

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

Raquel de Oliveira Martins Fernandes

**Relações Interpessoais no Acolhimento com o Usuário na Classificação de
Risco: percepção do enfermeiro**

**Juiz de Fora
2017**

Raquel de Oliveira Martins Fernandes

Relações Interpessoais no Acolhimento com o Usuário na Classificação de Risco: percepção do enfermeiro

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação, Mestrado em Enfermagem *Stricto Sensu*, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Barbosa de Castro Friedrich

**Juiz de Fora
2017**

Raquel de Oliveira Martins Fernandes

Relações Interpessoais no Acolhimento com o Usuário na Classificação de Risco percepção do enfermeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, Mestrado em Enfermagem *Stricto Sensu*, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____ de _____ de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Denise Barbosa de Castro Friedrich (orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Fátima Helena Espírito Santo
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Vânia Maria Freitas Bara
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Rodrigo Hipólito
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Jaqueline Ventura Ferreira Bittencourt
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Jesus que tão amorosa e pacientemente esteve comigo em cada passo desse processo: incentivando-me, acolhendo-me, disciplinando-me. A ti, minha essência: toda honra, toda glória e todo louvor pra sempre!

À minha mamãe, Maria Luiza, exemplo maior de amor genuíno aqui na terra. Obrigada por fazer de mim e dos meus filhos uma das mais importantes missões de sua vida.

Ao meu pai, Eli. Motivação, apoio e compreensão não me faltaram de suas mãos em nenhum momento.

Ao meu marido, André. Instrumento de Deus na minha vida. Foi através de sua crença em mim que iniciei esta caminhada.

Aos meus filhotes, Gabriel e Guilherme, cordinhas do meu coração! Tesouros de Deus pra mim! Razão mais prazerosa de eu ser uma pessoa melhor dia após dia! Vivenciaram comigo cada momento com tanto amor... Que esse título sirva para vocês como modelo de confiança em Deus, perseverança e principalmente humildade. Amo vocês! Mais que qualquer palavra consiga expressar!

À professora Fátima, que, desde os primeiros contatos, mostrou-se dedicada e atenciosa às minhas necessidades. Suas contribuições deixarão marcas não apenas neste estudo, mas em minha vida.

À Professora Vânia, que me trouxe contribuições muito pertinentes desde o primeiro momento em que este trabalho foi apresentado, ainda como projeto.

À professora Jaqueline, que se preocupou em realizar uma leitura tão cuidadosa deste estudo, contribuindo carinhosamente para sua construção.

Ao professor Rodrigo, que se prontificou a estar apoiando-me nesse processo.

À coordenação do mestrado da Facenf UFJF, que, por várias vezes e pacientemente, conduziu-me por este processo tão desafiador para mim.

À secretaria da Facenf UFJF pela atenção a mim dispensada.

À Luíza, que por tantas vezes me socorreu!

À minha orientadora, Denise! Deus a separou para ser minha “*coach*” nesse processo. Nossa caminhada não foi apenas de palavras, mas de ações, estando lado a lado comigo e sendo facilitadora e incentivadora constante. Dizem que a maior missão de um professor é inspirar... você o tem feito! Nasceu... admiração e amizade eterna!

“Ame os outros como você ama a você mesmo”.

Mateus 22:39

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo analisar as relações interpessoais no acolhimento ao usuário na classificação de risco sob a percepção dos enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento de uma cidade mineira. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa na qual a análise de dados será operacionalizada à luz da hermenêutica dialética. O cenário da pesquisa foram duas unidades de pronto atendimento denominadas “Norte” e “Oeste” de uma cidade mineira. As mesmas utilizam o Sistema de Triagem de Manchester como sistema de acolhimento e classificação de risco. A população-alvo envolveu 17 enfermeiros referentes às duas Unidades de Pronto Atendimento, dos quais sete eram locados na UPA “A” e dez na UPA “B”. Os dados foram coletados por meio das seguintes técnicas: a ambiência, a observação participante, o diário de campo e a entrevista semiestruturada, realizadas no período de 21 a 28 de setembro de 2016. A análise de dados foi operacionalizada à luz da hermenêutica dialética. Foram identificadas as seguintes categorias: o processo do trabalho do enfermeiro na classificação de risco na UPA; percebendo as relações interpessoais com o usuário no processo de acolhimento com classificação de risco e, por fim, fatores limitantes às relações interpessoais no atendimento ao usuário no serviço de urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer. Por meio delas, identificou-se a importância da certificação dos enfermeiros no protocolo Sistema de Triagem Manchester para o bom andamento do processo; a importância do enfermeiro enquanto influenciador da dinâmica dos Serviços de Urgência e Emergência; a atuação do enfermeiro no ACR (Acolhimento com Classificação de Risco) ascende à humanização da assistência; o enfermeiro se vê em uma tentativa de superação do modelo biomédico ao priorizar as relações interpessoais neste contexto; a presença do técnico de enfermagem contribui para uma assistência humanizada; os enfermeiros compreendem e valorizam as relações interpessoais com o usuário, seu par profissional, equipe multidisciplinar e demais trabalhadores; os enfermeiros procuram desenvolver as relações interpessoais por meio de valores como cooperação. Percebeu-se também que sentimentos como respeito e confiança contribuem para qualidade da assistência e que a proximidade emocional, instrumentalizada pela comunicação e escuta qualificada, é fundamental para o desenvolvimento das relações interpessoais. Foram apontados como fatores limitantes às relações interpessoais: o tempo; a superlotação por conta da baixa resolubilidade da Atenção Primária; a insatisfação dos usuários quanto ao STM por desconhecimento de seus objetivos; os conflitos entre médicos e enfermeiros, que impactam a assistência ao paciente. Nenhuma entrevista foi mencionada como “acolhimento”. Conclui-se que, apesar dos SUEs se constituírem em locais de grandes contradições, há de se pensar na importância das relações interpessoais como instrumento catalizador na ação do enfermeiro ao iniciar um processo de transformação no pensar e agir em saúde. E, por fim, acreditando-se que pequenas ações podem transformar contextos, sentimentos, significados e prática, sugere-se um futuro estudo de pesquisa-ação que se beneficie do material desta pesquisa de forma a contribuir para um novo olhar ao ACR.

Palavras-chave: Enfermagem. Acolhimento. Relações Interpessoais. Urgência e Emergência. Sistema de Classificação de Risco.

ABSTRACT

The present research has the objective of analyzing interpersonal relations with users on receiving in risk classification under nurses' perception within the Prompt Help Units (Unidades de Pronto Atendimento – UPA) in a city located in the Brazilian state of Minas Gerais. This is a descriptive research with a qualitative approach which data analysis shall be operated under a dialectic hermeneutics view. The scenario for the research was two prompt help units named “north” and “west” in a city in Minas Gerais. They use the Manchester Tracking System as receiving and risk classification system. The target population involved 17 nurses from both Prompt Help Units, from which 7 nurses were located in UPA “A” and 10 located in UPA “B”. Data were collected through the following techniques: environment, participating observation, field diary and semi-structured interviews that took place from September 21 through 28, 2016. Data analysis was operated through dialectic hermeneutics. The following characteristics were identified: nurses' working process in risk classification at the UPA; perceiving interpersonal relations with users in the receiving process with risk classification and, finally, limiting factors within interpersonal relations on helping users at the urgency and emergency service: matches and mismatches between what is thought and what is done. Through these it was the importance of nurses' certification within the Manchester Tracking System protocol for good development at the process; the importance of nurses as influencer of the Urgency and Emergency Services; acting of nurses on receiving with risk classification goes toward assistance humanization; nurses see themselves in an attempt to surpass the biomedical model when they prioritize interpersonal relations in this context; presence of a nursing technician contributes for humanized assistance; nurses understand and value interpersonal relations with users, their professional peers multidisciplinary teams and other workers; nurses also try to develop interpersonal values through values like cooperation. It was also perceived that feelings like respect and trust contribute for assistance quality and that emotional proximity, instrumented by qualified listening and communication, is fundamental for developing interpersonal relations. Limiting factors found were: time; overcrowding due to poor effectiveness of Primary Attention; users' unsatisfaction with STM due to their unawareness of their objective; conflicts between doctors and nurses that impact assistance to patients. None of the interviews was mentioned as “receiving”. We conclude that, although the SUEs are places with lots of contradictions, we must ponder on the importance of interpersonal relations as a catalyzing instrument in nurses' action on starting a thought and action transformation in the health field. And finally, by believing that small actions can transform contexts, feelings, meanings and practices we suggest a future action-research study benefitting from the material within this research in order to contribute for a new look at receiving with risk calculation.

Keywords: Nursing. Receiving. Interpersonal relations. Urgency and emergency. Risk classification system.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – QUADRO-MODELO DA CONSTRUÇÃO DE ANÁLISE DAS FALAS DOS ENTREVISTADOS.....	39
QUADRO 2 – QUADRO SOCIODEMOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS.....	42
QUADRO 3 – QUADRO DA CONSTRUÇÃO DE ANÁLISE DAS FALAS DOS ENTREVISTADOS DA PRIMEIRA CATEGORIA.....	45
QUADRO 4 - QUADRO DA CONSTRUÇÃO DE ANÁLISE DAS FALAS DOS ENTREVISTADOS DA SEGUNDA CATEGORIA.....	54
QUADRO 5 - QUADRO DA CONSTRUÇÃO DE ANÁLISE DAS FALAS DOS ENTREVISTADOS DA TERCEIRA CATEGORIA.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ALERT	<i>Software</i> adaptado do STM preconizado nas UPAs desta pesquisa
APS	Atenção Primária à Saúde
ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
CEP	Comissão de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede Assistencial de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência
STM	Sistema Triagem de Manchester
SUE	Serviço de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UAP	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3. OBJETIVOS.....	32
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5.1. O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento	45
5.2. Percebendo as relações interpessoais com o usuário no processo de acolhimento com classificação de risco.....	54
5.3. Fatores limitantes às relações interpessoais no atendimento ao usuário de urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer.....	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICES.....	94
ANEXOS.....	103

1. INTRODUÇÃO

Atualmente existe uma grande preocupação em realizar estudos sobre os serviços de emergência, não apenas no Brasil como em todo o mundo. Tal fato deve-se ao aumento da demanda pelo público nesses serviços, acarretando uma superlotação dos mesmos, o que demonstra déficits na estruturação da rede assistencial de saúde (BRASIL, 2009).

