço, porque ele é dentro da clínica do paciente, os sinais que ele te mostra, então, assim, ele ajuda! Ele agiliza o processo, porque, às vezes, tem um paciente sentado na porta de chegada, ele poderia chegar direto pro vermelho, né? Então, ele direciona suas ações [...]. Ele organiza o atendimento [...] (Enf. 2)

No que tange a este último discurso, ao se tomar o recorte “*então, um paciente com hiperglicemia eu vou entrar com ele pra tratar a hiperglicemia, depois a gente vê o resto. Se ele tá com sinais de cetoacidose entrar com O₂.*”, depara-se com uma concepção de clínica assumida pelos enfermeiros sob forte influência da lógica funcionalista e estruturalista dos corpos.

A clínica destinada fundamentalmente à atenção à doença, direcionada para alguma disfunção do corpo ou incapacidade, nem sempre contextualizada socialmente, mas dentro de determinados padrões, normas e condutas postulados pelo paradigma biomédico. Essa clínica baseia-se nos moldes do racionalismo puro, que desconsidera o significado da existência do ser, seu cotidiano e cerceia a manifestação de seus sentimentos (VIEIRA; SILVEIRA, 2011).

Não se pode desconsiderar que o SUE ainda sofre forte influência das ideologias da modernidade, do racionalismo, da causa e efeito, e, entremeados por essas influências, os processos de trabalho se estabelecem, em sua maioria, com foco nos sinais e sintomas apreendidos desse corpo, desconectado das suas formas de pensar, viver, da cultura, dos contextos e instituídos em torno da doença, o que aparentemente não atende, dentro dos objetivos da UPA, a ideia de acolhimento conforme proposto pela PNH.

Para compreender melhor este racionalismo, reporto-me às colocações de Maffesoli (1998), em sua obra intitulada “*Elogio da Razão Sensível*”:

[...] a característica essencial do racionalismo é bem essa maneira classificatória, que quer que tudo entre em uma categoria explicativa e totalizante. Assim é negada a exaltação do sentimento de vida que, em qualquer tempo e lugar, é a principal manifestação do ser. (MAFESSOLI, 1998, p. 30).

No cotidiano envolto à aplicação do STM, o enfermeiro carece valorizar uma abordagem mais humana e menos classificatória e protocolar, com aproximação dos elementos da pós-modernidade. Esses elementos abarcam pensamentos que devem ser encarados como contrapontos do paradigma da ordem, da verificação e quantificação, preceitos modernistas, redirecionando o olhar para o paradigma da compreensão e dos

significados. Não quero negar a necessidade de verificação dos aspectos biológicos, mas agregar os valores da solidariedade e de um atendimento mais humanístico.

A. L. Machado e outros (2009), em seus estudos, pensando nas relações de cuidado, delineiam um paralelo de uma condição micro, correspondente ao “particular”, ao próprio cuidado, ao encontro de sujeitos para o cuidado, com a condição macro, traçada pela pós-modernidade, pelo capitalismo, pelas crises institucionais e políticas públicas. Portanto, o agir do enfermeiro na sua prática assistencial, no contexto da aplicação do STM, deve ser conduzido sob estas condições, para esta compreensão mais abrangente dos diversos aspectos presentes no cotidiano.

Diante da opulenta influência histórica dos ensinamentos e conceitos do mundo moderno, o profissional enfermeiro vivencia dificuldades para livrar-se das amarras impostas pelo pensamento reducionista e fragmentado. Contudo, num movimento libertador, o profissional deve valorizar também a análise dos fenômenos a sua volta, em busca de soluções mais amplas para as demandas complexas exigidas pela singularidade de cada indivíduo.

Sem desconsiderar que o STM estabelece-se como uma ferramenta de priorização clínica dos atendimentos, com aplicação necessariamente rápida, o agir do enfermeiro no ato da sua execução poderá ser influenciado por graus variados deste pensamento reducionista e fragmentado e determinado principalmente pelas compreensões individuais destes profissionais sobre as suas práticas assistenciais.

À luz destas variadas influências, analiso o STM, tendo em vista a expressão conferida ao processo de trabalho do enfermeiro e, por consequência, ao cuidado de enfermagem, campo da nossa prática assistencial, que representa a essência da nossa profissão.

As questões relativas ao cuidado de enfermagem afloraram nas falas dos enfermeiros, como apresentado nos recortes a seguir:

A partir do momento que você ouviu, que você percebeu a queixa, que você pegou algumas queixas que não dá pra esperar, você pegou, você deu uma atenção maior àquele problema ali, você tá dando o cuidado de enfermagem. (Enf. 4)

Eu acho que tudo o que eu faço na triagem em si é um cuidado de enfermagem [...]. (Enf. 1)

Para melhor compreensão das questões relativas ao cuidado de enfermagem, trazidas pelas falas, regresso aos primórdios da enfermagem, século XIX, sustentados pelos

pensamentos do Modelo Nigthingaliano. Nesse momento histórico, as atividades de cuidado à saúde dos indivíduos, que, ao longo dos tempos, eram exercidas por pessoas ou grupos em diversos cenários e com diferentes qualificações, ganham especificidade como atividades especializadas, técnicas e passam a demandar formação profissional específica. Dessa forma, o conceito de cuidado vai distanciando-se dos valores religiosos e morais, de modo a aproximar-se do modelo biomédico (CAPONI, 2000).

Com o decorrer da história, a enfermagem busca pela consolidação da enfermagem como profissão. Emerge a necessidade de oferecer um cuidado de enfermagem estruturado em conhecimento científico, em especial daqueles produzidos pela própria enfermagem, desenvolvidos a partir de seu olhar para um dado fenômeno, o que culminou com a construção das teorias de enfermagem. O cuidado de enfermagem ganhou novos recortes (BELLAGUARDA et al., 2013).

O cuidado de enfermagem, na concepção da teórica de enfermagem Jean Watson, é compreendido como uma “ontologia relacional”, inerente ao ser humano, e acontece através da interação entre duas pessoas. Está imbuído o envolvimento, o dar e receber entre duas partes: o cuidador e o ser cuidado (WATSON, 2002).

No que tange à interação entre duas pessoas, percebe-se a intenção do enfermeiro durante a aplicação do STM de agir desta forma, na perspectiva da produção do cuidado. O trecho da entrevista de um dos enfermeiros exprime esta percepção:

[...] porque você está... porque, a partir do momento que você está conversando, dialogando com esse paciente, você está percebendo, alguma coisa psicológica nele, alguma fala dele, em questão de dor... toda essa percepção é cuidado de enfermagem. (Enf. 1)

Nesse recorte, está presente a intencionalidade de promover o cuidado de enfermagem por meio da interação com o usuário, como bem exposto no trecho da fala “*a partir do momento que você está conversando, dialogando com esse paciente [...] é cuidado de enfermagem*”. Assim, pensar em cuidado de enfermagem numa abordagem humanística-existencial-fenomenológica, valoriza a interação humana em um contexto típico que o ser humano vivencia no seu próprio mundo (OLIVEIRA, M. E. D. et al., 2003).

O Interacionismo Simbólico abarca esta interação humana, na qual as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, no contexto social ao qual pertencem, tendo o significado como conceito central, encontrando-se na vida

grupal a condição essencial para a consciência e construção de atitudes (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

No contexto do SUE, especialmente na aplicação do STM, momento no qual o enfermeiro tem possibilidades de estar junto com o outro e partilhar com ele suas angústias, aflições e necessidades, o agir profissional deve valorizar a interação humana tendo em vista a prestação de cuidados aos usuários e a satisfação profissional.

Para Baggio, Callegaro e Erdmann (2011), o cuidado é imprescindível nas relações humanas para o bem-estar. Ele representa um elo que possibilita a interação entre o ser cuidado e o cuidador, sendo um elemento relevante no processo saúde-doença. Porém, a desvalorização do cuidado pode determinar descontentamento para ambas as partes.

Nessa perspectiva, o cuidado transforma os atores envolvidos e desencadeia o crescimento pessoal. Para a construção do cuidado, torna-se vital o exercício de conhecer o outro, descobrir seus anseios e desejos, construindo uma base para ofertar um estado de saúde para o ser cuidado (MAYEROFF, 1971).

No entanto, se o cuidado não acontecer, pode ocasionar ressonâncias negativas para os indivíduos em graus variados de intensidade. Para o enfermeiro, há a necessidade de avançar na forma de pensar e de agir na relação estabelecida com o outro, o ser cuidado, no espaço organizacional em saúde, em especial o da urgência e emergência.

O enfermeiro, ao privilegiar o cuidado direcionado ao ser humano, respeitando suas crenças, valores e ações em saúde, trabalha em uma lógica que promove uma pluralidade de abordagens, gerando espaço para inúmeras maneiras de fazer e pensar em enfermagem, alicerçadas em pilares como: conhecimentos técnico-científicos, valorização das relações e responsabilidades entre sujeitos protagonistas (RAMOS, D. K. R. et al., 2013).

Dessa forma, sob a ótica da construção do cuidado de enfermagem e tomando como ponto de partida o valor direcionado ao STM pelo enfermeiro, acredito ser imperativa a aproximação dos conhecimentos técnico-científicos próprios da profissão, em destaque para sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

No âmbito da SAE, os estudos de C. C. Souza e outros (2013) trazem elementos pertencentes à utilização do STM que podem subsidiar a formulação de diagnóstico de enfermagem (DE):

A utilização do protocolo de Manchester facilita a identificação de características definidoras e de fatores relacionados/fatores de risco que subsidiam a elaboração de DE na classificação de risco. Tal fato permite ao enfermeiro detectar e controlar os problemas de enfermagem de forma rápida e realizar intervenções pautadas no conhecimento científico, de modo a interferir positivamente no prognóstico dos pacientes. (SOUZA, C. C. et al., 2013, p. 1323).

Cabe aqui enfatizar que o enfermeiro sustentado por estes conhecimentos específicos da enfermagem pode agir com mais autonomia profissional para conduzir o cuidado prestado ao outro, lembrando que autonomia não é uma mera ação, mas uma atitude que depende do momento do atendimento.

Os depoimentos a seguir dão a entender que o STM contribui para o levantamento das informações relativas à queixa apresentada pelo usuário e, ao mesmo tempo, viabiliza a detecção dos problemas de enfermagem:

Ajuda, ajuda porque ele te norteia, te traz algum questionamento que você não teve a maldade de perguntar pro paciente quando você vai fazendo o protocolo, ele te direciona, te dá um foco, foca os pontos que são necessários de acordo com aquela queixa principal. [...] você não iria questionar o paciente naquele ponto que é necessário pra queixa. (Enf. 4)

O protocolo é essencial pra gente aqui no atendimento de urgência e emergência, essencial! [...] a gente avalia questões que vão traçar nosso tipo de cuidado pra aquele paciente por algum tempo. [...] (Enf. 1)

[...] [Protocolo de Manchester] ele facilita muito nosso serviço, ele é uma importante ferramenta que a gente tem [...] todo processo, até tomada de decisão definitiva, né? [...] (Enf. 8)

Eu acho que ele colabora, ele ajuda bastante [...] É! Ajuda? Ajuda! Desde que ele seja realmente funcionante, né? [...]. Assumindo ele na íntegra, de forma sistematizada, seguindo ele realmente como deve ser. Porque ele é um ótimo protocolo, desde que seguindo. (Enf. 4)

Nesse sentido, se estreita uma relação entre o STM e o processo de enfermagem. Ambos proporcionam um julgamento clínico que alicerça a definição do problema de saúde e, por conseguinte, as intervenções demandadas no contexto do cuidado.

Em sua investigação, J. C. Machado e outros (2010) definem o processo de enfermagem como:

[...] um método sistemático utilizado para auxiliar na realização da prática do enfermeiro, é uma forma de prestar um cuidado mais completo ao cliente, com o objetivo de identificar as necessidades e implementar a terapêutica adequada, além de qualificar a assistência de enfermagem de forma humanizada. (MACHADO, J. C. et al., 2010, p. 192).

Em consonância com a definição trazida por J. C. Machado e outros (2010) de processo de enfermagem e com os aspectos mencionados nos trechos das entrevistas em pauta, endossados por minhas observações da aplicação do STM pelos enfermeiros, é possível perceber que o STM, por meio de fluxogramas direcionadores contidos no *software* que o operacionaliza, favorece a avaliação do enfermeiro. Oferece maior segurança ao processo de classificação e possibilidades para o cuidado de enfermagem com autonomia profissional, desde que utilizado como uma proposta de acolhimento.

A autonomia profissional foi um aspecto apontado como valor nos depoimentos dos participantes da pesquisa, como nos dispostos a seguir:

Eu acho que ele [Protocolo de Manchester] dá uma autonomia muito grande pro enfermeiro. (Enf. 4)

Eu acho que a autonomia é total. A responsabilidade é muito grande, ali você decide realmente o que vai ser atendido primeiro. (Enf. 6)

Os enfermeiros expressam a autonomia profissional como uma questão essencial para a sua prática no cenário SUE. No modelo de ACR, pode-se inferir que o STM proporciona, por meio da reorganização do processo de trabalho do enfermeiro, que esse profissional assuma o papel de sujeito do processo, detentor de maior autonomia e com aumento da resolubilidade frente à assistência prestada.