As instituições que atendem urgência e emergência estão cada vez mais sendo utilizadas como uma das principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde. Recebem os mais variados tipos de pacientes, desde os realmente graves até os casos mais simples, que poderiam ser solucionados na atenção primária (BRASIL, 2002, 2005, 2006, 2009).

O número de usuários que chegam às portas das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) caracteriza-se, essencialmente, pelo aumento do número de acidentes, por violência doméstica e não resolubilidade dos casos de saúde na atenção primária (BRASIL, 2003).

A lógica de atendimento por ordem de chegada tem prejudicado os usuários que necessitam de assistência de forma rápida. É comum verificar que pacientes com quadros clínicos mais graves e que necessitam de atendimento imediato ficam aguardando por muitas horas, enquanto urgências de menor complexidade de cuidados são atendidas imediatamente (BRASIL, 2006a).

Neste contexto, a humanização e a integralidade da assistência ao usuário voltada para o rompimento da dicotomia entre teoria e prática não é simples e requer mudanças de paradigmas (BRASIL, 2009). Um importante marco rumo a essas mudanças é a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta surge como ação técnico-assistencial e objetiva um rompimento no paradigma na relação profissional-usuário e toda a rede social, por meio de medidas que buscam um atendimento mais humanitário e solidário, norteado pelos princípios do SUS, como equidade, universalidade, acessibilidade e integralidade (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Na tentativa de reorganização do atendimento no sistema público de saúde, foi implantado o acolhimento com classificação de risco (ACR), que tem por finalidade determinar a priorização do atendimento, remanejando a ordem da fila e o tempo de espera do usuário na mesma (SOUZA, 2011).

Acolhimento é um modo de atendimento em saúde em que os usuários são recebidos por profissionais que possuem habilidade de acolher, escutar, responder e possibilitar um atendimento com resolubilidade e responsabilização durante toda a assistência (BRASIL, 2006, 2009).

Na maioria das instituições de saúde, o enfermeiro tem sido o profissional de primeira escolha devido a sua formação direcionada à gestão de pessoas com ênfase na humanização. A triagem estruturada também possibilita um melhor gerenciamento da unidade e a resolução dos conflitos nela existentes (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011). Nesse contexto, o enfermeiro necessita disponibilizar-se emocionalmente, inclinando-se ao desafio de ser empático às necessidades do usuário, compreendendo sua história por meio das várias formas de se comunicar (SILVA, 2006).

Para que o acolhimento seja integral, o encontro com o usuário deve ser guiado pela capacidade do profissional de compreender o sofrimento que se manifesta e o significado mais imediato de suas ações e palavras. Portanto, está-se falando de singularidade no atendimento a cada caso. O usuário, ao se sentir singularizado, desfragmentado, apresenta melhora do quadro clínico, ao mesmo tempo que se observa o aumento de satisfação, tanto do usuário quanto do profissional (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2015).

Nesse sentido, o enfermeiro precisa compreender e buscar desenvolver as competências interpessoais, principalmente as relações interpessoais. Em contrapartida à importância em atender o usuário integralmente, esse profissional depara-se com o desafiador cenário dos serviços de urgência e emergência do nosso país – um dos principais nós do Sistema Único de Saúde (SUS) (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

Vários estudos (GUEDES, 2014; GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2015; CHIANCA, 2015; OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2016; SOUZA et al., 2015) têm sido realizados no sentido de analisar e compreender questões referentes ao processo de classificação de risco no Brasil, entretanto encontram-se poucas pesquisas que tratam das questões das relações interpessoais durante o processo do ACR, principalmente nos serviços de emergência e urgência.

Diante disso, as questões que nortearam o presente estudo foram: Como é o trabalho do enfermeiro no setor de urgência e emergência realizando o acolhimento

com classificação de risco? Como o enfermeiro percebe as relações interpessoais nesse trabalho? As relações interpessoais interferem na assistência prestada pelo enfermeiro ao usuário?

Partindo dessas questões norteadoras, o estudo será direcionado para análise das relações interpessoais no processo de acolhimento com classificação de risco no setor de urgência e emergência. Serão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos, formulados a partir do objeto de estudo (relações interpessoais no acolhimento ao usuário na classificação de risco), que servirão para orientar a realização deste trabalho.

Corroborando essa visão a tendência de o mundo globalizado trazer para a área da Enfermagem conceitos como envolvimento ético, relações de empatia, autoconhecimento, aperfeiçoamento da comunicação, persistência, motivação, habilidades sociais e resistência psicológica (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

Assim sendo, acredita-se que a habilidade de saber relacionar-se com as pessoas torna-se um instrumento potencialmente capaz de concorrer para a humanização dos relacionamentos de trabalho e do próprio cuidado em si. Por conseguinte, observa-se o usuário mais satisfeito ao receber uma assistência mais digna, efetiva e de qualidade.

A partir dessa visão, será estabelecida uma reflexão orientada para a valorização do desenvolvimento das relações interpessoais e suas interfaces por parte do enfermeiro enquanto meio de se alcançar eficiência e eficácia nas ações e serviços, tendo por base a integralidade e humanização do cuidado. Será detalhado o percurso metodológico seguido para o alcance dos dados, bem como o método de análise. Tal análise ocorrerá por meio das anotações de diário de campo e das falas submetidas à hermenêutica dialética.

Por fim, encontram-se as considerações finais e as sugestões construídas a partir dos achados com algumas palavras que representam um pouco do meu sentimento pessoal ao fechar esse ciclo de amestramento. Soma-se ainda minha prática enquanto enfermeira desde a graduação, quando, ao ingressar no mercado de trabalho, percebi que ter competência, habilidade e atitude não era suficiente para que eu impactasse positivamente os indicadores de saúde daquela comunidade. Era preciso “algo mais”. Percebi que as competências interpessoais, mais especificadamente as relações interpessoais, eram capazes de me

instrumentalizar a fim de alcançar meus objetivos na população em questão. Quinze anos se passaram desde então e minha experiência fortaleceu a relevância que as relações interpessoais possuem na assistência de enfermagem ao paciente. Apesar de minha prática de vida profissional passar pela atenção primária e secundária, eu não possuía tal experiência no setor de urgência e emergência. Portanto assumi o desafio de analisar as relações interpessoais nesse contexto.

Considero esta pesquisa expressiva, uma vez que poderá gerar reflexões e mudanças de paradigmas na assistência cotidiana ao paciente. Poderá contribuir também para o ensino da Enfermagem, viabilizando o empoderamento do enfermeiro, no que se refere às competências interpessoais, desde o momento em que o mesmo for inserido no mercado de trabalho.

Esta poderá contribuir para o estudo do tema, já que se tornou evidente na revisão integrativa que existe uma lacuna na abordagem desse assunto. Muito se verificou sobre valor preditivo e assertividade do protocolo Manchester no acolhimento com classificação de risco, entretanto, pouco enfoque nas relações humanas durante esse processo. Menor ainda sobre relações humanas no acolhimento com classificação de risco no setor de urgência e emergência.

Esse estudo poderá ser relevante no sentido de incrementar as disciplinas da graduação em Enfermagem promovendo uma visão realista do acolhimento com classificação de risco e instrumentalizando os alunos no aprendizado das competências interpessoais *in loco*.

Além disto, esta pesquisa poderá auxiliar em outros estudos referentes ao tema.

E por fim, poderá contribuir para educação permanente robustecendo e inspirando os trabalhadores dos serviços de urgência no seu cotidiano, não apenas no acolhimento com classificação de risco mas em toda a Unidade de Pronto Atendimento.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A saúde brasileira vem sofrendo uma série de mudanças ao longo do tempo advindas principalmente da Reforma Sanitária. Desde 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), seguida da instituição do Programa de Estratégia de Saúde da Família na década de 90, busca-se a reestruturação e a reorganização dos níveis de atenção à saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Com a implantação do SUS, o sujeito passou a ter voz, aparecendo então como cidadão, pois passou a ter a lei (Lei 8.142/90) como garantia e especificação de seus direitos e deveres (PAIM et al., 2011).

Em consequência desta reformulação do SUS, surgiram novos conceitos no âmbito das políticas públicas do país. Neste cenário, destaca-se a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde-Humaniza SUS (PNH), a qual traz em si os conceitos de universalidade, integralidade, equidade da atenção à saúde, apontando uma concepção de saúde que não se restringe à ausência da doença, busca também o viver com qualidade (BRASIL, 2006). À luz dessa política, surge o entendimento de humanização como a valorização dos diferentes sujeitos que fazem parte do processo de produção de saúde, sendo eles: usuários, trabalhadores e gestores.

Destarte, deu-se início à execução de várias estratégias que possibilitassem o envolvimento ético entre profissionais de saúde e usuários, entre os profissionais da equipe multidisciplinar e também da instituição hospitalar com a comunidade, buscando proporcionar qualidade, resolubilidade e eficácia na atenção à saúde. A participação popular, por meio dos conselhos de saúde, ouvidorias, entre outros, é um dos instrumentos utilizados atualmente pelo SUS para esse fim (BRASIL, 1990).

Para a viabilização desses princípios e resultados esperados, a PNH utiliza-se de alguns dispositivos, entre eles o acolhimento com classificação de risco nos três níveis de atenção à saúde, incluindo os serviços de urgência e emergência encontrados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (BRASIL, 2006).

Desde a implantação do SUS, o cidadão brasileiro passou a ter o direito à saúde gratuita e integral organizado por critério de densidades tecnológicas em nível primário, nível secundário e nível terciário.

O nível de atenção primária caracteriza-se por baixa densidade tecnológica, nele são realizados procedimentos de alta complexidade e menos onerosos, além

de ações voltadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Cabe a essa esfera de atendimento a resolução de aproximadamente oitenta e cinco por cento dos casos que procuram o SUS.

No nível de atenção secundária, encontram-se os serviços especializados que, desde 2008, expandiram-se devido à criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) com a finalidade de reduzir as filas e o tempo de espera dos usuários nas portas dos prontos-socorros (BRASIL, 1990). As UPAs têm articulação com as unidades móveis de atendimento hospitalar (SAMU) e prestam atendimento 24 horas. Por fim, o nível terciário caracterizado por procedimentos de alto custo e por maior densidade tecnológica, principalmente a tecnologia dura (BRASIL, 1990).

A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: de 1998 até 2003, há predomínio da regulamentação; entre 2004 e 2008, há grande expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); e, a partir de 2009, predomina a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidades de Pronto-atendimento – UPAs (KONDER; O'DWYER, 2015).

Nesse contexto, os marcos mais relevantes da Política Nacional Humanização foram o financiamento federal, a regionalização e a capacitação dos profissionais. Essa política surgiu como uma normatização coerente com o objetivo de oferecer o cuidado integral na atenção às urgências (KONDER; O'DWYER, 2015).

Segundo Konder e O'Dwyer (2015), a Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau) tem entre seus méritos a ampliação do conceito de urgência baseado apenas em critérios clínicos, incorporando a concepção advinda do usuário. A partir dessa política, a diferenciação entre urgência/emergência é superada e substituída pelo termo “urgência” em níveis crescentes de gravidade (BRASIL, 2003a).

As UPAs se constituíram no principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e têm se estabelecido como importante ponto de acesso ao sistema, instituindo-se enquanto unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares. São classificadas em três diferentes portes (BRASIL, 2008, 2009, 2011), de acordo com a população do município-sede, a área física,

número de leitos disponíveis, a gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos.

As competências atribuídas às UPAs dentro da rede de atenção às urgências destacam seu caráter assistencial, mas, sobretudo, sua natureza de pronto-atender, ao definir que o acolhimento às demandas dos usuários deve ocorrer sempre. Desse modo, a legislação recusa a possibilidade de a unidade operar apenas pela lógica de urgência, até então, comum aos profissionais de saúde (PAIM et al., 2011).

A perspectiva de rede também se expressa na obrigatoriedade de essas unidades terem de se articular com outros componentes da Rede Assistencial de Saúde (RAS), sendo retaguarda para Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (Samu) e atenção básica e recorrendo aos hospitais e centrais de regulação, através da pactuação de grades de referência e contrarreferência (PAIM et al., 2011).

Emerge, neste ponto, o conceito de rede assistencial em saúde (RAS), que é sustentado por critérios, fluxos e pactuações de funcionamento a fim de assegurar a atenção integral aos usuários através de encaminhamentos resolutivos em suas várias esferas. Embora muitos avanços já tenham sido conquistados com o Humaniza SUS, as unidades de pronto atendimento (UPAs) ainda constituem um recurso importante para a população brasileira, uma vez que a atenção primária não tem sido suficiente e eficaz na resolução das demandas inerentes a ela (PAIM et al., 2011).

Observa-se, nas últimas décadas, o aumento da demanda por atendimento nos serviços de urgência e emergência devido ao crescimento do número de acidentes, da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede assistencial em saúde.

Problematizando ainda mais a questão, as doenças crônicas representam 75% de carga global do Brasil medido em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Essa categoria deveria ter como setor de referência de atendimento a atenção primária (BRASIL, 2006). Isso tem gerado sobrecarga dos serviços de urgência, caracterizando essa área como uma das mais problemáticas do sistema de saúde atualmente.

Neste contexto, os serviços de urgência e emergência continuam representando a principal porta de entrada do usuário no SUS (BRASIL, 2011). Assim sendo, desembocam nestes serviços usuários com estado de saúde graves e

não graves, o que dificulta o estabelecimento de prioridade de atendimento. Não é incomum presenciar longas filas de usuários aguardando atendimento ou até mesmo em atendimento improvisado nos corredores destes serviços.

Somados a essas questões, surgem outros desafios a serem superados, tais como: processo de trabalho fragmentado, conflitos e disparidades de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desconsideração aos direitos desses usuários, desarticulação com o restante da rede de serviços, entre outros. Tornou-se evidente a necessidade de reestruturação no atendimento deste setor no sentido de substituir o critério de atendimento que se dá por ordem de chegada (BRASIL, 2009).

Segundo Campos (2010), a gestão do cotidiano em saúde é um local de produção de cristalização dos modelos de atenção. Assim sendo, faz-se necessário sugerir ferramentas conceituais e operativas que intervenham sobre o processo de trabalho em saúde e valorizar o papel das relações intersubjetivas no cotidiano do “fazer” e “pensar saúde”.

Modelos de saúde, segundo Mendes (2012), constituem-se como um arranjo que busca fazer a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e das práticas cotidianas em saúde, sendo um dos fatores que condicionam a viabilidade do SUS.

Portanto, os modelos de saúde não se traduzem apenas em arranjos organizacionais como forma de administrar um serviço, mas refletem uma determinada combinação de saberes e técnicas que é utilizada para resolver problemas e atender as necessidades de saúde individuais e coletivas.

Atualmente, o debate em torno do processo de trabalho em saúde, como elemento central do modelo de produção de cuidado, tem sido essencial para compreender aspectos específicos do caso da saúde e, em particular, o reconhecimento da centralidade do trabalho vivo. O processo produtivo do cuidado, segundo Merhy (2012, p. 157), “mobiliza forças extraordinárias no ato produtivo, que passa a ser permeado por tudo que é humano”.

Há reconhecimento de que no trabalho em saúde a subjetividade é operadora de realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa seu trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde.

O ato de cuidar é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras. É um modo de ser, ou seja, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros (BOFF, 1999). Sendo assim, destaca-se os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização, nos quais se vê claramente a relação do trinômio usuário-trabalhadores de saúde e gestores em saúde, possibilitando maior autonomia na escolha de seus recursos e na produção de modelagens adequadas aos serviços de saúde. Entre esses princípios, destacam-se: valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; suporte à construção de redes cooperativas, que tenham compromisso com a produção de saúde e de sujeitos e, por fim, a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos na rede do SUS (BRASIL, 2009).

Diante dessa realidade, a PNH-Humaniza SUS vislumbrou articular e ampliar o acesso ao sistema de saúde e minimizar as filas e o tempo de espera dos usuários. O instrumento definido para tal finalidade encontra-se minuciosamente descrito na Cartilha do Ministério da Saúde e tem por nome “Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência” (BRASIL, 2009). Desde então, as ações de serviços de urgência e emergência do país têm investido no ACR como uma intervenção impactante na reorganização do fluxo de atendimento na rede em saúde e na otimização das ações de promoção à saúde.

Um estudo realizado nas UPAs de um município do Estado de Santa Catarina concluiu que, no momento de dor e sofrimento, as pessoas buscam atendimento onde há possibilidade, não se importando com a complexidade do serviço, fato que é confirmado nos plantões e é responsável pelo aumento significativo da carga de trabalho em várias unidades de atendimento às urgências. Tal situação impacta a assistência prestada, afetando, principalmente, a equipe que realiza o acolhimento. Essa é uma atividade reconhecida pelos profissionais da enfermagem das UPAs como um diferencial dessas unidades (OLIVEIRA et al., 2013).

Deve-se compreender que o ACR é um processo dinâmico que pretende identificar os pacientes que necessitam de intervenção imediata mediada por uma avaliação inicial, partindo de sua queixa principal. É importante ressaltar que, por não se tratar de um instrumento de diagnóstico, não se deve excluir nenhum usuário

sem que esse seja atendido pelo profissional médico (SOUZA et al., 2011; GUEDES et al., 2013).

É relevante trazer à tona o campo de necessidades do usuário do SUS descrito pela classificação das necessidades de saúde em quatro tipos ou grandes conjuntos, a saber: boas condições de vida, acesso à rede garantido, criação de vínculos efetivos com os usuários e a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de viver (CECÍLIO, 2012).

A classificação de risco vem sendo utilizada por muitos países, inclusive o Brasil. Ao longo do tempo, foram desenvolvidos vários protocolos de atendimento com o intuito de priorizar e agilizar atendimento aos usuários mais graves, sem excluir os usuários em condições de saúde menos graves. O protocolo de acolhimento com classificação de risco vem expandindo-se pelos serviços de urgência e emergência do país, tanto públicos como particulares.

Este acolhimento baseado em classificação de risco tem a vantagem de gerar um padrão de linguagem sobre as queixas clínicas e do tempo de atendimento, além de trazer reconhecimento aos trabalhadores da urgência. Variações deste procedimento são utilizadas para a realização da classificação de risco nos serviços de urgência/emergência no mundo, tais como: *Australasian Triage Scale* (ATS©), *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS©), *Emergency Severity Index* (ESI©), *Manchester Triage System* (MTS©) e o Modelo de Andorra (*Model Andorrà del Triage – MAT©*) (SOUZA et al., 2011; GUEDES, 2014). É importante lembrar que todas essas escalas se baseiam no estabelecimento de cinco níveis de prioridade, a saber: emergência, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente.

Em 14 de junho de 2011, o governo do Estado de Minas Gerais publicou a Resolução n. 2.838, a qual reza os critérios de implantação e operacionalização do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência – Sistema Manchester como instrumento único a ser adotado em urgência e emergência em todo o estado (BRASIL, 2011).

Apesar de alguns autores afirmarem a inexistência de uma escala que contemple a totalidade de uma avaliação, o Sistema Manchester apresenta-se em vantagem, uma vez que não tem por finalidade realizar um diagnóstico médico, mas fazer a classificação de risco, usando critério clínico, uniforme e sistematizado,

permitindo uma caracterização mais fidedigna do perfil do paciente que busca os vários serviços de saúde (MINAS GERAIS, 2011).

De forma simplificada, os critérios de classificação do risco clínico no Sistema Manchester incluem o método de avaliação da queixa principal do paciente. Para os níveis de prioridade uma cor é atribuída, o tempo de espera para o atendimento médico, estratificação do risco em cinco níveis distintos visualizados por cinco cores diferentes para cada um desses níveis, bem como a reavaliação de enfermagem. Assim sendo, tem-se que a cor vermelha (emergente) tem atendimento imediato; a laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; o amarelo (urgente), 60 minutos; o verde (pouco urgente), 120 minutos; e o azul (não urgente), 240 minutos (JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012) (Anexo 2).