Nessa perspectiva, corroboram para essa discussão, os estudos de Kraemer, Duarte e Kaiser (2011), ao dissertarem sobre a relação entre a autonomia e o agir do enfermeiro:

[...] É incontestável que quanto melhor implementada a autonomia profissional e os processos de trabalho da enfermagem, mais oportunidades o enfermeiro terá em atuar com base no conhecimento técnico e científico e em seu julgamento e poder decisório, trazidos com muita propriedade e como essenciais para a preservação da autonomia do enfermeiro (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011, p. 492).

O enfermeiro inserido no SUE deve alargar os seus horizontes, adequar as tecnologias às particularidades das relações humanas, em busca de construir uma interface

com a integralidade do cuidado, bem como com as Redes de Atenção à Saúde, para proporcionar um cuidado de enfermagem acolhedor, humano e resolutivo. O enfermeiro deve almejar o bem-estar do usuário e sua satisfação como profissional da saúde que desenvolve uma função social.

Somando-se ao que já foi exposto até o momento nesta categoria, apresento sentimentos expressos pelos enfermeiros em relação à satisfação em ser enfermeiro e atuar no serviço de SUE:

[...] eu gosto muito de urgência e emergência, apesar de eu ter feito duas especializações em áreas, setores fechados, eu gosto muito de urgência e emergência porque eu acho que a gente pode se realizar no que a gente gosta, e, aqui na urgência e emergência, eu vejo como o enfermeiro ele tem uma gama de funções que a gente vai até certo ponto pra não entrar na área do colega da medicina, mas a gente tem aqui, cara, uma atuação que eu vejo bem maior do que outros locais. (Enf. 1)

[...] Olha, eu sinto uma grande satisfação porque eu gosto muito de trabalhar com a enfermagem. (Enf. 3)

Como foi visto, os enfermeiros enfatizam o sentimento de satisfação com o exercício da profissão no contexto da UPA. Porém, percebe-se a necessidade de uma maior promoção do cuidado de enfermagem intencional e relacional, com conhecimentos próprios e autonomia, para caminhar para uma prática profissional emancipatória. Nesse momento, é que o enfermeiro pode ter reconhecimento social e pessoal, conduzindo-o para a sua verdadeira práxis.

4.2 CONCEITOS CONFLITANTES RELATIVOS AO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER: “Ah, doutor, prefiro não comentar isso aí”

Torna-se oportuno nesta categoria iniciar a discussão pelo recorte da fala de um dos enfermeiros participantes desta pesquisa, em destaque no título desta categoria, “Ah, doutor, prefiro não comentar isso aí”, o qual conduziu algumas reflexões sobre o posicionamento deste profissional na contemporaneidade.

Por meio desta pesquisa, pude perceber que, no dia a dia do enfermeiro, aflora uma multiplicidade de sentimentos típicos da enfermagem, profissão essencialmente envolvida com o cuidado e com a inter-relação humana, seja ela estabelecida com os usuários, seus pares profissionais ou demais trabalhadores da saúde.

A compreensão deste posicionamento profissional perpassa pelas relações de poder instauradas nas instituições de saúde, nas mais variadas situações presentes no cotidiano de trabalho inserido no contexto do trabalho coletivo em saúde e do paradigma biomédico hegemônico. Infelizmente, ainda nos dias atuais, a supremacia do modelo biomédico corrobora para a constituição do sistema de crenças, valores e conceitos que imperam na prática da saúde e, logo, influenciam também a condução das ações dos enfermeiros. Esta realidade interfere na construção da autonomia pretendida e também nas condições de compreensão do STM como uma oportunidade de acolhimento, e não apenas como um atendimento que não reflete a inclusão de um conceito de saúde mais ampliado.

O modelo biomédico, tendo como mola mestra a figura do médico, detentor da globalidade assistencial à saúde, é uma expressão que se origina nos valores modernos, fruto da aliança entre conceitos como o antropocentrismo, o racionalismo e o tecnicismo, aplicados à área da saúde (FOUCAULT, 2006). No enfoque do paradigma biomédico, a saúde foi, e não em raros momentos, ainda é, considerada como um objeto individual e o sujeito percebido de forma fragmentada e parcial. Com este modelo, o foco mantém-se na especialização do conhecimento e na divisão técnica do trabalho.

No bojo do paradigma biomédico hegemônico, a autora Sandra Caponi, em sua obra *“Da Compaixão à Solidariedade: uma genealogia da assistência médica”*, reforça a relação direta da submissão e do silêncio da enfermagem com a trajetória histórica religiosa e de atuação feminina com caráter de abnegação (CAPONI, 2000).

Esta relação reflete, nos dias atuais, como apontado por Avila e outros (2013), em uma interpretação da enfermagem pela mídia como uma profissão de caráter frágil e delicado, concepções que reverberam no senso comum, no campo da própria profissão e nas diversas relações de trabalho no cenário da saúde.

Em alguns momentos, estas concepções de fragilidade são expressas de forma clara e explícita e, em outros momentos, imbricadas nas atitudes e comportamentos das pessoas pertencentes ao contexto da atuação do enfermeiro.

As falas e o meu convívio com os enfermeiros revelaram alguns desses entraves para a consolidação da identidade da enfermagem como profissão valorizada, o que favorece a existência de conceitos conflitantes no contexto da aplicação do STM pelo enfermeiro. Os depoimentos a seguir direcionam para esta conjuntura:

É! Pra evitar um atrito, o questionamento do médico “ah, você vê que tá lotado e triou de amarelo?”, aí você já avisa antes, antes que este questionamento aconteça, aí você vai e explica. [...] (Enf. 4)

[...] o médico, às vezes, pergunta pra gente o que a gente ia fazer e isso pode causar, às vezes, um problema, até entre equipe, entre os enfermeiros, então, eu não entro muito nesse tipo de situação não, “ah, doutor, prefiro não comentar isso aí” e saio fora. (Enf. 1)

Os relatos supracitados permitem inferir que, mesmo com a classificação de risco por meio do STM, um protocolo direcionador para a avaliação do enfermeiro, com padrões de objetividade na classificação, através de fluxogramas e seus discriminadores, como colocado por C. C. Souza, Araújo e Chianca (2015), a autonomia profissional da enfermagem na classificação de risco, em alguns momentos, é questionada pelo profissional médico.

Talvez este posicionamento discordante do médico em relação à classificação de risco possa refletir seu temor à ameaça à hegemonia médica como apontado por Duro e outros (2014):

As alterações no ingresso dos usuários, organizadas pelos enfermeiros, podem ter gerado resistência dos médicos em aceitar esse dispositivo tecno-assistencial-organizacional. Na classificação de risco, os médicos, por vezes, não concordam com os enfermeiros na atribuição de prioridades, repercutindo em relações conflituosas, uma vez que essa atividade pode representar ameaça à hegemonia médica. (DURO et al., 2014, p. 453).

Por consequência, o trabalho do enfermeiro, às vezes, como vimos anteriormente, pode mostrar-se sem autonomia profissional, afastado das ações coletivas e individuais que lhe são próprias, muito aquém de suas possibilidades de intervenção. O enfermeiro, perante algumas situações, posiciona-se de forma acrítica, não defende o seu julgamento e a sua tomada de decisão diante da classificação de risco por meio do STM, sem contra-argumentar com as colocações do médico diante da classificação, mas tão somente explica as situações pelo receio da discordância deste profissional.

No cenário da investigação essa realidade pode impactar o cuidado, em condições distintas, supostamente influenciando nos sentimentos e expectativas em relação à assistência prestada. Os próximos depoimentos emolduram esta percepção:

Eu me frustro muito com o verde e azul. Já adoro, vibro quanto tem um vermelho, um laranja e um amarelo na tela [...]. Ah, esse dá satisfação, porque é pra isso que você tá aqui! Aí, quando você vê na tela ali, até “ohhhhh” é difícil até vermelhar ou ficar laranja. [...] Não que o outro [usuário classificado na cor verde ou azul de gravidade] não vale, mas é pra aquilo que eu tô treinado. (Enf. 6)

[...] Esse realmente estava precisando. Geralmente, quando vem um laranja, um vermelho, na madrugada, é porque realmente aquilo aconteceu de imediato, não tinha como ele prever que isso ia acontecer e ele estar aqui antes. Então, realmente ele deveria estar aqui, e a função do serviço de urgência e emergência é essa, né? [...] Dá uma satisfação muito grande ver que seu serviço teve um desfecho resolutivo naquele quadro, naquele caso. (Enf. 3)

Os relatos anteriores contribuem para o entendimento do valor dado pelo enfermeiro, no que se refere aos sentimentos negativos experienciados com a classificação de risco, conforme percebido no trecho “eu me frustro muito com o verde e azul”. Observei uma valorização do cuidado de enfermagem atrelada à gravidade, à situação de urgência e emergência, em detrimento ao atendimento do usuário com uma queixa que o classifica nos demais níveis de gravidade pouco urgentes ou não urgentes. Contudo, é preciso que os enfermeiros assumam o ACR como estabelecido pela PNH, sem julgamento do usuário mediante ao nível de gravidade clínica apresentado.

O posicionamento de Garlet e outros (2009) vai ao encontro das colocações contextualizadas acima sobre o valor atribuído pelo enfermeiro atrelado à gravidade dos usuários:

Os profissionais sustentam a concepção biomédica, tendo como foco da atenção a doença e a realização da tarefa, não o indivíduo. Priorizam o atendimento aos usuários com problemas graves e agudos que procuram a unidade de emergência e demonstram sua insatisfação com os casos não urgentes ou estabilizados por meio de atendimento impessoal, hostil e até mesmo negligente. (GARLET et al., 2009, p. 6).

Por vezes, percebi uma tendência dos enfermeiros a direcionarem um olhar diferente para os usuários que não se encontram em uma situação de gravidade, apesar de não relatarem esta diferenciação na abordagem realizada. Por outro lado, a satisfação do enfermeiro se faz notória em decorrência do atendimento aos usuários classificados como casos de maior gravidade, com risco de morte, como já explicado por um participante: “... com risco de morte, uma vez que sabem que estes sim são os pacientes esperados para este nível de atenção à saúde”.

As concepções em questão aparentaram ser fruto do desconhecimento dos enfermeiros dos paradigmas que influenciam a sua prática profissional, o que vai ao encontro dos achados de D. K. R. Ramos e outros (2013):

Esse desconhecimento dificulta a compreensão e a reflexão crítica das suas próprias atitudes durante a realização das práticas assistenciais em enfermagem e, em última instância, compromete o cumprimento de uma prática reflexiva. É preciso estar sempre em busca de novos conhecimentos, com vistas a qualificar a assistência e partilhar essas informações com a equipe de trabalho, numa visão voltada para o ser humano. É fundamental a procura de alternativas para aperfeiçoar a assistência ao cliente, fundamentada não apenas no conhecimento técnico-científico, mas também em valores pessoais, compreendendo o verdadeiro significado do cuidado humano. (RAMOS, D. K. R. et al., 2013, p. 44).

O próximo depoimento supostamente transmite o valor atribuído ao STM em detrimento à compreensão e à reflexão crítica das suas próprias atitudes:

Esse tinha que tá aqui mesmo! Eu sigo o protocolo, então, se o paciente é amarelo, é amarelo! O paciente é verde é verde! [...] (Enf. 7)

O dizer em tela provavelmente reforça como valor a ação, de forma majoritária, impregnada pela supervalorização da tecnologia protocolar em prejuízo das expectativas e necessidades dos usuários, centrada no procedimento, na doença e não na pessoa.

O comportamento não crítico-reflexivo do enfermeiro frente ao profissional médico reforça a manutenção da hegemonia do modelo biomédico no cerne das instituições de saúde, com controle das decisões na mão deste profissional e por meio de retenção do poder. A hegemonia do modelo biomédico é um contraponto para a autonomia de outros profissionais no âmbito da saúde por meio do cerceamento das suas atuações.

Assim, estes momentos de ausência de posicionamento crítico-reflexivo pelos enfermeiros reforçam uma condição de subserviência em relação ao profissional médico. Posturas distantes das possibilidades de transformação das relações verticalizadas de poder na saúde, para construção de relações horizontais, com o protagonismo de todos os membros da equipe multiprofissional e reflexão sobre os conceitos que sustentam o paradigma biomédico.

Logo, pensar nessa rede de relações, constituídas como são, por assimetrias de poder e saber, é imprescindível nos processos de trabalho em saúde. Por intermédio dessas relações, de seus questionamentos, é possível a construção de práticas de autonomia e corresponsabilidades das pessoas pertencentes a este contexto, conduzindo, assim, para a indissociabilidade entre a produção de sujeitos e a produção de saúde (BRASIL, 2009).