Apesar de a triagem de classificação de risco já estar prevista desde 2002 pela Portaria n. 2.048 do Ministério da Saúde, o termo “acolhimento” fortaleceu-se no país a partir do ano de 2009, na cartilha “Acolhimento e Classificação de Risco em Serviços de Urgência” (BRASIL, 2002).

Em 2003, por meio da cartilha de “Política Nacional de Atenção às Urgências”, foi definido as competências do profissional o qual seria responsável pelo processo de classificação de risco, a saber:

[...] deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2003, p.65).

Em 2011, foi publicado o Parecer Técnico n. 136 do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais - COREN-MG (MINAS GERAIS, 2011) - o qual declara a competência do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco nos diversos pontos de atenção à saúde da população, com base na competência técnica da graduação, capacitações em serviços, bem como na legislação do Conselho Nacional de Enfermagem – COFEN - de 12 de abril de 1993, que define a consulta de enfermagem como “uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença” (BRASIL, 1993).

Retomando o termo “acolhimento”, esse é definido pelo dicionário Silveira Bueno como “acolhida”. “Acolher” como “receber, dar acolhida, hospedar, admitir, ter em consideração, abrigar-se, refugiar-se, amparar-se” (BUENO, 2007, p. 21).

Para este estudo, serão utilizadas duas conceituações. Uma da diretriz da PNH em que o termo “acolhimento” é definido como:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006, p. 35).

O outro conceito a ser adotado é o de Holanda, Marra e Cunha (2014, p. 375), que definem acolhimento como a “capacidade de escutar, atender e perceber as necessidades do outro, assumindo postura capaz de dar resposta mais adequada ao cliente com estabelecimento de uma comunicação efetiva para que se sinta incluído no processo”.

Neste cenário, o termo “acolhimento” aponta questões de organização e processos do trabalho, fortalecendo a compreensão sobre ética e política na postura dos profissionais frente ao usuário, bem como a reformulação do modelo de assistência e de gestão.

É importante incluir a ideia de que a dimensão relacional, que é central no processo de trabalho, comporta um tipo de tecnologia, pois o modo de estabelecer estas relações é tecnologicamente orientado. Baggio e Erdman (2016) afirmam que as relações de cuidado, em seus movimentos, apresentam dimensões múltiplas e interligadas, advindas do viver complexo. São relações subjetivas, plurais e também singulares à experiência humana, as quais envolvem, além da formação de vínculos e trocas mútuas, conflitos, conturbações e animosidades, inerentes às relações coletivas.

Nas relações intersubjetivas estabelecidas entre os profissionais de saúde, cada um coloca um pouco de si, mostra seu modo de agir e influencia o outro de forma positiva ou negativa. Baggio e Erdman (2016) salientam que compreender essas relações significa identificar as particularidades inerentes a cada pessoa envolvida no processo, a pluralidade de possíveis interpretações desses sujeitos e os diferentes eventos que permeiam o ambiente e as ações de cuidado.

As relações estabelecidas também podem ser influenciadas pelas múltiplas inter-relações com outros seres, pelas trocas e pelos múltiplos aspectos que envolvem cada ser, sejam eles biológicos, sociais, culturais, psicológicos e/ou econômicos.

Nesta perspectiva, ressalta-se a importância do uso adequado das tecnologias em saúde. As tecnologias podem ser divididas em tecnologias leves, leve-duras e duras. As primeiras tratam das relações; o segundo tipo refere-se aos saberes estruturados, como as teorias e, por fim, as tecnologias duras são os recursos materiais (MERHY, 1997).

O uso das tecnologias leves em saúde aponta uma nova concepção de acolhimento, vínculo e atenção integral, conceitos esses que compõem a PNH-Humaniza SUS (BRASIL, 2011). No campo da saúde, a humanização diz respeito a usuários, trabalhadores e gestores, que mantêm uma relação comprometida e corresponsável, tendo como pano de fundo o estabelecimento de vínculo, a construção de redes de apoio e a participação coletiva no processo de gestão da saúde (BRASIL, 2011).

Campos (2010) salienta que é preciso realizar um esforço de superar a dicotomia entre o carácter objetivo e o subjetivo dos modelos em saúde, buscando entender que a saúde, física e mental, é produzida na sociedade e influenciada pelo conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivência num corpo que também é biológico.

No cotidiano dos serviços de saúde, pode-se observar o quanto uma ação ganha potência e resolubilidade quando se inclui a possibilidade de olhar para o modo como a pessoa vivencia a doença, as relações que a partir daí se estabelecem no meio familiar e social e o significado que ela atribui ao serviço que a recebe e ao tratamento que lhe é oferecido.

Em concordância, Mendes (2012) afirma que a atenção focada na pessoa é dependente da habilidade de realização de conexões entre o que é geral da ciência biomédica e a vivência individual, seja ela objetiva ou subjetiva, consciente ou inconsciente, do sujeito portador de doença ou sofrimento.

Seguindo essa linha de pensamento, observa-se que, desde a implantação da PNH, várias estratégias vêm sendo implantadas a fim de que o conceito e a metodologia de humanização do SUS sejam uma realidade na vida de seus usuários

que, cada vez mais, reivindicavam qualidade na assistência. A princípio, essas iniciativas encontraram um cenário ambíguo em que a humanização era requerida pelos usuários e alguns trabalhadores, porém às vezes banalizada pela maioria dos profissionais e gestores.

Tal discurso demonstrava claramente a urgência de se encontrar um equilíbrio. De um lado, os usuários reivindicando o que lhes é de direito, como atenção no acolhimento e que este se dê de modo resolutivo e, por outro lado, os profissionais lutando por melhores condições de trabalho (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ainda que não se perceba a palavra humanização em muitos dos programas e ações instituídas pelo governo, pode-se observar uma tênue relação entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário. De início, observam-se a sedimentação do conceito e ações de humanização de forma segmentada por áreas e níveis de atenção à saúde; relacionadas ao exercício de algumas profissões como o assistente social, ao gênero feminino ou orientadas por exigências do mercado de trabalho no sentido de focar o cliente e assegurar qualidade total à assistência (SANTOS, 2013).

Atualmente, verifica-se uma evolução nesta concepção. A compreensão de que o humano precisa ser buscado e compreendido em sua diversidade e nas mudanças que ele experimenta nos movimentos coletivos que ganham espaço na saúde pública. Dessa forma, tem havido o reposicionamento dos sujeitos integrantes das práticas de saúde a partir do momento que se considera que os sujeitos sociais, quando engajados e mobilizados, são potencialmente capazes de transformar a si próprios e suas realidades (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ergue-se o conceito de “Clínica Ampliada” em meio aos modelos de saúde, ao qual, segundo Campos (2010), é relevante fazer uma crítica no que se refere ao seu papel no controle social e na redução dos sujeitos a objetos/doenças, nos interesses econômicos na saúde e no fortalecimento dos interesses privatistas no complexo médico-industrial.

Todavia, parece não ser possível pensar a superação do paradigma biomédico sem sua contribuição. No entanto, faz-se necessário superar seus limites, buscando qualificar a intervenção sobre o sofrimento e a doença, valorizando o encontro trabalhador/usuário como um espaço de produção compartilhada de relações.

De acordo com Figueiredo e Furlan (2010), para que os profissionais de saúde compreendam os sujeitos e passem a operar em conjunto com eles, faz-se necessário ir além do modelo biomédico vigente para uma “ampliação do objeto, dos objetivos e dos meios de trabalho em saúde”, potencializando assim a sua habilidade nas relações interpessoais (FIGUEIREDO; FURLAN, 2010, p. 24).

Para tanto, é mister adotar outras estratégias de interação com esse usuário, acolhendo-o e auxiliando-o a se tornar protagonista de sua condição de saúde. É transformando as formas de os sujeitos se relacionarem, formando um coletivo, que as práticas de saúde podem ser alteradas efetivamente. Por conseguinte, percebeu-se a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e de gestão do cuidado (SANTOS et al., 2013). Cabe ressaltar que, no que diz respeito aos processos de trabalho, é incoerente que se cuide do usuário e descuide dos trabalhadores.

Fica evidente que a gestão e a atenção produzem subjetividade, afetos e mobilizam emoções. Sendo assim, os profissionais inseridos nesse contexto atual em saúde precisam desenvolver novas capacidades técnicas e pedagógicas, tanto os gestores como os trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que o mesmo pode trazer aos usuários e aos trabalhadores (CAMPOS, 2010). Além disso, não há como mudar as formas de relacionamento nas instituições de saúde sem que se incentive e aprimore a comunicação, a fim de resultar em maior conectividade (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011).

Acolher bem o usuário significa, entre outros, ter uma atitude que garanta a escuta qualificada das demandas com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologia para que se produza saúde individual e coletiva. Isso se traduz na abertura da unidade de saúde e na plasticidade do projeto de atenção prestado a determinado indivíduo ou a um coletivo, procurando garantir a humanização da relação instituição/usuário (MERHY, 2012).

A função das portas de entrada da assistência à saúde não é mais barrar e limitar o atendimento, e sim responder, de modo criativo, aos problemas que aparecem, explorando o máximo de tecnologias leves de que dispõem os trabalhadores. Entretanto, esse discurso parece dissipar-se quando se trata do atendimento de urgência e emergência. Ainda hoje, muitos desses serviços convivem com grandes filas onde os usuários disputam o atendimento por ordem de

chegada. Tal circunstância aumenta a possibilidade de casos agravados ou óbitos que poderiam ser evitados.

Segundo Paim (2011), a prestação de serviços especializados no SUS é um dos nós da saúde pública brasileira, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes privilegia os portadores de planos de saúde. Ela se caracteriza por ser pouco regulamentada e preterida a serviços de alto custo. Neste setor, destaca-se a implantação das UPAs. O principal desafio desse setor, segundo o autor, é melhorar a gestão clínica, a promoção à saúde e o uso racional de recursos.