Complementando o que já foi exposto sobre a relação médico-enfermeiro interposta pela aplicação do STM, acrescento à análise outros relatos dos enfermeiros:

Leva ao estresse, leva ao questionamento profissional, que isso entra dentro da sua capacidade profissional, então, é ruim, um médico [...] te questionar se você triou errado, por exemplo, então, como é que ele vem me questionar se eu segui o protocolo? Então, a pessoa não tá conhecendo o protocolo [...]. (Enf. 2)

Os médicos questionam mais as triagens. [...] Eles têm conhecimento clínico, eles vão analisar, eles vão examinar o paciente e, no final, eles vão questionar, mas, no final, eles vão questionar “Por que foi triado dessa cor?” Porque do protocolo eles não têm conhecimento, então o questionamento deles vem daí [...]. (Enf. 5)

Os recortes dos últimos relatos – “*leva ao questionamento profissional, que isso entra dentro da sua capacidade profissional, então, é ruim, um médico [...] te questionar se você triou errado [...]*” e “*Por que foi triado dessa cor?*” – permitem-me inferir a manutenção de certa desvalorização da Enfermagem por parte dos demais profissionais da área da saúde, mas também demonstram um certo desconhecimento do STM por parte de alguns médicos, embora seja notado que também a postura de alguns enfermeiros possa contribuir com esse cenário.

A reduzida visibilidade do enfermeiro reflete em suas relações, bem como em sua falta de autonomia perante a equipe multiprofissional, dificultando a construção de laços de confiança com os demais membros da equipe de saúde, o que implica a efetivação do cuidado (AVILA et al., 2013).

Outros estudiosos concordam com Avila e outros (2013) acerca da falta de autonomia profissional no contexto da atuação do enfermeiro. Para Pires (2009), apesar dos aspectos apontados ainda como frágeis na enfermagem enquanto profissão, é a autonomia profissional, acrescida do seu reconhecimento de utilidade social, com domínio de um campo específico e próprio de conhecimentos o que vai colaborar diretamente para o entendimento da enfermagem como disciplina emancipada.

O depoimento do participante Enf. 1 permite perceber outra manifestação de cerceamento da autonomia profissional do enfermeiro. Tal percepção advém das determinações norteadoras do profissional médico em desacordo com a visão assistencial do enfermeiro:

[...] o que a gente vai ter que fazer, isso, às vezes, me deixa um pouquinho com raiva, porque eu tenho que seguir, entre aspas, seguir... o que o colega [médico] permitir que eu faça. (Enf. 1)

O enfermeiro, embora considere ter autonomia profissional em certas tomadas de decisão, conforme explicitado na categoria anterior, especialmente na classificação de risco

subsidiada pelo STM, em outros momentos, anula-se quando está em pauta o poder médico. O recorte de discurso apresentado anteriormente – “*porque eu tenho que seguir, entre aspas, seguir... o que o colega [médico] permitir que eu faça*” – aponta para esta realidade.

Salienta-se que a atuação do enfermeiro ainda está impregnada pela concepção de ajudante dos outros profissionais da equipe de saúde, num posicionamento de subordinação e subserviência (OLIVEIRA, J. D. S. et al., 2013). Por consequência, tem um agir profissional sem autonomia ou, por vezes, com atuação mascarada por uma falsa autonomia.

Bellaguarda e outros (2013, p. 374) “consideram que a autonomia profissional não deve ser reconhecida como liberdade do profissional para promover a subserviência de outros profissionais [...]” e, desta forma, colaboram para a explicação desta falsa autonomia profissional.

Este posicionamento de subordinação também pode ser evidenciado em outra fala:

[...] Mas alguns médicos aqui já pediram demissão de enfermeiros por causa de avaliação na triagem. Isso já aconteceu aqui de médico pedir a “cabeça” do enfermeiro e o enfermeiro ser mandado embora por causa de avaliação que o médico achou que não condizia com o paciente, isso é um problema, se o Protocolo de Manchester é feito para o enfermeiro, o enfermeiro vai avaliar, acolher, verificar esse paciente, não há por que o médico ficar “ah, esse paciente não é laranja, não é amarelo, esse paciente é verde” [...]. (Enf. 1)

Ao acompanhar os enfermeiros durante a classificação de risco, observei que a relação de subserviência pode conduzir a uma realidade que se sobrepõe ao receio da demissão e, conseqüentemente, de interromper um percurso profissional. Essa realidade pode culminar na transgressão do componente ético da profissão, quando o enfermeiro valoriza o sofrimento do usuário conforme ilustram os dizeres abaixo:

Na verdade é... dor, dor... a enfermeira... quando você joga a dor, se você jogar ela de um a quatro, ele [software utilizado para a aplicação do Sistema de Triagem de Manchester] te pergunta: “evento recente?”, “menos de sete dias ou mais de sete dias?”. Pode até ter mais de sete dias, mas, se você jogar mais de sete dias, ela dá azul. [...] Ela vai ser verde! (Enf. 3)

Burlar o protocolo! Porque “ah tô sentindo uma dor há um mês” aí você coloca com piora da dor há 3 dias, aí vai no verde, então, entendeu? Assim... às vezes, a gente tem que dar uma mascarada no protocolo. (Enf. 7)

É direto: “ah, já tô [dor] com um mês!” Ah, mas não piorou não? [...] se cai no azul, aí já era, porque o tempo de espera é muito grande, aí, pra gente, depois é mais complicação, dor de cabeça. [...] tem médico, tem um médico aqui, que, no dia dele, jamais pode ter azul porque ele já falou: “não chamo”! E aí já ficou de paciente ficar sete, oito horas esperando, e a gente sem fazer nada [...]. (Enf. 8)

A avaliação da dor configura-se como um componente importante do STM, porém de difícil determinação, por envolver elementos subjetivos e complexos na relação enfermeiro-usuário no processo de classificação de risco. A esfera sofrimento é uma variável eminentemente excluída do modelo biomédico tradicional e reflete a dicotomia entre corpo, mente e alma deste modelo.

A escala de dor do STM é numérica e vai do zero (sem dor) ao 10 (a pior dor). Para cada número da escala há uma classificação de dor e uma prioridade. Dessa maneira, ela pode ser leve e recente – com início até sete dias (1 ao 4) correspondente à prioridade verde; leve e recente – com início para além de sete dias (1 ao 4) correspondente à prioridade azul; moderada (5 ao 7) – prioridade amarela ou grave (8 ao 10) – prioridade laranja (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

De forma recorrente, durante as minhas observações das atuações dos enfermeiros, percebi a utilização de estratégias, como as evidenciadas nas falas anteriormente mencionadas, para classificar o usuário na cor verde e não na cor azul. Dependendo da equipe médica que estivesse de plantão, os enfermeiros lançaram mão destas estratégias, pois, em alguns casos, a equipe médica tendia a recusar o atendimento, “referenciando” o usuário para a rede de atenção básica, mesmo diante da ausência de outros usuários com maior gravidade, e sem justificativa aparente, ou só os atendia próximo ao tempo máximo estimado pelo STM de 4 horas.

A partir da caracterização da dor, como discriminador dentro dos fluxogramas do STM, dependendo da intensidade da queixa algica ou do tempo da existência da mesma, o usuário poderá ser classificado na cor azul, com tempo de espera estimado de até quatro horas ou na cor verde com tempo estimado de 2 horas para atendimento médico após a classificação de risco.

Diante de tais colocações, o acolhimento, conforme preconizado pela PNH, não se estabelece. No contexto da PNH, o acolhimento é definido como uma postura ética, um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, reconhecendo-os como sujeitos participantes do processo (BRASIL, 2009).

Como se pode perceber nas falas anteriores dos participantes, o componente ético na atuação deste profissional foi transgredido com justificativa de defesa do usuário. As autoras Zoboli e Schweitzer (2013), em seu estudo, apontaram a ocorrência de comportamento semelhante em defesa do usuário, ainda que os enfermeiros sofressem moralmente, mas com foco para o bem cuidar.

Pude constatar também que a sobrecarga de trabalho por consequência da alta demanda dos usuários do SUE, em algumas circunstâncias pela inabilidade clínica do atendimento médico, pode potencializar relações de tensão com estes profissionais, e, por conseguinte, transgressões ao componente ético na atuação do enfermeiro.

Opostamente à transgressão ao componente ético na atuação do enfermeiro, este profissional deve ter e tem possibilidades para atitudes diferentes do comportamento exclusivamente de mediador entre a relação usuário-médico, ou seja, a aplicação do STM não se configura como uma pré-consulta.

Contudo, percebe-se que o enfermeiro assume cotidianamente em sua prática uma posição de mediador entre a alta demanda de usuários para atendimento da equipe médica, procurando o equilíbrio das relações de biopoder como pode ser notado na fala a seguir:

[...] é igual hipertensão, você vê que tá um certo valor e você vê que a pessoa tá nervosa, ansiosa, então, a tendência é ela aumentar, é piorar, e, se ele ficar esperando naquela emoção da espera, vai piorar, aí você fica meio assim... equilibrando, aí, quando é assim, a gente vem aqui joga pra amarelo e explica pro médico: "oh, triei pra amarelo por isso, isso e isso", você se justifica pra não ser questionado depois. (Enf. 4)

Para a superação desta posição de entreposto entre o médico e o usuário, o enfermeiro deve agir conforme postulado por Ventura e outros (2012):

[...] assegurar os direitos dos usuários, especialmente o direito a um cuidado integral e de qualidade, que preserve seus valores na tomada de decisão, garantindo sua autodeterminação. Sendo assim, o objetivo final é empoderar o usuário do serviço de saúde, construindo com ele significados para suas experiências. (VENTURA et al., 2012, p. 897).

Contudo, a postura do enfermeiro em defesa do usuário pode se dar através da vocalização do mesmo sobre os aspectos dificultadores, como a superlotação do SUE e a sobrecarga de trabalho para as equipes de saúde. Como resultados disso, situações de desequilíbrio nas relações interpessoais podem ocorrer e levar a momentos de tensão,

potencializados tanto na relação usuário-profissional, que será abordada na categoria analítica seguinte, quanto entre os membros da equipe de saúde. O discurso abaixo retrata o exposto:

[...] eu acho que o problema tá na outra ponta, porque o quê que acontece? Não adianta eu ter um protocolo bom, que me direciona, se eu tenho duas vertentes: eu tenho uma demanda muito grande e, às vezes, um clínico não tão preparado, entendeu? Porque, se for um corpo clínico despreparado, ele vai demorar mais no atendimento, ele vai pedir tudo desnecessariamente, porque, se é um paciente com dor de garganta, você não precisa colher hemograma, deixar no soro, pedir eletro e pedir ultrassom. Então, quando não se tem critério clínico, acaba que sobrecarrega, atrasa o atendimento. [...] A tensão aumenta, o atraso aqui fora vai gerar uma insatisfação do cliente que vai descarregar no enfermeiro, que é o enfermeiro que tá lá fora. (Enf. 2)

Neste contexto de sobrecarga de trabalho e relações conflituosas, o enfermeiro pode vivenciar situações estressoras que o afetam. J. D. S. Oliveira e outros (2013) colocam que a sobrecarga de trabalho conduz ao sofrimento institucional produzido e consumido por eles, ao passo que ela afeta e fragiliza as relações interpessoais e acarreta a desmotivação do profissional e possibilidades de sofrimento.

A sobrecarga de trabalho, de sobremaneira atribuída à superlotação, reforça a necessidade de compreensão das concepções da enfermagem relativas à comunidade sobre o STM utilizado na UPA, com todas as particularidades percebidas pelo enfermeiro no seu dia a dia de atuação. Esses aspectos serão discutidos de modo mais contundente na próxima categoria analítica.

Diante da magnitude dos conflitos abordados, pude perceber a existência de um espaço para a autonomia do enfermeiro, contudo esta não se estabelece em uma zona de neutralidade, mas sim, em questionamentos e discussões entre os diversos profissionais da saúde, que perfazem o cotidiano do trabalho com as “pequenas grandes coisas” do dia a dia que denotam um espaço de luta e enfrentamento.

Como colocado por Ventura e outros (2012):

Tradicionalmente, temos uma cultura de negar a existência de conflitos, de postergar a solução de situações difíceis e de não enfrentamento, o que faz com que os problemas cresçam cada vez mais. Deve-se, portanto, buscar fazer o oposto, passar a ter consciência das limitações, lidando com elas e acreditando que, ao enfrentarmos abertamente os conflitos, iremos aprender com este processo. (VENTURA et al., 2012, p. 897).

Diante desta realidade, faz-se necessário repensar o agir do enfermeiro, que precisa assumir como pilares para a sua prática profissional a produção de conhecimentos

próprios, com competência, ética, em buscas de transformação da representatividade social da profissão.

O agir profissional do enfermeiro numa postura de não neutralidade das relações com os profissionais da saúde, em questão, na relação estabelecida com o médico, pode ser enunciado nas falas que se seguem:

[...] o médico tem que acatar um pouco mais as triagens que são feitas e a avaliação do colega [enfermeiro] [...]. (Enf. 1)

[...] com o médico que questiona nossa conduta, é só você ser firme e transmitir confiança, estudar e saber o que tá falando, porque, pra você discutir uma coisa, tem que ter certeza também, e é aí que você vai ganhando a credibilidade do médico também. [...] O respeito vai aumentando! (Enf. 6)

Essa postura profissional crítica, em busca da valorização da enfermagem, pode reforçar a enfermagem como disciplina e, por conseguinte, vai ao encontro da consolidação profissional. Neste prisma, o enfermeiro poderá assumir a posição de protagonista no âmbito da saúde, fazendo-se e mostrando-se relevante. Moschen e Mota (2010) ressaltam que:

A enfermagem precisa resgatar a essência de sua profissão, desmistificar-se do ideal de poder que ofusca seu brilho e liberdade. A construção de relações saudáveis entre as diferentes equipes no cenário hospitalar requer capacidade de aceitação nas diferenças e abertura de comunicação na interação do cotidiano, pelas quais as pessoas passam a se conhecer, denotar valores e conquistar sabedoria no estar com o outro, traçando laços salútares de profissionalismo na equipe de trabalho. (MOSCHEN; MOTA, 2010, p. 7).

O enfermeiro deve assumir uma postura contrária ao recorte presente no título desta categoria “*ah, doutor, prefiro não comentar isso aí*” e sim, deixar o conforto da zona neutra das relações e agir como pertencente a uma profissão detentora de um saber próprio, produtora de conhecimentos específicos e com autonomia para praticar o cuidado de enfermagem.

4.3 CONCEPÇÕES DA ENFERMAGEM RELATIVAS À COMUNIDADE SOBRE O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER: “[...] Há mais desgaste com a população, porque eles acham que é a enfermagem que põe pra dentro [...]”

Nesta categoria, serão abordadas as concepções da enfermagem relativas à comunidade sobre o STM. Na maioria dos SUEs, o enfermeiro é o primeiro profissional de saúde que os usuários e as famílias encontram quando chegam às unidades.

Nesse sentido, é esperado que o enfermeiro, no cotidiano de atuação da UPA, seja capaz de perceber estas pessoas em um momento de extrema vulnerabilidade, com diversidades de sentimentos, expectativas, valores, crenças, percepções individuais e em uma conjuntura de aspectos socioculturais, econômicos e políticos que contextualizam esse encontro numa relação de cuidado.

Os SUEs dispostos a oferecer atendimento imediato assumem o papel de porta de entrada da RAS. Assim, recebem usuários com demandas de urgência e emergência propriamente ditas, bem como usuários com quadros incompatíveis com esta condição clínica, desviados de outros níveis de assistência à saúde ou com urgências sociais (ROSSETTI; GAIDZINSKI; FUGULIN, 2013; TOMBERG et al., 2013).

Tais proposições expõem problemas oriundos da rede de atenção básica, especializada e da escassez de leitos das unidades de internação e de tratamento intensivo, insuficientes no que se refere aos atendimentos gerados, superlotando os SUEs (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Os trechos das falas que se seguem apontam para esta realidade:

É difícil. [...] E eu acho que, na realidade, o problema tem uma opção que é a unidade básica, entendeu? A unidade básica resolveu os problemas da unidade básica, desafoga o serviço de urgência, esse tipo de situação acabaria. (Enf. 2)

[...] Então essa parte da atenção básica eu descarto, não, não tá certo, não funciona. Eu acho que deveriam sim tentar rever isso aí, porque senão vai sobrecarregar cada vez mais a gente aqui. Vai chegar um ponto em que a gente não vai dar conta mesmo! [...] A UPA é um “Postão” mesmo! Porque, igual eu te falei, atendimento de urgência e emergência é muito pouco perante ao grande fluxo. (Enf. 8)

A partir dos depoimentos em análise, percebo algumas fragilidades desta RAS para garantir a integralidade da assistência à saúde postulada pelo SUS e, conseqüentemente, para ausência de resolutividade para os problemas relacionados à saúde.

Os usuários ainda são orientados pelas premissas do modelo hospitalocêntrico e, mesmo no horário em que as unidades de atenção primária estão em funcionamento, buscam atendimento nos SUEs (OLIVEIRA, G. N. et al., 2011). Esta realidade constatada no âmbito do SUS contribui para a divergência por parte dos profissionais desta área, entre a finalidade do SUE e as demandas de saúde direcionadoras da comunidade a estes locais (GARCIA; REIS, 2014; NASCIMENTO et al., 2011). Nota-se que as Unidades de Atenção Primária à Saúde ainda não são capazes de gerir todo o atendimento da demanda espontânea por diversos motivos (gerenciais, quantitativos de profissionais, entre outros), apontando para uma desvalorização da trajetória do cuidado e uma supervalorização do episódio de cuidado.

Nessa perspectiva, o modelo biomédico de atenção à saúde ainda é um marco importante na organização dos serviços de saúde, na assistência à saúde prestada e no senso comum dos usuários integrantes de uma sociedade fortemente medicalizada. Tais constatações aparentemente reforçam a manutenção de práticas curativas, por vezes, como padrão único assumido na atenção à saúde (ERDMANN et al., 2009).

O usuário integrante desta sociedade medicalizada habitualmente associa a qualidade de atendimento à importância de ações de saúde atreladas às tecnologias não relacionais, principalmente as diagnósticas. Neste sentido, percebe-se esta visão no depoimento a seguir:

Ah, eu [usuário] não fui no posto porque demora uma semana pra fazer exame de sangue, ele vai chegar aqui, de tarde e o exame tá pronto, se ele precisar de ultrassom, ele vai fazer, se ele precisar de tomografia, ele vai fazer. Então, assim, a própria população tá mal acostumada com o protocolo [...]. (Enf. 2)

Pode-se compreender que este comportamento do usuário expresso pelo participante Enf. 2 é a reprodução do pensamento da sociedade atual, fundamentada nos pilares do capitalismo, de produção e consumo, em que há uma supervalorização das tecnologias não relacionais como sinônimos de qualidade do serviço prestado, não gerando também novas tecnologias, informações e inovações no SUS, que também é um papel importante das instituições de saúde.

Lorenzetti e outros (2012) reconhecem a relevância dos hospitais e clínicas de saúde (aqui entendo serviços de saúde) na produção de conhecimento na área da saúde, contribuindo para o desenvolvimento de tecnologias sofisticadas, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de doenças.

Há uma estreita relação entre o desenvolvimento da tecnologia em saúde com a doença, deflagrada por parte de muitos usuários, bem como de alguns profissionais da saúde, com a manutenção do foco das ações dos serviços de saúde na doença. Nessa perspectiva, o ator principal é o médico e não o usuário.

Como percebi, de maneira recorrente, durante o processo de aplicação do STM pelo enfermeiro, o entendimento do usuário sobre a saúde como ausência de doença acarreta o imediatismo por atendimento de saúde perante a sua real necessidade de intervenção. Tal situação vem ao encontro do exposto no trecho da entrevista a seguir:

É! Tem a parte do nervosismo, do estresse, que, quando a pessoa chega geralmente estressada, a gente trabalha num serviço de urgência, lida com doença, então a pessoa chega geralmente estressada, chega ansiosa, acha que o problema dela é pior que o problema de todo mundo [...]. (Enf. 7)

Dos aspectos mencionados na fala anterior, há possibilidades de emergir o valor da saúde para a população. Como colocado por Lorenzetti e outros (2012), a saúde é entendida como um bem precioso, que é alocado em um lugar de destaque nas prioridades das pessoas, configurando-se como algo essencial para a vida. Estes autores utilizam o seguinte dizer popular para frisar a importância da saúde para a população: “tendo saúde, todo o resto da vida dá-se um jeito” (LORENZETTI et al., 2012, p. 436).

Como já abordado nesta pesquisa, a classificação de risco é um processo de determinação dos pacientes que demandam tratamento imediato, norteado pelo potencial de risco, processo que pode impactar a magnitude da saúde concebida pelo usuário. Nesse sentido, o STM, como protocolo direcionador do ACR, configura-se como uma ferramenta de gestão do risco clínico, gerencia o tempo de espera para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.

Nessa lógica, quando a demanda do SUE supera a capacidade de atendimento da unidade, os recursos assistenciais imediatos devem ser direcionados para o usuário que apresenta maior risco de morte. Essa perspectiva é evidenciada no recorte de fala a seguir:

[...] Porém, ele [usuário] não entende que vai acontecer um atraso porque ele não é uma urgência. [...] Ele atrapalha o fluxo porque ele sobrecarrega a unidade de urgência, né? Porque ele [serviço de urgência e emergência] não tá só direcionado pras urgências, se fosse só urgência, seria mais tranquilo, a gente trabalharia até melhor, mas não. (Enf. 2)

No depoimento de Enf. 2, “a população não entende” e “ele [usuário] não entende que vai acontecer um atraso porque ele não é uma urgência”, evidenciam-se percepções dos enfermeiros acerca dos motivos para a procura do SUE pelos usuários destoantes da finalidade precípua destes serviços, atender pacientes graves.

No que tange a essas percepções dos enfermeiros, revela-se a possibilidade da existência de olhares diferentes, dos profissionais da saúde e da população atendida pelo serviço, acerca do motivo pelo qual os usuários buscam o serviço.

No entanto, a condição real de urgência e emergência implica diretamente a saúde das pessoas e leva à necessidade de atendimento de usuários que “passam na frente”, conforme relatos abaixo:

[...] eles [usuários] não entendem, todos acham que o que tá sentindo é pior do que o outro tá sentindo, ele sempre acha que tem que passar na frente [...]. (Enf. 5)

Porque muitos [usuários] que questionam: “poxa, cheguei aqui, fulano de tal passou na frente”, eu explico pra ele como é que é o protocolo, às vezes, eu mostro a tela pra ele poder entender [...]. (Enf. 8)

[...] várias pessoas [usuários] não entendem que a cor tem um significado, que existe uma avaliação criteriosa. Então, muita gente vem aqui com problemas... uma dor de cabeça, uma dor de garganta, uma dor de dente... e, como são classificados como verde, elas não entendem essa situação, “ah você me deu verde, né? Vou ficar esperando 2 horas!”. (Enf. 1)

O processo de classificação de risco em cores pode suscitar questionamentos por parte de alguns usuários que se sentem prejudicados, por verem outros passarem à frente, determinando a criação de relações de tensões entre o enfermeiro-usuário e/ou acompanhante, que, em alguns casos, podem chegar à agressão a este profissional.

Os enfermeiros participantes deste estudo apontam que, devido ao descontentamento dos usuários e de seus acompanhantes com o atendimento recebido, estes frequentemente projetam suas insatisfações nos profissionais que estão na linha de frente do SUE, posição assumida pelos enfermeiros na classificação de risco.

Na Sociedade Brasileira, é comum o usuário chegar ao SUE e logo se posicionar em uma fila, esperando que a sua ordem de ingresso no serviço seja seguida. O desconhecimento pela população sobre o ACR e o protocolo direcionador no SUE é uma fragilidade percebida (NASCIMENTO et al., 2011).

Assim, o desconhecimento da população sobre ACR, acrescido da escassez de recursos assistenciais e da superlotação desses locais de atendimento, com sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde e, dentre eles, os enfermeiros, contribui também para estes ambientes propícios às tensões relacionais.

No entanto, o que os usuários esperam é um atendimento digno que satisfaça as suas demandas. Porém, com a sobrecarga de trabalho e com inúmeros outros problemas vivenciados pelos enfermeiros dos SUEs, os usuários deparam-se com uma atenção frágil, com reflexos negativos para a qualidade da assistência prestada (NASCIMENTO et al., 2011).

Essas condições adversas mencionadas anteriormente, que levam às tensões nas relações enfermeiro-usuário, podem ser percebidas nas falas apresentadas a seguir:

[...] muitas vezes, eles [usuários e acompanhantes] não entendem a classificação de risco por mais que a gente tenta explicar, eles não entendem. Às vezes, tem a demora médica que ultrapassa o tempo de classificação de risco, aí eles vêm indagar e não entendem que depende da demanda [...]. (Enf. 5)

[...] porque ele vai começar a ficar ansioso, nervoso e questionando “Por que que eu não fui atendido? Por que que tá demorando?” Acho que começa a gerar uma ansiedade para todos os lados. (Enf. 4)

[...] problema nem sempre é briga, essas coisas, mas fica toda hora te perguntando “será que não vão me chamar, não? Tem 2 horas que eu tô aqui!” e quem recebe essa tensão é o enfermeiro triador lá fora. O verde causa muito mais problema pra gente [...]. (Enf. 1)

[...] é a cobrança, é o atraso do médico que o povo fica lá né, cobrando da gente uma coisa que não depende da gente. (Enf. 8)

Nesse contexto, a relação comunidade-enfermeiro nem sempre se estabelece de forma harmoniosa, como já descrevi anteriormente. Não se mostra como uma relação entre protagonistas, entre sujeitos exercentes de uma autonomia em prol de um acolhimento com classificação de risco resolutivo, universal, com foco na integralidade do cuidado. Inúmeros elementos presentes nesta relação enfermeiro-usuário distanciam-se da governabilidade da atuação deste profissional e do acolhimento proposto pela PNH.