Segundo Assis (2012), a equipe de enfermagem encontra-se sobrecarregada de atribuições, apontando a dificuldade de avaliar seus processos de trabalho e interferir para mudá-los. Essa equipe é responsável por atender o usuário desde a recepção até o momento de sua alta hospitalar. Junto a ele, os profissionais de enfermagem vivenciam repetidas circunstâncias geradoras de estresse como medo, morte, sofrimento, dor, desesperança, o que pode ocasionar graves consequências aos mesmos, como problemas físicos, emocionais e, até mesmo, na qualidade do cuidar.

Salomé, Martins e Epósito (2009) ressaltam que os trabalhadores dos serviços de urgência sofrem devido à privação de sono por extensas e múltiplas jornadas de trabalho; à insuficiência de recursos humanos, técnicos e materiais; à superlotação de doentes; à desvalorização profissional; às relações interpessoais precarizadas; a pouca participação na gestão dos serviços e ao vínculo fragilizado com o usuário. Essas questões refletem a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de urgência do Brasil vem se sustentando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano, enfatizando a doença em detrimento do sujeito e de suas necessidades (OLIVEIRA et al., 2013; VASCONCELOS et al., 2012).

No entanto, não apenas no setor de urgência e emergência, mas em toda a unidade de atendimento, a equipe de enfermagem presta assistência objetivando o cuidado terapêutico humanizado. Em virtude disso, as relações de poder na equipe de enfermagem podem ser potencialmente comprometedoras da qualidade de trabalho desses profissionais, além de acarretar prejuízos à saúde física e psíquica dos mesmos. Tudo isso provém, na maioria das vezes, de uma liderança ineficaz por parte do enfermeiro.

A equipe de enfermagem, especificamente a que atua no setor de urgência e emergência, precisa ter dinamismo, disposição emocional, autoestima elevada, entrosamento e principalmente relacionamentos interpessoais satisfatórios para que haja produtividade e eficiência em um ambiente mais acolhedor.

Neste sentido, salienta-se que a equipe de enfermagem se relaciona, ainda envolta em um forte modelo biomédico, com uma gama de profissionais de saúde. Essas relações de poder sinalizam uma necessidade urgente de o enfermeiro, enquanto gestor de pessoas, rever sua postura com os demais profissionais de saúde e com sua própria equipe, uma vez que esse fator é determinante para um ambiente laboral mais salutar (COUTO; OLIVEIRA; PAES, 2014).

No entanto, quando o poder é utilizado de forma inadequada, pode gerar tensão entre os componentes da equipe de enfermagem. Segundo Foucault (2008), esse processo que envolve o poder é denominado de microfísica do poder. Este, apesar de invisível e impalpável, é compreendido à medida que as relações de poder vão se desenvolvendo em meio à liderança, culminando em um controle detalhado e minucioso do corpo do trabalhador por meio de gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos.

Compreender a importância de promover e de desenvolver o relacionamento com a equipe é priorizar a satisfação dos liderados, tornando o ambiente de trabalho leve e, conseqüentemente, prestando uma assistência mais satisfatória aos usuários. Como a essência do cuidado do enfermeiro está no contato com o outro, evidencia-se, portanto, que este profissional desenvolve a competência de compreender as relações humanas, tornando-se um líder, fonte de inspiração para os liderados e de respeito para os demais membros da equipe multidisciplinar.

O trabalho em equipe, que tem sido defendido como um aspecto importante nas mudanças do atual processo produtivo flexível, representa uma proposta assinalada há décadas no campo da saúde. Portanto, no trabalho em equipe em saúde, simultaneamente, há a necessidade de autonomia técnica e a necessidade de cooperação e composição dos trabalhos especializados.

Ademais, ao trabalho em equipe, soma-se uma problematização no que diz respeito às singularidades da linguagem, tensionado a linha entre a comunicação e a inter-relação indispensáveis à mútua ajuda. Ou seja, em meio a essa tênue linha, o profissional precisa saber exercitar sua autonomia ao mesmo tempo que se

responsabilizar totalmente por sua intervenção e, concomitantemente, vincular suas ações às dos outros profissionais (PEDUZZI, 2002).

Esse novo papel deve levar em conta o perfil assistencial e adotar a integralidade como princípio norteador de qualidade e humanização do cuidado. A introdução no sistema de saúde de novas racionalidades, como o princípio da integralidade, pressupõe que o profissional de saúde mude sua prática ao desenvolver um olhar novo para o doente, para o colega de trabalho e para si mesmo, com vistas a ir além da realização de atos formais. Também pressupõe instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais (PIROLO; MOREIRA; ROMEU, 2011).

A busca da integralidade do cuidado perpassa pela revisão da dimensão do cuidado, na qual os profissionais de saúde se incluem como responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde. Assim eles ampliam sua capacidade de acolher, de estabelecer vínculos, de dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritas no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicional (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016). Nesse sentido, a produção do cuidado integral deve ser pensada e realizada de acordo com necessidades socialmente determinadas, além de intervir na realidade, de forma articulada e corresponsabilizada.

O acolhimento é uma das dimensões de análise na constituição de uma nova prática, valorizando a comunicação da equipe de saúde com os usuários, enquanto espaço de atenção e escuta ativa, buscando dar respostas adequadas a cada pessoa, em todo o percurso de busca nas unidades de saúde, desde a recepção até a alta.

Segundo Assis et al. (2015), o acolhimento prevê a oferta de serviços às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde de uma coletividade, por meio das tecnologias disponíveis, ampliando o valor das tecnologias leves e reconhecendo sua relevância no cuidado em saúde.

Já o vínculo, outra dimensão a se analisar, pode possibilitar a ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico. Nesse contexto, deflagra-se a responsabilização compartilhada, isto é, a capacidade de perceber as singularidades e de investir na capacidade individual e coletiva de fazer escolhas conscientes (ASSIS et al., 2015). Assim, o vínculo deve ser inerente

ao trabalho em equipe, a fim de que se concretize um trabalho compartilhado e prazeroso, situando o usuário no centro do processo de produção das práticas.

Peduzzi (2002, p. 78) afirma que esse novo trabalhador desejoso de ampliar seu olhar para o agir em saúde é atravessado pela lentes dos princípios da integralidade do cuidado. Ele “necessita de uma qualificação que inclua múltiplos aspectos: habilidades cognitivas, de abstração [...], comunicacionais; de inter-relação com clientes e demais trabalhadores [...]; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo”.

Portanto, destaca-se o lugar central da comunicação e das inter-relações nesse novo modo de produzir o trabalho, tanto pela sua complexidade como pela necessidade de cooperação e, por conseguinte, da identificação e superação dos obstáculos à cooperação.

Nesta perspectiva, o enfermeiro precisa estar atento a todas essas interferências, além de estar intencionado a ser um dos instrumentos desta política de atenção integral e humanizada, direcionando-a à sua equipe e aos seus clientes. Encontrar este espaço na atual realidade é um desafio para este profissional enquanto gestor de processos e de pessoas. Tal dificuldade pode ser superada se o enfermeiro estiver aberto a desenvolver novas habilidades, em especial, as relações interpessoais.

Munari e Bezerra (2004) corroboram afirmando que as atitudes e os comportamentos frente às exigências atuais do mercado de trabalho estão relacionados diretamente à formação técnica do enfermeiro. Ressalta-se também a capacidade deste em dinamizar os aspectos relacionais, os quais podem ser desenvolvidos a partir da ampliação da consciência de si mesmo, do controle da impulsividade, do aperfeiçoamento da comunicação, da persistência, da motivação, da empatia, das habilidades sociais e da resistência psicológica.

Mencionar as competências para se relacionar implica reconhecê-las como uma forma de tecnologia para o cuidado em saúde e uma ferramenta capaz de tornar as ações em saúde mais participativas. Além disso, instrumentalizam o enfermeiro a mobilizar-se da alienação e do tecnicismo para o exercício reflexivo e competente do seu saber na assistência em saúde (SOARES et al., 2011).

Entre estas competências destaca-se a competência interpessoal. Sabe-se que a mesma não é a única capaz de resolver todos os desafios que são

encontrados na área de saúde, muito menos os que são enfrentados pelos enfermeiros, mas acredita-se que tal instrumento pode concorrer para a humanização dos relacionamentos de trabalho e do próprio cuidado.

Neste estudo, será adotado o seguinte conceito para relações interpessoais: “capacidade de interagir com pessoas no cotidiano, considerando suas necessidades e expectativas e agregando valor a esta relação. Envolve contato cordial, empático e profissional” (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014, p. 375).

Ao pensar em competência interpessoal, uma palavra-chave surge: comunicação – configurando-se como elemento essencial do cuidado. A comunicação, em suas várias formas, assume um papel de significância humanizadora e, para tal, o enfermeiro precisa estar envolvido para estabelecer essa relação. É imprescindível reconhecer o usuário como sujeito do cuidado e não passivo a ele (MUNARI; BEZERRA, 2004).

Como forma de melhorar ou realizar o cuidado de enfermagem, ressalta-se a importância do diálogo, pois é através dele que se cria uma aproximação entre as pessoas. Segundo Broca e Ferreira (2012), uma relação de comunicação eficiente entre os membros da equipe de enfermagem e da equipe com o usuário contribui para que as inter-relações corporativas determinem se a assistência ao paciente será ou não humanizada. A fim de que “o processo de humanização seja efetivo, transformador e se realize, é imprescindível estreitar os laços de comunicação, de forma a desvendar e respeitar o ser profissional” (BROCA; FERREIRA, 2012, p. 99).

Percebe-se, portanto, que é primordial na área da saúde saber lidar com pessoas. Isso porque a base de trabalho destes profissionais são as relações humanas, e não se pode falar em assistência em saúde sem levar em conta a importância do processo comunicativo. É necessário que o enfermeiro esteja atento ao uso adequado das técnicas comunicacionais (expressar, clarificar, validar) a fim de estabelecer relações interpessoais efetivas e resolutivas. Para tanto, é necessário estabelecer um nível de confiança, um comportamento empático (SILVA, 2006).

No processo do ACR nos serviços de urgência e emergência, não seria diferente. Assim sendo, espera-se que o enfermeiro, na Unidade de Pronto Atendimento, atue de forma a perceber os usuários neste momento de imensa fragilidade, em sua diversidade de sentimentos, desejos, princípios, crenças e em

um contexto histórico, sociocultural, político e econômico que se reflete nesse encontro numa relação de cuidar (SILVA et al., 2016).