Observa-se que o acolhimento no cotidiano dos diversos serviços pertencentes à RAS e, em particular análise, dos estabelecidos nos SUEs, deve primar pela valorização dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção em saúde, assumindo valores como o protagonismo e autonomia dos sujeitos, os vínculos solidários, a corresponsabilidade na relação profissional-usuário com participação coletiva nos processos de produção em saúde.

Contudo, como demonstram Guedes, Henriques e Lima (2013) em seus estudos, o entendimento do usuário sobre o acolhimento apresentou-se de modo deturpado, sob influências de conceitos utilizados anteriormente, pautados na triagem, na organização de filas, entre outros. Os autores ratificaram que esta constatação destoava do objetivo do acolhimento com classificação de risco por meio de um protocolo direcionador. Isso reforça neste meu estudo (embora não realizado com usuários) a fragilidade da compreensão dos mesmos em relação ao STM, inclusive como uma oportunidade de acolhimento.

Os obstáculos para a idealização do acolhimento como proposto pela PNH dificultam aos usuários assumir o papel de protagonistas no processo saúde e doença. Nesse sentido, esse acolhimento acaba servindo como barreira para a construção de relações entre sujeitos, funcionando como desencadeadores de tensões e conflitos entre o usuário e o enfermeiro no processo de cuidar.

Retomando o que já foi exposto, o profissional enfermeiro é o profissional da linha de frente do SUE, normalmente o primeiro profissional com quem o usuário e/ou seu acompanhante tem contato quando chega neste serviço de saúde. Nessa conjuntura, o enfermeiro vivencia frequentemente as tensões e conflitos ocasionados na relação com a comunidade atendida. A fala abaixo expressa estas situações:

[...] Menos desgaste com a equipe médica, mas ao mesmo tempo há mais desgaste com a população, porque eles acham que é a enfermagem que põe pra dentro [...].
(Enf. 2)

Com base nessa fala e na discussão promovida nesta categoria, são evidenciadas as dificuldades recorrentes enfrentadas pelos enfermeiros para lidarem com os usuários que não são classificados pelo STM como situações de urgência e emergência.

Nessa reflexão, as possibilidades de atuação dos enfermeiros em sua interação com a sociedade, com base nos princípios dos direitos à saúde dos usuários devem ser debatidas. O fortalecimento das práticas de saúde, com a atuação dos enfermeiros e dos usuários na construção de planos de responsabilização, é uma premissa para a busca da integralidade da atenção e do exercício do direito à saúde (VENTURA et al., 2012).

Para o fortalecimento dessas práticas de saúde, o usuário deve ser reconhecido como sujeito social, que, por meio das relações e interações, transforma-se e é transformado continuamente, fazendo-se protagonista do processo saúde-doença em seu cotidiano, capaz de mobilização para transformação da realidade em que vive (STEIN-BACKES et al., 2014). Nessa perspectiva, abre-se o horizonte para a resistência e superação ao modelo biomédico,

através do protagonismo e da autonomia do usuário dos serviços de saúde, que precisam ser mais bem trabalhados em todos os níveis de atenção à saúde como um importante marcador para inversão do modelo assistencial.

Partindo dessa compreensão, o enfermeiro deve ressignificar o cuidado de enfermagem, alicerçado na interação e no diálogo com o sujeito cuidado. O enfermeiro deve privilegiar ainda a autonomia e o potencial de saúde do ser cuidado para a transformação do processo saúde-doença deste, tendo em vista o seu bem-estar.

4.4 DES-VALORES QUE PREJUDICAM O COTIDIANO DO ENFERMEIRO NA APLICAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER: “[...] *O protocolo tem suas falhas, eu acho que a gente tem que adaptar essas falhas*”

Pensar nos des-valores que prejudicam o cotidiano do enfermeiro na aplicação STM se torna indispensável para se aproximar de uma compreensão mais fiel e real da atuação deste profissional para além dos valores que colaboram para a sua atuação no cenário do SUE. Pois refletir sobre estes des-valores é assumir as coisas da forma como elas realmente ocorrem no cotidiano destes serviços.

Início o desenvolvimento desta análise abordando os aspectos relativos à adaptação do STM para a realidade brasileira. Os autores responsáveis pela concepção e o processo de evolução do STM relatam que ele tem sido apresentado de uma forma suficientemente genérica para realizar a classificação de risco de milhões de usuários dos SUEs, em diversos países, nas mais variadas línguas (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

No entanto, vale a ressalva de que o STM é um protocolo de origem inglesa e, por se tratar de uma temática recente em nosso país, os estudos destinados à avaliação da validade e confiabilidade do STM no Brasil têm produção ainda incipiente (DINIZ et al., 2014; SOUZA, C. C.; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

Embora, como abordado na primeira categoria analisada nesta pesquisa, tenha ficado claro o valor atribuído ao STM como ferramenta norteadora do processo de trabalho do enfermeiro, na visão destes profissionais, alguns elementos relacionados à queixa do usuário podem estar ausentes na composição do STM. Tal fato é caracterizado como falha do STM pelos enfermeiros. Os relatos abaixo enunciam esta constatação:

[...] O sistema mesmo [Sistema de Triagem de Manchester]... onde a gente trabalha [...] O operacional, porque, às vezes, tem uma queixa que o paciente lhe queixa e não tem lá o fluxograma. Então, quando não tem, a gente joga no do adulto, quando não tem a criança, eu tenho que jogar no “pais preocupados” e eu acho que isso peca um pouquinho, porque a gente poderia ser melhor [...]. (Enf. 3)

[...] ele tem algumas falhas que eu acho, algumas falhas de composição dele mesmo em si, por exemplo, igual eu te falei [O Protocolo de Manchester] trata a criança de 13 anos como adulto e, aqui na instituição, é pediatria. Então, foge um pouco os parâmetros, não tem como você saber, não é confiável, aí, às vezes, você não tem discriminador que encaixa também [...]. (Enf. 6)

Na ausência de um fluxograma compatível com a queixa do usuário, o enfermeiro com foco no acolhimento da queixa apresentada precisa relativizar e se valer de estratégias de redirecionamento da queixa para outro fluxograma que estrutura o STM, mesmo que, em sua concepção, este não se caracterize como o mais adequado. Tal atitude reflete o compromisso desse profissional em garantir o atendimento ao usuário.

De certo, no campo da enfermagem, a incorporação de novas tecnologias demanda do enfermeiro conhecimento pleno dela, mas sempre com a finalidade de aplicá-la de forma integrada ao processo de produção do cuidado (SALVADOR et al., 2012). “Fundamentalmente, a incorporação tecnológica deve responder por finalidades baseadas em melhores cuidados de saúde para todos; cuidados mais resolutivos e mais responsáveis” (LORENZETTI et al., 2012, p. 438). Nesse sentido, precisa-se considerar o STM como um instrumento tecnológico congruente com o cuidado de enfermagem.

Mantendo-se na perspectiva dos aspectos operacionais relativos ao STM, os enfermeiros apontam a ausência de padronização da aferição dos sinais vitais para todos os usuários atendidos. Os depoimentos a seguir exprimem este apontamento:

Não sei o quê que você viu com os colegas, mas eu tento fazer a maior parte dos sinais vitais, sendo que o protocolo, ele não pede, eu tento fazer pra eu ter a noção de como está mesmo esse paciente. Essa falha aí, eu tento avaliar, olhar o paciente como um todo, conversar com ele. [...] eu acho que o protocolo só tem uma falha que eu vejo, é não avaliar a pressão [Pressão arterial] em algumas queixas, por exemplo, a dor de cabeça, eu, enquanto enfermeira, avalio todas as pessoas que chegam com dor de cabeça, independente se é jovem ou não, se não tem um quadro voltado, sei lá, pra uma gripe, pra uma congestão nasal, eu avalio todas. Porque e se o paciente tiver com pico hipertensivo? Com pressão de 18? Aí eu dou verde pra ele, ele espera 2 horas, pressão de 22, se faz um AVC? Um infarto? A gente não sabe! Tem tanta gente nova morrendo aí! [...] Eu acho isso uma falha grave. (Enf. 7)

[...] às vezes, chega aí uma crise hipertensiva alta, se não fosse o nosso bom senso, não iria diagnosticar apenas pelos sinais e sintomas. (Enf. 6)

[...] o protocolo tem suas falhas, eu acho que a gente tem que adaptar essas falhas. Igual aquele dia da pressão arterial que não tem no protocolo [...]. (Enf. 5)

Vale ressaltar que o STM como método de triagem não deve fornecer ao enfermeiro um diagnóstico, mas sim, uma prioridade clínica. Portanto, para cada nível de prioridade clínica, há discriminadores correspondentes aos sinais e sintomas apresentados, que são dispostos na forma de fluxogramas. Os fluxogramas guiam a avaliação a partir da queixa principal apresentada pelo usuário no momento de seu atendimento. O STM não exige a aferição de todos os sinais vitais em todos os seus discriminadores (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Embora, conforme preconizado pelo STM, não se faça necessária a aferição de todos os sinais vitais, os enfermeiros associam a ação contrária a esta determinação, como uma atitude proporcionadora de mais segurança no processo de tomada de decisão na classificação de risco do usuário. Para estes profissionais, a aferição de todos os sinais vitais pode minimizar a chance de subestimarem a gravidade clínica do usuário e este evoluir com maior risco de morte. Conforme apontado por Diniz e outros (2014), no contexto da classificação de risco por meio do STM, a correlação entre o dado vital à chegada do SUE e a melhor ou pior evolução dos usuários não está plenamente definida, portanto, há a necessidade de outros estudos que visem investigar a presença desta correlação.

Ainda com o foco nos aspectos operacionais do STM, uma vez que o usuário, após a classificação de risco, pode ter os sintomas agravados, os enfermeiros demonstram-se temerosos com a possibilidade de piora do estado de saúde do usuário enquanto este aguarda pelo atendimento médico, principalmente se o tempo de espera para a consulta médica, inicialmente estimado, não foi cumprido. O próximo discurso, do participante de Enf. 2, permite observar esta preocupação dos enfermeiros:

[...] Eu acho assim, só o quê que acontece, quando tem um atraso da demanda, às vezes, o protocolo é falho, por quê? [...] Aquele paciente quando ele for ser atendido, se ele não te procurar pra fazer uma retriagem, ele vai tá com tudo alterado, ele vai tá nervoso de ficar esperando, a pressão vai subir, se ele tá subfebril, ele tá febril, passa a ter febre, então, às vezes, interfere, a glicemia pode aumentar [...]. (Enf. 2)

Conforme preconizado pelo STM, após a classificação de risco, o usuário deverá ser enquadrado na fase de monitorização e reavaliação. O processo de classificação de risco é dinâmico, desta maneira, se os sinais e sintomas apresentados pelo paciente evoluem de forma negativa e/ou o tempo limite para o atendimento médico for atingido, o usuário demanda ser

reclassificado e, por consequência, o tempo de espera estimado pode ser modificado (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Contudo, no dia a dia do SUE, como bem pode revelar o recorte extraído do discurso acima, “se ele não te procurar pra fazer uma retriagem, ele vai tá com tudo alterado”, e os momentos nos quais acompanhei a atuação dos enfermeiros durante a aplicação do STM, supostamente o usuário só será reavaliado se este retornar à sala de classificação de risco ou se apresentar piora do quadro clínico na sala de espera, com evidência da alteração dos sinais e/ou sintomas do quadro de saúde anteriormente avaliado, mesmo se tratando de um protocolo direcionador que preconiza a dinamicidade na sua aplicação. Segundo apontamentos de Acosta, Duro e Lima (2012), a sala de espera deveria ser concebida como uma área clínica.

No SUE, não são raras as situações de atraso para o atendimento médico, fato que, acrescido da superlotação, da sobrecarga de trabalho, da imprevisibilidade e das incertezas dos atendimentos, pode levar o enfermeiro à convivência com sentimentos de insegurança. De certa forma, estes aspectos também foram abordados na categoria anterior sobre a perspectiva da insatisfação dos usuários, percebida pelos enfermeiros, com as pessoas atendidas que passam à frente para receberem o atendimento médico em decorrência do seu maior grau de gravidade clínica.

O relato de Enf. 2 explicita essa sensação de insegurança vivenciada pelo enfermeiro no cotidiano deste serviço:

[...] porque a gente tem uma linha de frente, o enfermeiro tá na linha de frente, independente de como o cliente chegar, se ele estiver alterado, se ele estiver embriagado, se ele estiver drogado, se ele estiver com raiva de quem ele brigou lá fora, ele vai descontar aqui dentro, e a gente não tem nenhum tipo de segurança, nenhuma. A gente fica completamente exposta [...]. Isso gera um estresse que você acaba somatizando aquilo e trabalhando tenso o tempo todo, e sem dizer da sobrecarga, a sobrecarga de muitos pacientes, uma demanda muito grande [...].
(Enf. 2)

O risco de ser vítima de algum tipo de violência devido à aplicação do STM gera sofrimento para o enfermeiro, que, atuando na porta de entrada do SUE, em muitas situações, convive com uma tensão constante diante dessa possibilidade.