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 necessária a compreensão da multidimensionalidade do ser humano, com demandas de intervenção cada vez mais complexas na produção do cuidado em saúde, que direcionam para uma abordagem interdisciplinar. Destarte, diante de todas as dimensões do cuidado humano, um profissional isoladamente torna-se insuficiente para o cuidado integral desse ser (SILVA et al., 2016).

Contudo, a conformação predominante no contexto da saúde atualmente ainda é norteadada por concepções de cuidado ordenadas em relações verticais de poder estabelecidas entre o profissional da saúde e as pessoas que necessitam do seu cuidado.

Diante das reflexões engendradas neste capítulo, é preciso aproximar esta discussão do contexto do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, mesmo que se percebam as heranças na contemporaneidade do processo de cuidar, ainda fundamentado em práticas tecnicistas e engajadas no modelo de saúde biomédico.

Fortalece-se uma inquietação e uma tentativa de revalorização deste cuidar sob perspectivas mais amplas capazes de resgatar do ser humano a sua totalidade, propondo uma nova perspectiva sob a valorização da subjetividade, complexidade e integralidade da assistência.

3. OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é analisar as relações interpessoais no processo de acolhimento ao usuário na classificação de risco sob a percepção do enfermeiro nas Unidades de Pronto Atendimento de uma cidade mineira.

Foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o trabalho do enfermeiro que realiza o acolhimento com classificação de risco das Unidades de Pronto-atendimento;
- Traçar o perfil dos enfermeiros que atuam na classificação de risco das unidades não hospitalares de urgência e emergência (UPAs);
- Compreender como os enfermeiros utilizam o protocolo de triagem de risco à luz de suas percepções de limites e possibilidades;
- Descrever se as relações interpessoais interferem na assistência prestada pelos enfermeiros.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Para compreensão da percepção do enfermeiro acerca das relações interpessoais no acolhimento com usuários na classificação de risco, optou-se pela pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, e a análise de dados foi orientada pelo referencial teórico da hermenêutica dialética. Por meio da hermenêutica, as categorias filosóficas se apoiarão “nos termos liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes” (MINAYO, 2014, p 328) e, como guia do pensamento, “significado, símbolo, intencionalidade e empatia” (MINAYO, 2014, p. 328). Por meio da dialética, na ideia de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de movimento, de contradição e de transformação da natureza e da realidade social (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa, como colocado por Minayo (2014), permite desvelar processos sociais, possibilita a construção de novas abordagens, criação de novos conceitos e categorias por todo o processo de investigação. Possui como características a empiria e a sistematização gradativa até que se dê o entendimento da lógica interna do grupo ou do processo investigado.

Segundo Minayo (2014, p. 57), o método qualitativo:

É o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos sentem e pensam.

Esta investigação se deu sob a luz da hermenêutica dialética, não fundamentalmente como referencial teórico para a coleta de dados, mas, especialmente, como aporte para a análise e tratamento dos dados. A escolha da Sociologia Compreensiva da hermenêutica dialética marxista como um caminho para a análise e tratamento de dados nesta investigação se deve ao fato de que, em sua proposta conceitual e epistemológica, tende à reflexão metadiscursiva sobre a compreensão, baseada na linguagem e extralinguagem, que não enfatiza apenas a obra humana, mas também a própria realidade humana em sua temporalidade e historicidade (ROMEU, 2014).

Romeu (2014, p. 18) afirma que a hermenêutica “é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos, tendo na linguagem,

seu núcleo central". Ela trabalha com a comunicação cotidiana e do senso comum tendo como conjecturas que o homem é um ser histórico e efêmero, complementando-se por meio da comunicação, e que a linguagem é limitada ao tempo e espaço e, para tal, é preciso compreender seu contexto e cultura (MINAYO, 2014).

Já a dialética emerge como a ciência e a arte do diálogo. Ela busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura as questões obscuras e contraditórias a fim de realizar uma reflexão informada sobre eles. Ou seja, a mesma razão que compreende, elucida e ajunta, também contradita, decompõe e critica.

Segundo Konder (2004, p.24), a dialética se propõe a compreender a "coisa em si", construindo uma compreensão da realidade que considere a totalidade como dinâmica e em constante construção social.

De acordo com Zago (2013), a dialética busca o significado da realidade na operação histórica, concreta e material das pessoas. É na história que os seres humanos esboçam e significam o mundo ao seu redor. Aqui a história é entendida não como a sucessão dos fatos, mas como luta diária das pessoas para produzir suas condições materiais de existência na relação com a natureza através do trabalho, bem como o modo como os seres humanos interpretam essas relações (ZAGO, 2013).

Segundo Minayo (2014), a hermenêutica dialética constitui um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas. A construção de um movimento interativo entre a hermenêutica e a dialética tem a finalidade de valorizar as complementariedades e oposições entre as duas, a saber: ambas trazem em sua essência a ideia de condicionamentos históricos da linguagem, das relações e do cotidiano; para ambas, não há observador imparcial; ambas questionam o tecnicismo em favor da forma como os sujeitos se relacionam de compreensão e de crítica e, por fim, ambas se referem à prática estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho.

Entretanto, segundo Minayo (2014), enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é comum, do acordo e da unidade de sentido, a dialética tende para o que é diferente, para o que foge ao senso comum e, portanto, para a crítica.

Com base em tais reflexões sobre a hermenêutica dialética, utilizou-se tal abordagem para estudar as relações interpessoais no acolhimento aos usuários na classificação de risco segundo a percepção do enfermeiro.

No que tange ao campo de estudo, a escolha deste deve ser realizada considerando, entre outros aspectos, os interesses do pesquisador, o objeto e os objetivos do estudo proposto (MINAYO, 2014). Nesse caso, o cenário escolhido foram as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Norte e Oeste da cidade de Juiz de Fora, consideradas como referências macrorregionais no atendimento de urgência e emergência aos usuários do Sistema Único de Saúde, as quais utilizam o Sistema de Triagem Manchester como sistema de classificação de risco. Em todas as UPAs, o enfermeiro é o responsável pela triagem e classificação de risco. Essas UPAs pertencem tem a mesma direção administrativa (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2014).

O critério empregado para a escolha deste cenário foi o fato de estas unidades de saúde serem campos de prática para as aulas de algumas disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Trata-se, portanto, de um cenário já habitualmente utilizado por estudantes de graduação e pós-graduação, o que favoreceu a minha entrada no campo de forma mais aberta, com maior interação com os enfermeiros e com a gestão da instituição, uma vez que foi utilizada a observação participante como recurso complementar para coleta de dados.

No que se refere aos participantes constituintes da pesquisa, é necessário atentar-se ao fato de que são eles que disponibilizarão os dados e as informações capazes de provocar o entendimento de uma dada realidade e o alcance dos objetivos inicialmente propostos. Assim sendo, selecionou-se o profissional enfermeiro responsável pelo acolhimento com classificação de risco nas UPAs.

Primeiramente, foi estabelecido contato com a Subsecretaria de Urgência e Emergência da Prefeitura de Juiz de Fora com o intuito de angariar autorização para realização deste estudo. A autorização foi concedida em março de 2016 (Apêndice 2). Em seguida, fez-se contato com a direção administrativa das UPAs, a qual autorizou a realização da pesquisa no cenário citado após cumprimento das exigências documentais (Apêndice 3 e Apêndice 4). Simultaneamente, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade

Federal de Juiz de Fora para apreciação. O mesmo foi aprovado no mês de agosto de 2016 sob o parecer 1.698.190 (Anexo 1). E, por fim, em setembro de 2016, as enfermeiras responsáveis técnicas dos serviços foram contatadas e o projeto de pesquisa apresentado, bem como seus objetivos, possibilitando o esclarecimento de dúvidas.

Para os participantes da pesquisa, foram assumidos os seguintes critérios: ser enfermeiro do Serviço de Urgência e Emergência (UPA), atuar diretamente no sistema de classificação de risco por meio da utilização do Sistema de Triagem Manchester e aceitar participar do estudo como voluntário, demonstrando sua aquiescência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), elaborado de acordo com as disposições regulamentadoras da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

A não inclusão dos participantes nesta investigação se deu por meio dos seguintes critérios: estar em período de férias ou licenças, não ser localizado durante o período da coleta de dados, haver mais de duas recusas em ser entrevistado.

Os participantes candidatos à pesquisa foram recrutados mediante convite individual durante a sua jornada de trabalho e, após este convite, a entrevista foi realizada no horário que melhor se adequava ao enfermeiro. Dessa forma, dos 18 enfermeiros que atendiam os critérios de inclusão, participaram da pesquisa 17. Um não participou devido a mais de duas recusas em ser entrevistado.

O perfil dos enfermeiros foi traçado por meio das seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, tempo de graduação, graduação concluída em escola pública ou privada, tempo de trabalho na UPA, forma de trabalho, se tem outro emprego, se possui pós-graduação e se foi capacitado para trabalhar no acolhimento com classificação de risco.

A fim de melhor organizar as falas e dar prosseguimento ao rigor referente aos 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.

Com o intuito de verificar a objetividade do instrumento de coleta de dados, o roteiro de entrevista foi aplicado a “ENF1” na UPA Oeste e “ENF 8” na UPA Norte.

Concluiu-se que o mesmo não necessitaria de ajustes, portanto, essas entrevistas foram consideradas na análise de dados da pesquisa.

No que se refere ao quantitativo de participantes, é importante ressaltar que, na pesquisa qualitativa, são mais importante a qualidade e a relevância das informações que são trazidas pelos sujeitos, e não a quantidade deles. Por conseguinte, a delimitação do número de sujeitos é obtida à medida que há reincidência das informações, sem, contudo, desprezar as informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em consideração (MINAYO, 2014). Isto é, a delimitação do número de sujeitos é definida pela saturação teórica que se traduz na medida em que a interação entre o cenário de pesquisa e o pesquisador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização e o pesquisador constata dispor de dados suficientes (FONTANELA, 2011).