Os estudos de Vasconcellos, Abreu e Maia (2012) destacam que, especialmente no SUE, a frequência de eventos de violência ocupacional pode ser mais elevada em comparação a outros tipos de serviço. Para essas autoras, a natureza do trabalho destes serviços pode ser a explicação do elevado número de ocorrências de violência. Nesses locais,

os profissionais, os usuários e os acompanhantes estão mais expostos a situações estressantes, considerando-se a demanda por ações rápidas e eficazes.

No cenário da UPA, a maioria dos enfermeiros relataram a ocorrência de algum episódio de agressão, seja ela física, menos comum, seja ela verbal, repetidamente presente no dia a dia do enfermeiro na aplicação do STM. Muitos desses relatos foram obtidos em conversas durante a observação participante, todos os enfermeiros relataram ter sofrido algum tipo de agressão. As falas abaixo permitem exemplificar estes eventos de violência laboral:

Eu já fui agredida por uma paciente. [...] Teve um... teve uma urgência, por volta de meia noite, foi numa quarta-feira, onde essas duas médicas estavam, e fechou a porta. E aí eu fui medir uma pressão porque a mulher falava o tempo todo que estava com crise de pressão alta. Aí, saí daqui um pouquinho, fui lá medir a pressão e voltei. No que eu voltei, a menina segurou no meu braço, na verdade, eu vi que a menina estava vindo na minha direção, mas eu não podia tomar outra decisão. Eu não podia voltar, eu não podia me esconder, eu não podia me enfiar dentro do banheiro, tive que continuar caminhando. (Enf. 3)

Principalmente quando a gente tá na triagem que é a porta de entrada lá, a comissão de frente, a gente fica bem exposto sim, já ocorreu boletim de ocorrência, de agressão física [...] quase [foi agredida], pegaram um pau pra me bater, mas eu corri, eu estava na triagem, mas não deu tempo não. (Enf. 6)

O cenário da urgência e emergência, potencializado por situações de risco de morte do usuário, é um local no qual os profissionais estão expostos às tensões com os usuários e acompanhantes, onde a agressão torna-se uma realidade, principalmente diante das dificuldades estruturais e organizacionais no percurso do atendimento (MENDES et al., 2013).

Outras autoras corroboram com a discussão e alertam para a necessidade de se repensar sobre a atenção destinada aos episódios de violência ocupacional, mediante a possibilidade de repercussões prejudiciais à saúde do profissional submetido aos episódios desta natureza. Tal prejuízo à saúde “ocorre pois a saúde do trabalhador reflete no seu exercício laboral e este, por sua vez, tem influência sobre a sua saúde. Tem-se então uma situação de retroalimentação, na qual o próprio processo de violência é responsável por sua manutenção” (SOUZA, A. A. M.; COSTA; GURGEL, 2014, p. 648).

Muito provavelmente os impactos traumáticos de uma agressão física sofrida pelo enfermeiro sejam imediatos, no entanto os impactos da agressão verbal não podem ser desconsiderados. Tal situação pode ser evidenciada no estudo de Vasconcellos, Abreu e Maia (2012) sobre a violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem no SUE:

A agressão verbal sendo a mais frequente forma de violência. Embora não seja um evento impactante como a agressão física, pode a curto e longo prazo trazer sérias consequências ao trabalhador como: afetar a eficiência e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, causar distanciamento em relação ao paciente e aos colegas de trabalho, levar ao questionamento sobre o valor da sua profissão, à depressão, ao sofrimento e consequentemente ao adoecimento. (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012, p. 174).

Diante desse pensamento, finalizo essa categoria trazendo uma reflexão sobre como o cuidado pode ser produzido diante desse cenário complexo. É evidente nessa categoria que o trabalho dos enfermeiros se desenvolveu permeado por tensões entre o enfermeiro-usuário e/ou acompanhantes e fica clara a necessidade de redirecionar o olhar para a produção do cuidado. O cuidado resultante desse trabalho, não reduzido a esses conflitos, mas indispensável, instigante, desafiante, que demanda dos enfermeiros atuações capazes de buscar caminhos para a solução destes conflitos, das desordens, dos imprevistos, e das falhas presentes no dia a dia deste profissional.

4.5 SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER: VALORES DO TREINAMENTO E APLICAÇÃO E RELEVÂNCIA PARA A ENFERMAGEM

Nesta última categoria, a análise das informações me permitiu vislumbrar como os valores do treinamento, aplicação e relevância para enfermagem se estabelecem no cotidiano do enfermeiro na aplicação do STM.

Nessa perspectiva, vale ressaltar a dependência da classificação de risco da interação enfermeiro-usuário para identificação apropriada da queixa principal, que, por consequência, conduzirá à determinação do fluxograma e dos discriminadores adequados para definição do nível de risco clínico do usuário. Dessa forma, para proporcionar maior confiabilidade da classificação de risco, a capacitação prévia dos enfermeiros na utilização do protocolo, local e meios apropriados para avaliação do usuário é intervenção necessária (SOUZA, C. C.; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

A classificação de risco deve ser realizada por enfermeiro, preferencialmente com experiência em SUE e após capacitação específica para a atividade proposta (BRASIL, 2009). Alguns estudos apontam para a relação de dependência entre o treinamento, a experiência do enfermeiro na aplicação do STM e a correta classificação de risco (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Diante do valor atribuído à capacitação dos enfermeiros para a aplicação do STM, com possibilidades de implicar a qualidade da classificação de risco e,

consequentemente, o cuidado de enfermagem, trago os discursos dos enfermeiros a seguir que contextualizam como estes foram treinados para a aplicação do STM:

Quando a gente foi fazer esse treinamento, esse treinamento veio da Secretaria de Saúde do município, todos os enfermeiros que estavam aqui, todos os médicos que iriam trabalhar na UPA foram fazer esse treinamento, assistiram dois dias de aula, uma prova depois pra que todo mundo pudesse ser habilitado. Mas assim, eu ainda acho que não tem um treinamento em si, pelo tempo que foi, eu acho que ele foi muito curto. (Enf. 1)

Foi antes de abrir a UPA, foi um treinamento de dois dias com um professor que eu acho que é médico, foi aqui na cidade. Na época, foram os enfermeiros que iam iniciar aqui, aí a gente teve um treinamento de dois dias e uma avaliação escrita no 3º dia [...] (Enf. 5)

Esse aqui é o computador, esse aqui é o livro e esse aqui é o paciente... Eu não fiz o curso, a grande maioria não faz o curso antes [...]. (Enf. 2)

Meio dia de plantão. [...] Acompanhando o RT. Ele ficou comigo meio dia de plantão e me deixou lá. Eu fiquei doidinha. [...] Foi num domingo durante o dia. [...] Só prático [...]. (Enf. 3)

Nestes discursos, os enfermeiros percebem o treinamento formal recebido para exercer esta atividade como aquém da capacitação exigida para a aplicação e que, nem sempre, este treinamento formal ocorre.

Esta disparidade pode ser evidenciada por Acosta, Duro e Lima (2012), em estudo no qual se identifica a relevância da capacitação clínica e do suporte ao enfermeiro para a qualificação da classificação de risco. Em alguns países, como a Australásia, região que inclui a Austrália, a Nova Zelândia, a Nova Guiné e algumas ilhas menores da parte oriental da Indonésia, os SUEs exigem que o enfermeiro tenha um treinamento de 12 a 18 meses antes de trabalhar com a triagem. Nos achados destes estudos, a consistência das decisões dos enfermeiros para a priorização do risco clínico do usuário está atrelada a esta preparação específica deste profissional para a triagem.

Tomando o STM como uma inovação tecnológica, de incorporação relativamente recente no cenário de saúde brasileiro, pode-se inferir as possibilidades de melhoria assistencial proporcionada por este protocolo. Contudo e para tanto, torna-se inquestionável o valor da capacitação profissional, de proporcionar recursos adequados para a sua execução e, fundamentalmente, buscar a preservação de um cuidado acolhedor e humanizado (SALVADOR et al., 2012).

Prosseguindo com a análise nesta categoria, em consonância com o que até o momento foi discutido sobre o valor da capacitação do enfermeiro para atuar na classificação de risco por meio do STM, no tocante ao cuidado de enfermagem, vale trazer para a discussão as habilidades pessoais e conhecimentos teóricos identificados por estes profissionais para a aplicação deste protocolo. As falas abaixo exemplificam os aspectos relacionados pelos enfermeiros como valorosos para aplicação do STM:

Eu acho que tem que ter de tudo um pouco, né? Conhecimento do protocolo, conhecimento técnico, intuição [...] A escuta, a comunicação, com certeza. (Enf. 5)

Tem que ter conhecimento teórico, uma maldade, maldade assim, no sentido de enxergar o paciente além do que ele tá falando, além do que ele tá te demonstrando, ter um olhar aberto assim, a tudo que você ouviu, que você tá vendo, como que viu ele chegar, ter uma percepção, uma escuta, um olhar [...]. (Enf. 4)

Como pode ser percebido por meio das falas acima, a aplicação do STM é uma atividade complexa que depende de inúmeras habilidades pessoais e conhecimentos teóricos do enfermeiro na tomada de decisão para o cuidado das pessoas. Entre eles, o conhecimento do STM, já demonstrado nessa categoria, o conhecimento científico, a escuta, a intuição, a observação e a comunicação.

Diante das colocações acima, é necessário considerar que a atuação do enfermeiro na aplicação do STM refere-se a acolher e classificar e não se reduz apenas a esta última. Portanto, nesse sentido, merece destaque a habilidade da escuta qualificada. C. C. Souza e outros (2011) discorrem sobre a importância desta habilidade:

[...] Importante destacar que a escuta é o princípio e a disposição para escutar é o requisito para começar uma relação acolhedora com o usuário, pois, só assim, se pode garantir um processo de classificação de risco humanizado e com maior acesso da população aos serviços de saúde, atingindo o objetivo central que é assistência qualificada ao usuário do SUS. (SOUZA, C. C. et al., 2011, p. 7).

Por meio da escuta qualificada, no momento de encontro com o outro na aplicação do STM, há possibilidades para enfermagem estabelecer-se de forma humanística por meio do estar junto com o outro, conforme trazido por Paterson e Zderad (apud OLIVEIRA, M. E. D. et al., 2003, p. 14), “[...] *o encontro* (o reunir-se de seres humanos, onde há a expectativa de que haverá alguém para atender e alguém para ser atendido)” tendo como foco o cuidado fundamentado em um olhar agregador, na escuta, nas relações interpessoais e não no olhar

reducionista apenas do corpo e da doença. Nesse instante, as outras habilidades pessoais ou conhecimentos teóricos podem se estabelecer.

Nessa perspectiva, chamo atenção para a habilidade do enfermeiro de comunicação, apontada como de valor essencial pelos enfermeiros participantes desta pesquisa. Os próximos discursos expressam esta concepção:

A habilidade de comunicação também, exatamente! Se não houver troca, você não consegue absorver, né? É demais, bastante, fundamental. (Enf. 2)

[...] a comunicação ali na frente é essencial [...]. (Enf. 1)

[...] eu acho que o mais importante é olhar pra cara do paciente, conversar, falar [...]. (Enf. 7)

Mediante as falas dos enfermeiros, pode-se inferir que o enfermeiro precisa ter desenvolvidas habilidades de comunicação para acolher as pessoas e seus familiares em um momento tão vulnerável, no instante do cuidado, que precisa ser permeado pela relação interpessoal.

Por outro lado, se a relação interpessoal não é estabelecida, sendo um dos atributos importantes para a sua concepção a comunicação, seja ela verbal ou não verbal, haverá um distanciamento do cuidado de enfermagem e a insatisfação do usuário dos SUEs. Dentre as conclusões do estudo de Baggio, Callegaro e Erdmann (2011), as autoras apontam situações consideradas pelos usuários de um SUE como “não cuidado” e algumas destas situações podem ser correlacionadas com a habilidade de comunicação do enfermeiro como se segue:

[...] a insatisfação e o descontentamento dos pacientes quanto às ações e atitudes da equipe de enfermagem, compreendidas como “não cuidado”, tais como não informação, atenção e assistência devida; [...] não valorização dos sinais e comunicação não verbal como cuidado, como pouco contato, mais mecânico que humano; não prioridade de atendimento aos idosos; calma e respeito esgotados e, por vezes, tratamento grosseiro, frio e insensível. (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011, p. 122).

Além da habilidade da comunicação discutida anteriormente e seus reflexos para a produção do cuidado, não se pode deixar de abordar o raciocínio clínico, outro componente importante, que conduz à tomada de decisão ou julgamento clínico do enfermeiro durante a

aplicação do STM. Os discursos relacionados a seguir trazem o raciocínio clínico e a tomada de decisão na percepção dos enfermeiros participantes da pesquisa:

[...] um raciocínio rápido no protocolo pra usar ele. Você tem que ter um raciocínio rápido, uma análise rápida, você tem que pensar a mil por hora, juntando tudo, todas as informações que são apresentadas ali naqueles poucos minutos, eu tenho que raciocinar e processar elas bem rápido. (Enf. 4)

[...] A tomada de decisão deve ser com mais firmeza, com mais clareza com certeza. [...] o raciocínio clínico é o mais difícil que você tem na enfermagem [...]. (Enf. 6)

Os discursos acima permitem, ao permearem a concepção de raciocínio clínico para os enfermeiros, aproximar-se do conceito de tomada de decisão. As autoras Holanda, Marra e Cunha (2014) apontam para um conceito de tomada de decisão, “Capacidade de escolher um curso de ação diante de diversas alternativas cabíveis para agir nas situações/condições cotidianas, considerando conhecimentos, práticas, limites e riscos envolvidos no processo decisório” (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014, p. 375).