Quanto às técnicas de coleta de dados, foram utilizados a observação participante, o diário de campo e a entrevista semiestruturada. Segundo Romeu (2014, p. 29), entende-se por observação participante o “processo pelo qual se mantém a presença de um observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica”. Tal técnica de coleta de dados apresenta as seguintes características: o observador participa da vida dos sujeitos em seu cenário natural e colhe os dados; ele não é imparcial, visto que é parte do contexto observado, modificando e sendo modificado por ele simultaneamente à coleta de dados. A observação participante presta-se à função de compreender uma instituição específica ou um problema substancial, além de estudar ou levantar hipóteses.

Com o propósito de que a observação participante se robusteça como técnica de pesquisa, faz-se necessário que ocorra uma anotação sistemática em diário de campo. A observação participante foi sistematizada por meio de um roteiro de campo que conduziu os registros em um diário de campo. O roteiro de campo (Apêndice 6), com foco nos objetivos desta investigação, abarcou os seguintes aspectos: as impressões do observador, os resultados das conversas informais, os comportamentos contraditórios às falas dos sujeitos, a constituição do cenário da investigação; as relações dos participantes da investigação; a descrição dos participantes e a cronologia dos eventos (ROMEU, 2014). A observação participante

ocorreu por meio da permanência do pesquisador, no cenário do estudo, no período de 21 a 28 de setembro de 2016.

A observação participante desenvolveu-se uma hora antes de cada entrevista ser realizada totalizando 17 horas. Nesse momento foi possível perceber a dinâmica das UPAs, a interação entre as pessoas, os fluxos de atendimento, a forma de comunicação verbal e não-verbal dos enfermeiros e usuários, as relações de poder entre outros.

A entrevista, segundo Minayo (2014), é definida como uma forma de interação social resultante da relação entre duas pessoas que ocorre face a face, o pesquisador e o entrevistado, com o objetivo de obter dados que interessam à investigação. Nesta técnica, o instrumento primordial é a palavra, por meio da qual se revelam valores, símbolos, sentimentos e condições estruturais (Apêndice 5).

Destarte, a entrevista semiestruturada desta pesquisa contou com a caracterização sociodemográfica dos participantes e com questões norteadoras relacionadas à temática em investigação (Quadro 1).

A partir das respostas dos participantes às questões norteadoras, formularam-se outros questionamentos de acordo com os interesses investigativos desta pesquisa. As respostas foram gravadas em áudio, transcritas e, posteriormente, analisadas.

O período em que a pesquisadora esteve presente nas instituições de saúde para a coleta de dados foi previamente agendado com a anuência do enfermeiro responsável técnico e dos demais enfermeiros integrantes da equipe. É importante ressaltar que a pesquisadora acompanhou o/a enfermeiro/a participante da pesquisa, mas não realizou procedimentos ou aplicou o Sistema de Triagem Manchester aos usuários do cenário de investigação.

A partir das informações coletadas, os dados foram analisados à luz da hermenêutica dialética, buscando aproximação com o objeto da pesquisa e a resposta aos objetivos. Os quadros de análise e das categorias analíticas emergidas da análise dos dados também foram demonstrados (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

A inserção da pesquisadora no cotidiano dos participantes permite uma fidedignidade à realidade empírica e à experiência dos participantes em questão. Desse modo, a análise de dados permeou todo o processo de investigação, o qual

teve início pela coleta de dados, ocorrendo ativamente, a partir da busca da compreensão e análise detalhada dos aspectos apreendidos, com a observação participante, as entrevistas e o diário de campo, buscando-se uma aproximação com a hermenêutica dialética.

Na direção dessa articulação, a análise de dados foi realizada, considerando a seguinte trajetória metodológica: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. A organização dos dados objetiva estabelecer uma identificação do material empírico coletado no cenário de estudo. Para tanto, todas as entrevistas foram transcritas e, posteriormente, fez-se a leitura flutuante do material, o que possibilita que o investigador seja impregnado pelo seu conteúdo (ROMEU, 2014).

A classificação dos dados é o segundo momento e permite a construção dos dados empíricos a partir dos pressupostos teóricos e da teoria que sustenta a pesquisa (ROMEU, 2014). Esta etapa tem o intuito de identificar as ideias centrais sobre o objeto de estudo e, conseqüentemente, identificar os núcleos de sentido.

Em seguida, foi realizada a leitura transversal, o que viabilizou o confronto de ideias entre as diferentes representações dos sujeitos, retomando as questões norteadoras, os objetivos, os pressupostos e o referencial teórico do estudo (MINAYO, 2014). Após a identificação dos núcleos de sentido, os fragmentos das falas relacionados a cada núcleo de sentido foram organizados em um quadro de análise, correspondentes.

Após a construção do quadro de análise, os dados empíricos foram confrontados a partir da síntese horizontal de cada núcleo de sentido e também da síntese vertical. A síntese horizontal possibilita identificar convergências, divergências, complementaridades e diferenças das falas de cada entrevistado, além das impressões da observação sistemática. Já a síntese vertical possibilita uma ideia geral de cada entrevistado sobre os núcleos de sentido.

Síntese das respostas obtidas das entrevistas

Núcleo de sentido	ENF 1	ENF 2	ENF 3	ENF...	ENF 17	*Síntese Horizontal
Tempo como fator limitante						* **

Fonte: Alencar, 2012.

****Síntese Vertical**

Para melhor elucidação destas etapas, foi elaborado um quadro de construção da análise constituído pelas colunas: categorias de análise onde o nome da categoria é descrita; os núcleos de sentido onde é relatado cada núcleo encontrado para aquela categoria e, por fim, as unidades de sentido as quais são representadas pelas falas dos entrevistados. A seguir, o modelo:

Quadro 2: Modelo da construção das categorias de análise, Juiz de Fora, MG, 2016.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE SENTIDO
Possui uma conotação classificatória.	Trata-se do conjunto de fragmentos de falas dos participantes que possuem semelhança entre si.	São os fragmentos das falas dos entrevistados

Fonte: A autora.

Pensando em tornar a análise dos dados mais clara e didática, optou-se por apresentar, no início de cada categoria, o quadro da construção de análise correspondente a ela. Após profunda inclinação sobre o material empírico, surge a etapa da análise final de dados, que consiste na triangulação deste material e do referencial teórico. É importante salientar que essa etapa “constitui-se na síntese do movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa” (ROMEU, 2014, p. 34).

Neste momento, utiliza-se também a contribuição de autores, bem como as experiências do pesquisador como sujeito do mundo e da pesquisa, em busca do conhecimento, o que favorece a análise dos resultados (ROMEU, 2014). Cabe ressaltar, seguindo a proposta metodológica da hermenêutica utilizada nesta pesquisa, o uso dos termos “sentidos e significados”, derivados, etimologicamente, do termo latino *sensos*, que se refere a percepção, significado ou interpretação, sentimento e empreendimento (TOLFO et al., 2015). Ao se investigarem os

dicionários, o termo “sentido” remete a “significado”, e vice-versa, ambos relacionados à percepção.

Segundo Tolfo et al. (2015), os “significados” são construídos e apropriados de forma coletiva e em determinado contexto, ao passo que os “sentidos” reportam-se a uma construção pessoal a partir da compreensão individual de tais significados e estes são conceitos correlacionados.

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, 2012). A presente investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo sido aprovada sob o Parecer 1.698.190 em 25 de agosto de 2016 (Anexo 1).

As técnicas de coleta de dados que foram utilizadas configuraram-se como tipos de procedimentos que poderiam ocasionar risco mínimo aos participantes. Em razão do exposto, as respostas dos sujeitos entrevistados e as informações contidas no diário de campo foram tratadas anônima e confidencialmente (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se que os estudos relacionados à prática em saúde são frequentemente abordados dando-se ênfase na forma tecnicista e externa, não sendo muito valorizadas as relações entre a própria técnica e sua construção na história (AYRES, 2011). Os saberes construídos nos contextos sociais estabelecidos e as relações cotidianas permitem repensar de que forma compreender os aspectos subjetivos das práticas em saúde.

Nesta pesquisa, o cuidado personificado nas relações interpessoais é visto como uma prática social, a qual pode ser determinada historicamente e, por sua vez, reflete posicionamentos diante do desenvolvimento e da realidade social. Os dados foram interpretados à luz da hermenêutica dialética. A junção destas duas perspectivas teóricas e interpretativas da linguagem humana viabiliza a subjetivação do objeto, bem como a objetivação do sujeito (MINAYO, 2014).

Este método apresenta-se como uma possibilidade de compreender o modo próprio da prática de cuidado e permite o diálogo com as práticas produzidas pelos enfermeiros. Assim sendo, a fala expressa pelos sujeitos é resultado de uma realidade concreta que também é influenciada pelo discurso (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Durante a observação participante foi possível verificar a dinâmica dos serviços das UPAs. Verificou-se os movimentos do ir e vir no pensar por parte dos enfermeiros sobre sua assistência. Um duelo travado entre desejar um acolhimento menos protocolar e mais humanizado. Pode-se perceber tal fato ao observar muitos enfermeiros tensos e agitados para cumprir a classificação no tempo preconizado de três minutos ao mesmo tempo em que se permitiam conversar mais com usuário, falar sobre assuntos que não envolviam a triagem em si.

Foi possível perceber as relações interpessoais entre todos os profissionais das instituições. Perceber como eles reagem a situações de urgência, a conflitos que surgiram, à superlotação, a usuários agressivos, a processos de trabalhos fragmentados, situações de morte entre outros.

Dos 17 entrevistados nove são do sexo feminino e oito do sexo masculino, com idades entre 23 e 48 anos de idade. O tempo de formado variou entre um e 12 anos. Já o tempo de trabalho na UPA variou entre quatro dias e seis anos e seis

meses. Quatorze, dos 17 participantes trabalham na forma de plantão e três enfermeiros trabalham como diaristas.

Foram realizadas 7 entrevistas na UPA Oeste e 10 entrevistas na UPA Norte. Doze enfermeiros possuem outro emprego. Três enfermeiros concluíram a graduação em enfermagem em escola pública. Dos 17 participantes, dez possuem pelo menos um curso de pós-graduação, não necessariamente em urgência e emergência. E, dos 17 entrevistados, 16 foram capacitados para trabalhar no acolhimento com classificação de risco (Protocolo Manchester).