Os enfermeiros tem na tomada de decisão uma parte fundamental do processo de enfermagem e, dentre os atributos necessários para ela, destaca-se o raciocínio clínico. A tomada de decisão à luz do STM pode ocorrer por meio de uma lógica clara para o julgamento clínico e, ainda, com uma vantagem de ser um sistema de triagem passível de auditoria (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Diante da relevância desta área de atuação para o enfermeiro, no cenário da saúde brasileiro, Chaves de Souza e outros (2014) defendem a inclusão dos temas relativos à classificação de risco nas grades curriculares dos cursos de graduação em enfermagem (CHAVES DE SOUZA et al., 2014).

Como discutido, a classificação de risco por meio do STM é uma atividade complexa que exige do enfermeiro habilidades e competências para qualidade do cuidado prestado. Apesar de a classificação de risco por meio do STM ser uma atividade relativamente nova, o enfermeiro tem demonstrado atributos indispensáveis para o êxito de sua aplicação, possibilitando cotidianamente a conquista deste espaço de atuação importante dentro da estrutura de saúde do país.

Nessa perspectiva, o STM configura-se como uma tecnologia utilizada para a organização do processo de trabalho do enfermeiro no SUE. Ela permite ao enfermeiro agregar conhecimentos para a construção do cuidado de enfermagem, compreendendo o atendimento para além da queixa clínica apresentada pelo usuário. Possibilita assumir um agir

que extrapola o modelo biomédico, ainda fortemente enraizado no cotidiano destes serviços, convergindo para o cuidado de enfermagem em consonância com o conceito ampliado de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tecerei algumas considerações partindo da minha inquietação inicial para o desenvolvimento deste trabalho da necessidade de refletir sobre o cuidado inerente à prática do enfermeiro que atua no SUE na classificação de risco. Essa deve se dar contextualizada com o cotidiano, próximo de onde este cuidado deve ser estabelecido e passível de compreensão, e não reduzida exclusivamente à lógica racionalista da causa e efeito, mas numa perspectiva humanística e ontológica.

Claro que não posso desconsiderar que o SUE, até mesmo pela natureza do serviço, configura-se como um cenário fortemente marcado por influências das ideologias da modernidade, do racionalismo, da causa e efeito, com processos de trabalho muitas vezes focados nos sinais e sintomas de um corpo adoecido. E, neste cenário, o STM se estabelece fortemente sobre essas influências com sua premissa básica de salvar vidas, direcionando os recursos assistenciais de acordo com uma priorização clínica.

Deve-se refletir sobre o STM no contexto do ACR, conforme estabelecido pela PNH, em vista de garantir a humanização da assistência. E de sobremaneira, o agir do enfermeiro no cotidiano da aplicação do STM ditará uma abordagem mais humana e menos protocolar ou o inverso. Dessa forma, esse agir profissional poderá interferir na qualidade da produção do cuidado, na humanização e nas concepções dos sujeitos.

A dicotomia entre o saber-fazer técnico, também tão necessário na atuação do enfermeiro no SUE por meio do STM, e a produção do cuidado tido como sensível, capaz de acolher o usuário para além dos aspectos biológicos, precisa ser superada. Não é desconsiderar uma ou outra forma de influência no processo de produção do cuidado, mas sim permitir a sua coexistência de forma harmoniosa, capaz de dar conta da complexidade do cuidado humano.

Nessa perspectiva, este trabalho objetivou compreender os valores e os conceitos relativos ao significado da aplicação do STM para os enfermeiros que atuam no cenário estabelecido para esta pesquisa, uma UPA, e a análise dos dados me permitiu extrair os valores e conceitos envolvidos nesta atuação. O STM, enquanto ferramenta indissociável do processo de trabalho do enfermeiro no cotidiano do cenário desta investigação, assume significados diversos para estes profissionais.

Este estudo revelou o valor atribuído pelos enfermeiros ao STM como ferramenta norteadora do seu processo de trabalho, imprescindível para a priorização dos atendimentos dos casos mais graves.

Apontou também uma atuação dos enfermeiros ainda significativamente alinhada a uma clínica arraigada nos preceitos modernistas. Saliento que não há uma negativa da relevância dos aspectos biológicos na avaliação do usuário, porém é preciso agregar os valores da solidariedade e de um atendimento mais humanístico.

De certo, o STM é uma ferramenta ímpar para a realização de uma avaliação rápida e eficaz para identificar o usuário que demanda atendimento prioritário de acordo a sua condição clínica. No entanto, o agir do enfermeiro no instante da aplicação desse sistema de classificação tem possibilidades de ser afetado por intensidades variadas destas influências modernistas, como o reducionismo e a fragmentação, e determinado pelos entendimentos singulares destes profissionais sobre as suas práticas assistenciais.

Percebi que, no momento da aplicação do STM, há oportunidades para o enfermeiro de estar junto, de interagir com o usuário, todavia este ato está atrelado à forma de agir deste profissional. Neste estudo, foi visto que os enfermeiros demonstraram uma intencionalidade de promover o cuidado de enfermagem por meio da interação humana.

Outro valor relevante em relação ao STM no que tange ao cuidado de enfermagem foi a autonomia profissional mencionada pelos enfermeiros ao utilizar o STM no SUE, contudo é preciso que esta tecnologia seja utilizada como uma proposta de acolhimento.

Ademais, a concretização desta autonomia profissional do enfermeiro é a possibilidade de uma atuação profissional na aplicação do STM com aproximação com conhecimentos específicos da enfermagem. Como exemplo, é notória a estreita relação entre os fluxogramas direcionadores do STM e o processo de enfermagem. Neles observa-se o julgamento clínico que sustenta a definição do problema de saúde e possibilita as intervenções demandadas no contexto do cuidado.

Ressalto que autonomia não é uma mera ação, mas uma atitude que depende do momento do atendimento. O enfermeiro, sustentado por estes conhecimentos específicos da enfermagem, pode agir com mais autonomia profissional para conduzir o cuidado prestado ao outro.

Enfatizo que essa autonomia não se estabelece em uma zona de neutralidade de relações entre os profissionais, e, em alguns momentos, anula-se quando está em pauta o poder médico. No contexto do SUE, a supremacia do modelo biomédico corrobora para a condução das ações dos enfermeiros sob a influência de um sistema de crenças, valores e conceitos pautados neste modelo. Como resultado pude constatar que esta realidade afeta a solidificação da autonomia pretendida, bem como a compreensão do STM como um meio

para o acolhimento, e não reduzido somente ao atendimento que não abarca a inclusão de um conceito de saúde mais ampliado.

Como foi visto nesta pesquisa, os momentos de não posicionamento crítico-reflexivo dos enfermeiros no cotidiano da aplicação do STM robustecem uma condição de subserviência em relação ao profissional médico e contribuem para a manutenção de certa desvalorização da Enfermagem por parte dos demais profissionais da área da saúde. Comportamentos que não favorecem a mudança das relações verticalizadas de poder na saúde para relações horizontais, em que os membros da equipe multiprofissional exerçam o papel de protagonistas nas práticas de saúde e reflexão sobre os conceitos que sustentam o paradigma biomédico.

Na prática assistencial cotidiana dos participantes desta investigação, percebi que eles, muitas das vezes, adotam uma posição de mediador entre a elevada demanda de usuários do serviço e o atendimento pela equipe médica, em vista do equilíbrio das relações de biopoder.

Em uma perspectiva contrária a de mediador encontrada nesta pesquisa, o posicionamento do enfermeiro em defesa do usuário pode se dar através da vocalização do mesmo, com a finalidade de discutir os aspectos dificultadores que podem ser representados pela superlotação do SUE e a sobrecarga de trabalho para as equipes de saúde.

Como mencionado pelos enfermeiros participantes, as Unidades de Atenção Primária à Saúde ainda são incapazes de gerir todo o atendimento da demanda espontânea, demonstrando a desvalorização da trajetória do cuidado e uma supervalorização do episódio de cuidado. Situação que endossa as fragilidades da RAS para garantir a integralidade da assistência à saúde postulada pelo SUS.

Essa ineficiência da RAS reflete também no SUE campo desta pesquisa. Neste cenário de superlotação do SUE com sobrecarga de trabalho, o STM pode suscitar questionamentos e insatisfações por parte de alguns usuários, principalmente aqueles classificados nas cores verde e azul, e contribuir para ambientes propícios às tensões relacionais.

Pude abstrair, a partir dos relatos dos enfermeiros, que o fato de alguns usuários serem passados à frente para atendimento, devido à sua necessidade clínica, fomenta relações de tensão por parte de outros usuários ou acompanhantes, as quais podem resultar em agressão verbal ou física a esses profissionais.

Os participantes desta investigação justificam que o descontentamento dos usuários e ou acompanhantes se dá por projeção das insatisfações desta comunidade para os

profissionais que estão na linha de frente do SUE, posto assumido por eles na aplicação do STM. Dessa maneira, a relação comunidade-enfermeiro nem sempre se estabelece de forma harmoniosa e não se mostra como uma relação entre protagonistas, nos moldes preconizados pela PNH em prol de um ACR resolutivo, universal, com foco na integralidade do cuidado. Destaco que diversos aspectos inerentes à relação enfermeiro-usuário divergem da governabilidade da atuação deste profissional e do acolhimento proposto pela referida política.

Nesse prisma, o protagonismo e a autonomia do usuário dos serviços de saúde demandam ser mais bem trabalhados na RAS como elementos essenciais para a inversão do modelo assistencial. Mediante esta compreensão, o enfermeiro deve ressignificar o cuidado de enfermagem, alicerçado na interação e no diálogo com o sujeito cuidado.

Assumindo as coisas da forma como elas realmente ocorrem nos SUEs, faz-se premente refletir sobre os des-valores presentes na aplicação do STM, como os aspectos relativos à adaptação deste sistema de classificação para a realidade brasileira.

Na ótica dos enfermeiros, alguns elementos relacionados à queixa do usuário podem estar ausentes na composição do STM para realidade brasileira. Como apontado nesta investigação, o enfermeiro com foco no acolhimento da queixa apresentada pelo usuário, em algumas situações, precisa relativizar e se valer de estratégias de redirecionamento desta queixa dentro dos fluxogramas que compõem a estrutura do STM, mesmo que este fluxograma não se caracterize como o mais adequado para a queixa em questão. Tal situação direciona para a necessidade de mais estudos acerca da adaptação do STM para o contexto de saúde do Brasil, a produção de trabalhos com esta temática é incipiente.

Permeando as questões relativas à adaptação do STM para a realidade nacional, destaco o valor atribuído pelos enfermeiros à capacitação para a utilização deste sistema de triagem e suas possibilidades de impacto na qualidade da triagem realizada e, por conseguinte, no cuidado de enfermagem. Neste estudo, os enfermeiros entendem o treinamento formal recebido para aplicação do STM como aquém da capacitação exigida para a aplicação e que, nem sempre, este treinamento formal ocorre. Esta constatação aponta para a necessidade de maior fiscalização dos órgãos regulatórios dos serviços de saúde em busca de assegurar que os profissionais que atuam no cotidiano do ACR nas UPAs sejam devidamente treinados para esta finalidade como preconizado pela PNH.

Nessa conjuntura, destaco a necessidade da gestão local da Unidade de Saúde do estudo direcionar o olhar para os processos de educação permanente, mas não só para os enfermeiros que assumem a linha de frente da triagem, mas também para todos os membros

da equipe de saúde, especialmente os médicos, muitas vezes desconhecedores das diretrizes básicas do ACR por meio do STM, realidade que pode corroborar para ambientes de tensão relacional neste cenário.

Sem dúvidas, a aplicação do STM pelo enfermeiro numa lógica de acolher e classificar e não apenas esta última, configura-se como uma atividade complexa que demanda inúmeras habilidades pessoais e conhecimentos teóricos deste profissional como demonstrado nesta pesquisa. Entre eles, o conhecimento científico, a escuta qualificada, a observação, a intuição e a comunicação foram elencados pelos enfermeiros como subsídios fundamentais para a tomada de decisão na aplicação do STM e para a qualidade cuidado prestado.

Nessa perspectiva, o STM possibilita ao enfermeiro na produção do cuidado integrar conhecimentos que conduzam para uma compreensão do atendimento para além das relações de causa e efeito pertinentes à condição clínica do usuário. Permite ao enfermeiro adotar um agir que extrapola o modelo biomédico, sabidamente ainda fortemente arraigado no cotidiano dos SUEs, tendendo para o cuidado de enfermagem afinado com o conceito ampliado de saúde.

Apesar de a atividade de classificação de risco por meio do STM ser de incorporação recente nos SUEs, o enfermeiro tem demonstrado atributos indispensáveis para aplicação desta ferramenta de forma exitosa, galgando a conquista deste espaço de atuação importante dentro da estrutura de saúde do país. Contudo esta conquista ainda precisa ser endossada pelos cursos de graduação em enfermagem com a inclusão da temática classificação de risco em suas grades curriculares.

Para finalizar, exponho a existência ainda incipiente de autores que exploram a temática da aplicação do STM pelo enfermeiro dos SUEs com uma abordagem mais humanística e menos protocolar, tal como foi a proposta deste estudo. E ainda, que o estudo em tela retratou um panorama local da temática sob a perspectiva apenas do enfermeiro, dessa forma, outros estudos precisam ser desenvolvidos em outros cenários e também abarcando o ponto de vista de outros profissionais e do próprio usuário.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181-190, dez. 2012.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Relações de “não cuidado” de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 116-123, mar. 2011.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 369-374, jun. 2013.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Nursing concepts and theories. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 141-145, fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2003. Seção 1, p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: MS, 2004b. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: MS, 2006. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: MS, 2013b. 82 p.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; REGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010.

CHAVES DE SOUZA, C. et al. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. **Investigación y educación en enfermería**, Medellín, v. 32, n. 1, p. 78-86, abr. 2014.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 686-693, dez. 2011.

CHRIST, M. et al. Modern triage in the emergency department. **Deutsches Ärzteblatt international**, Cologne, v. 107, n. 50, p. 892-898, Dec 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico n. 136/2011**. Competência do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco nos diversos pontos de atenção à saúde da população. 2011. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/anexos/Parecer%20T%C3%A9cnico%20136.2011.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer Coren-SP CAT n. 014/2009**. Triage clínica por técnico/auxiliar de enfermagem. 2009. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2009_14.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

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. **Revista médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a Filosofia?** Tradução de Bento Prado Júnior. e Alberto Alonso Munoz. São Paulo: 34, 1992. (Coleção TRANS).

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 312-320. abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21700>>. Acesso em: 30 maio 2015.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, p. 580-588, dez. 2005. Número especial.

DUARTE, G. D. M. **O ser enfermeira (o) no cotidiano da unidade de terapia intensiva**. 2013. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Juiz de Fora, 2013.

DUNCAN, B. B et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 126-134, dez. 2012. Suplemento 1.

DURO, L. M. et al. Percepção do enfermeiro sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 447-454, maio/jun. 2014.

DUTRA, L. B. O significado da autoestima na construção de valores humanos na personalidade do educando. **Espaço científico**, Santarém, v. 9/10, p. 3-9, 2009.

ERDMANN, A. L. et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 637-643, ago. 2009.

FAVERO, L. et al. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 213-218, 2009.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-505, abr. 2013.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANCELIN, M. M. Ciência, senso comum e revoluções científicas: ressonâncias e paradoxos. **Ciência da informação**, Brasília, v. 33, n. 3, p.26-34, set./dez. 2004.

GALLO, S. Notas deleuzianas para uma Filosofia da Educação. In: GHIRALDELLI JÚNIOR, P. (Org.). **O que é Filosofia da Educação?** Rio de Janeiro (RJ): DP&A, 2000. p. 157-184.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 261-267, abr. 2014.

GARLET, E. R. et al. Work objective in emergency wards: professionals' conceptions. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 535-540, ago. 2009.

GEHLEN, G. C.; LIMA, M. A. D. S. Nursing work in care practice at Emergency Care Units in Porto Alegre/RS. **Investigación y educación en enfermería**, Medellín, v. 31, n. 1, p. 26-35, mar. 2013.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

História da classificação de risco. [20--]. Disponível em:

<http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=109>

Acesso em: 5 fev. 2014.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Mapa de utilização do**

Protocolo de Manchester no Brasil. c2013. Disponível em: <<http://www.gbcr.org.br/mapa>>.

Acesso em: 5 jul. 2014.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 31-37, fev. 2013.

GUIMARÃES, G. L. et al. O valor verdade no ensino da enfermagem: um estudo fenomenológico. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 133-139, mar. 2013.

HOLANDA, F. L.; MARRA, C. C.; CUNHA, I. C. K. O. Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 373-379, ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade: Brasil, 2010**. c2015. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php>. Acesso em: 10 jul. 2015.

KRAEMER, F. Z.; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 487-494, set. 2011.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, jun. 2012.

MACHADO, A. L. et al. Subjetividade e pós-modernidade na enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 1031-1036, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a30.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015

MACHADO, J. C. et al. Processo de enfermagem: um instrumento de mudanças. **Revista de enfermagem**, Frederico Westphalen, v. 6, n. 6/7, p.191-202, 2010.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MARTINES, W. R.V.; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 328-333, abr. 2010.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346, jun. 2009.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para a Enfermagem**. Tradução de Ana M. Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MENDES, A. C. G. et al. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 161-166, abr. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOITA, M. A. G.; SILVA, A. L. “Bom dia professora, então vem cá para os avaliar?” Desafios e possibilidades da etnoenfermagem. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 216-23, jan./mar. 2013.

MOSCHEN, R.; MOTTA, M. G. C. Nursing in an Emergency Unit: interfaces and Interdependences of the Work Body. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 960-967, out. 2010.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan./mar. 2011.

NÓBREGA, J. F. et al. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em Enfermagem. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 373-376, abr./jun. 2012.

OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 548-556, jun. 2011.

OLIVEIRA, J. D. S. et al. Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em um serviço de urgência. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 984-989, ago. 2013.

OLIVEIRA, M. E. D. et al. **Cuidado humanizado**: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, v. 12, p. 11-31, maio 2011.

PEREIRA, A. O cotidiano como referência para a investigação das intervenções de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 316-325, 2005.

PESSOA JÚNIOR, J. M.; NOBREGA, V. K. M.; MIRANDA, F. A. N. O cuidado de enfermagem na pós-modernidade: um diálogo necessário. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 603-606, set. 2012.

PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1041-1047, dez. 2012.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, out. 2009.

RAMOS, D. K. R. et al. Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 14-44, 2013.

RAMOS, F. R. S. et al. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 361-368, jun. 2009.

REICHENHEIM, M.E et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, London, v. 11, p. 75-89, maio 2011.

RODGERS, B. L. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cyclo. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 14, n. 4, p. 330-335, Apr 1989.

ROSSETTI, A. C.; GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, fev. 2013. Número especial. Disponível em: <https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=Carga+de+trabalho+de+enfermagem+em+pronto-socorro+geral:+proposta+metodol%C3%B3gica>. Acesso em: 8 abr. 2014.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 111-117, jan./mar. 2012.

SILVA, T. N. Paterson and Zderad's humanistic theory: entering the between through being when called upon. **Nursing science quarterly**, Thousand Oaks, v. 26, n. 2, p. 132-135, Apr 2013.

SOUZA, A. A. M.; COSTA, W. A.; GURGEL, A. K. C. Aspectos relacionados à ocorrência de violência ocupacional nos setores de urgência de um hospital. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro v. 6, n. 2, p. 637-650, abr./jun. 2014.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, fev. 2011.

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

SOUZA, C. C.; ARAÚJO, F. A.; CHIANCA, T. C. M. Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester Triage System (MTS) protocol: a integrative literature review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144-151, fev. 2015.

STEIN-BACKES, D. et al. Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. **Aquichán**, Bogotá, v. 14, n. 4, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 maio 2015.

TOMBERG, J. O. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 80-87, mar. 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. 15 reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, p. 153-155, fev. 2007.

VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 167-175, jun. 2012

VÁSQUEZ ROCCA, A. Sartre: teoría fenomenológica de las emociones, existencialismo y conciencia posicional del mundo. **Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas**, Madrid, v. 36, n. 4, p.339-351, 2012.

VENTURA, C. A. A. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 893-898, dez. 2012.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. O cuidado e a clínica na formação do enfermeiro: saberes, práticas e modos de subjetivação. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 776-783, dez. 2011.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 9-24, jun. 2011.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem.** Loures: Lusociência, 2002.

WATSON, J. **Human caring science: a theory of nursing.** Ontario: Jones & Bartlett Learning 2012.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 695-703, jun. 2013

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER PELO ENFERMEIRO: VALORES, CONCEITOS E SIGNIFICADOS**”, que está sendo desenvolvida por mim, Paulo Sérgio Pinto, mestrando do Programa de Pós-Graduação-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação do professor Dr. Marcelo da Silva Alves. Nesta pesquisa, pretendemos compreender os valores e os conceitos relativos ao significado da aplicação do Protocolo de Manchester para o enfermeiro que atua no serviço de urgência e emergência.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é: compreender, segundo as falas dos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência e emergência, as especificidades envolvidas na aplicação do Protocolo de Manchester nestes serviços, contribuir para ampliação dos conhecimentos e alargar os alicerces para a atuação desses profissionais. A participação do(a) Sr(a) consistirá em dar uma entrevista que será gravada e permitir o acompanhamento pelo pesquisador das suas atividades inerentes ao processo de aplicação do Protocolo de Manchester, com hora e data marcadas. O material obtido se destina a trabalho de natureza exclusivamente científica. Esta pesquisa se classifica como tendo riscos mínimos, uma vez que a forma de abordagem e de tratamento das informações será criteriosa, anônima e de forma a proteger os participantes. Caso seja identificado e comprovado dano proveniente desta investigação, está previsto indenização do participante.

Para participar desta pesquisa, o(a) Sr(a):

- ✓ sua participação será voluntária, não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira;
- ✓ será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar;
- ✓ estará livre para participar ou recusar-se a participar, sendo que a retirada de seu consentimento ou sua interrupção em participar poderá ocorrer no momento em que quiser. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador.
- ✓ terá sua identidade tratada com padrões profissionais de anonimato. O(a) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão prévia;
- ✓ terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização caso haja e seja comprovado qualquer dano eventualmente produzido pela pesquisa, sendo que esta pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.
- ✓ terá à sua disposição os resultados da pesquisa quando finalizada.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o Mestrando Paulo Sérgio Pinto, o pesquisador responsável, durante 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao(à) Sr(a).

Eu, _____ portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos da presente pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que

concordo em participar desse estudo. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2014/15.

Assinatura do participante	Assinatura do pesquisador responsável
<p>Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF PRÓ-REITORIA DE PESQUISA CEP: 36036-900 FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PAULO SÉRGIO PINTO ENDEREÇO: RUA DR. DÉLCIO FORTINI, 120 – SANTA EFIGÊNIA CEP: 36032-390 – JUIZ DE FORA – MG FONE: (32) 8811-9796 E-MAIL: PAULOSERGIOENF@GMAIL.COM</p>	Assinatura da testemunha

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista

ROTEIRO DA ENTREVISTA

TÍTULO: Aplicação do Sistema de Triagem de Manchester pelo enfermeiro: valores, conceitos e significados.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Paulo Sérgio Pinto

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:

Idade: _____

Gênero: _____

Titulação máxima (especificar): _____

Tempo de formado: _____

Tempo de atuação na enfermagem: _____

Tempo de atuação em serviço de urgência e emergência: _____

Clientela com a qual você tem experiência nessa atividade:

() Recém-nascido () criança () adolescente () adulto () idoso () gestante

1- Como você se sente trabalhando no serviço de urgência e emergência?

2- Qual é a sua avaliação da aplicação do Protocolo de Manchester no serviço de urgência e emergência?

3- Qual é o significado do Protocolo de Manchester na sua prática assistencial?

4- Como foi o seu treinamento para iniciar o uso do Protocolo de Manchester? Este treinamento durou quanto tempo?

5- Você se sente seguro para o uso do Protocolo de Manchester?

6- A quem você recorre quando tem dúvida?

7- Como você julga a sua relação com os outros membros da equipe multiprofissional?

8- Como você percebe a dinâmica do uso do Protocolo de Manchester pela equipe multiprofissional?

9- Como você se sente diante do fato de atender uma pessoa classificada pelo Protocolo de Manchester em cada uma das cores estabelecidas pelo protocolo?

10 - Você gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A aplicação do Protocolo de Manchester pelo enfermeiro: valores, conceitos e significados

Pesquisador: PAULO SÉRGIO PINTO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36880114.9.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 932.689

Data da Relatoria: 13/01/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e os benefícios esperados estão adequadamente descritos.

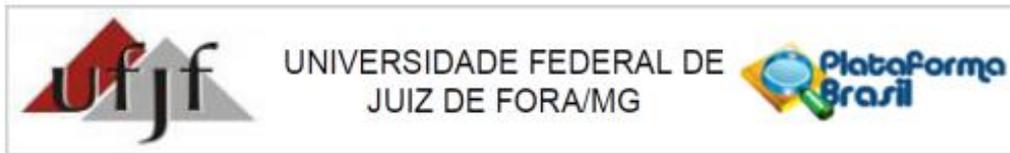
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N			
Bairro: SAO PEDRO		CEP: 36.036-900	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA		
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br	



Continuação do Parecer: 932.689

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 14 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N		CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	Município: JUIZ DE FORA	
UF: MG	Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
		E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br