Quadro 1: Caracterização Sóciodemográfica dos Participantes da Pesquisa. Juiz de Fora – MG, 2016

ENTREVISTA	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	TEMPO GRADUAÇÃO	TEMPO TRABALHO UPA	FORMA DE TRABALHO	TRABALHA OUTRO LOCAL	GRADUAÇÃO CONCLUÍDA UNIVERSIDADE PÚBLICA	POSSUI PÓS GRADUAÇÃO	CAPACITAÇÃO PROTOCOLO MANCHESTER
1	42	F	S	3 ANOS	2 ANOS	PLANTONISTA	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
2	27	F	S	4 ANOS	1 ANO	PLANTONISTA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3	43	M	C	8 ANOS	4 ANOS	PLANTONISTA	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
4	30	F	C	5 ANOS	3 ANOS	PLANTONISTA	NÃO	NÃO	SIM	SIM
5	30	F	S	8 ANOS	45 DIAS	PLANTONISTA	SIM	SIM	SIM	SIM
6	37	F	C	8 ANOS	6 ANOS E 6 MESES	PLANTONISTA	NÃO	NÃO	SIM	SIM
7	35	M	C	12 ANOS	6 ANOS E 3 MESES	PLANTONISTA	NÃO	SIM	SIM	SIM
8	48	F	DIVORCIADA	12 ANOS	2 ANOS	DIARISTA	NÃO	NÃO	SIM	SIM
9	25	M	C	3 ANOS	2 ANOS E 9 MESES	DIARISTA	SIM	NÃO	SIM	SIM
10	29	F	S	1 ANO	4 DIAS	PLANTONISTA	NÃO	SIM	NÃO	SIM
11	23	M	S	2 ANOS	5 MESES	PLANTONISTA	NÃO	NÃO	SIM	SIM
12	35	M	S	5 ANOS	4 ANOS	PLANTONISTA	NÃO	NÃO	SIM	SIM
13	27	M	C	6 ANOS	10 MESES	PLANTONISTA	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
14	33	M	S	5 ANOS	3 ANOS	DIARISTA	SIM	NÃO	NÃO	SIM
15	39	F	DIVORCIADA	4 ANOS	3 ANOS E 1 MÊS	PLANTONISTA	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
16	33	M	C	7 ANOS	45 DIAS	PLANTONISTA	SIM	NÃO	SIM	SIM
17	29	F	C	5 ANOS	2 ANOS	PLANTONISTA	NÃO	NÃO	SIM	SIM

Fonte: A autora

Para o objeto de estudo ao qual essa descrição metodológica se refere, foram encontrados os seguintes núcleos de sentido: critérios para classificação de risco; sentimentos dos usuários frente ao acolhimento com classificação de risco; relações

interpessoais como trabalho em equipe multidisciplinar de saúde; relações interpessoais como atendimento ao usuário; relações interpessoais como escuta qualificada; relações interpessoais como trabalho coletivo; impactos das relações interpessoais na assistência ao usuário; impacto nas relações interpessoais no trabalho em equipe; relações interpessoais como habilidade para o trabalho em equipe; tempo como fator limitante às relações interpessoais; conceitos conflitantes relativos ao STM como fator limitante às relações interpessoais; atendimento diversificado na UPA como fator limitante às relações interpessoais.

É importante salientar que após a construção dos quadros de análise, os dados empíricos foram confrontados a partir da síntese horizontal de cada núcleo de sentido e também da síntese vertical. A síntese horizontal possibilita identificar convergências, divergências, complementaridades e diferenças das falas de cada entrevistado, além das impressões da observação sistemática e dos documentos selecionados. Já a síntese vertical possibilita uma ideia geral de cada entrevistado sobre os núcleos de sentido (ALENCAR, 2012).

Na primeira categoria, o núcleo de sentido “Critérios para avaliação do usuário”, as falas dos enfermeiros foram muito semelhantes ao descreverem seus processos de trabalho. Não houve divergências, apenas complementariedades. Isto foi percebido na síntese horizontal.

Ainda na primeira categoria, o núcleo de sentido “Impacto das relações interpessoais na assistência aos usuários” as falas convergiram no sentido de relatarem que as mesmas impactam positivamente na assistência prestada ao usuário. Nesse sentido, dezesseis foram unânimes e as falas complementavam-se. Um enfermeiro relatou que depende de como as relações interpessoais se estabelecem. Se forem ruins o impacto é prejudicial ao acolhimento; se forem ao encontro da política nacional de humanização são de positivas.

Na segunda categoria no primeiro núcleo de sentido, seis enfermeiros apontaram o sentido e o significado de “relações interpessoais como trabalho em equipe multidisciplinar de saúde”. O núcleo de sentido “relações interpessoais como trabalho coletivo” foi apontado por 5 entrevistados, enquanto o terceiro núcleo “relações interpessoais como atendimento ao usuário” foi relatado por 4 participantes. O último núcleo de sentido da segunda categoria foi “relações interpessoais como ouvir reflexivamente” foi apontado por 2 enfermeiros.

Através a síntese horizontal construiu-se a terceira categoria deste estudo que tem como título “Fatores limitantes às relações interpessoais no atendimento ao usuário de urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer” o qual emergiram 4 núcleos de sentido, à saber: atendimento diversificado com apontamento de 7 entrevistados; sentimentos dos usuários no acolhimento com classificação de risco com 4; tempo como fator limitante com 3 sinalizações e, por fim, o último núcleo de sentido com 3 apontamentos também.

Mediante a síntese vertical foi possível ter ideia geral de cada entrevistado sobre os núcleos de sentido, ou seja, a participação de cada enfermeiro. Nesse sentido, destaca-se os entrevistados 2, 3,4, 9 e 14.

Por meio de leitura exaustiva emergiu as seguintes categorias de análise: o processo de trabalho do enfermeiro na classificação de risco na UPA; percebendo as relações interpessoais com o usuário no processo de acolhimento com classificação de risco; fatores limitantes às relações interpessoais no atendimento ao usuário no serviço de urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer.

Como relatado no percurso metodológico, a análise iniciará com a apresentação do quadro das falas dos entrevistados referentes à categoria em questão. No decorrer do texto, os núcleos de sentido emergirão por meio da fala de um dos participantes. Essa fala foi especificamente escolhida com o intuito de trazer à memória o contexto em que esse núcleo de sentido está inserido.

Será apresentada, a seguir, a análise das entrevistas com os enfermeiros.

5.1. O processo de trabalho do enfermeiro na classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento

Para se compreender melhor a temática, fez-se necessário descrever o processo de trabalho do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência nas UPAs em estudo.

A seguir, será apresentado o quadro da construção de análise correspondente a essa categoria.

Quadro 3: Construção da análise categoria “O processo de trabalho do enfermeiro na classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento”.

CATEGORIA DE ANÁLISE	NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE SENTIDO
O processo de trabalho do enfermeiro na classificação de risco em urgência e emergência	Critérios para avaliação do usuário	<p>“Pergunta o que ele está sentido, né? O paciente fala várias coisas. A gente vê com o que incomoda mais o paciente, né? Por exemplo, “Ah eu estou com dor de cabeça, dor de garganta.” Aí a gente pergunta: “O que está te incomodando mais?” “Ah, dor de garganta”. A gente entra com a queixa principal do paciente, né? A gente classifica”. (ENF 15)</p> <p>“De acordo com o protocolo de Manchester, de acordo com a queixa. Mas a gente sempre procura colocar a queixa, sempre levar em consideração a queixa que o paciente está falando” (ENF 14).</p> <p>“A gente relata aqui no sistema a queixa do paciente e joga no sistema, aí o sistema que classifica. É de acordo com queixa do paciente” (ENF 2).</p> <p style="text-align: right;">Continua...</p>

<p>O processo de trabalho do enfermeiro na classificação de risco em urgência e emergência</p>	<p>Impacto das relações interpessoais na assistência aos usuários</p>	<p>“100%. Positivamente. Influencia até a forma de falar com a gente. Se tiver demorando, é diferente. Ele vem, ele bate, ele pergunta: “posso falar? Por que que está demorando tanto?” Muda o tom de voz” (ENF 5).</p> <p>“Então, essa relação que a gente tem que ter com o paciente vai muito mais de uma habilidade nossa mesmo do que até mesmo do próprio programa mesmo. Porque ele vem muito estático, porque é dentro do sistema do ALERT, né?” (ENF 16).</p> <p>“Porque, se você que está na porta, não passar isso para o paciente, o que que ele irá esperar? Se você já de cara, estabelecer para ele assim um, tipo, tanto faz, você não vai impactar pro bem” (ENF 10).</p>
--	---	---

Fonte: A autora

O serviço de urgência e emergência pode ser considerado como o de maior complexidade da assistência à saúde no Brasil, uma vez que o aumento da demanda de atendimento tem sido maior que sua capacidade de absorção. À vista disso, é visível o desequilíbrio entre a oferta e a procura por atendimento nesses serviços, tornando fundamental a reorganização do processo de trabalho.

Desde sua idealização, o SUS vem incrementando propostas no sentido de oferecer um atendimento assistencial que promova continuidade das ações prestadas. Esse esforço se dá em virtude de que é direito de todo cidadão ter acesso a um atendimento público de qualidade na área da saúde (BRASIL, 2009).

Permeando os princípios que regem o eixo central do SUS como integralidade, universalidade e equidade, foi criada a Política Nacional de Humanização cuja finalidade é contribuir para uma atenção integral e equânime, ampliando o acesso dos usuários aos serviços de saúde (DUARTE et al., 2013).

A crescente demanda pelos serviços de urgência e emergência, nos quais se observa a existência de “fluxos de circulação desordenada”, exige a reorganização dos “processos de trabalhos”. Para atender “diferentes graus de especificidade e resolubilidade na assistência” de acordo com “diferentes graus de necessidade ou

sofrimento” que induzam utilizar outro recurso que não unicamente a ordem de entrada nos estabelecimentos assistenciais, passou-se a utilizar o acolhimento com classificação de risco (ACR) no Brasil (BRASIL, 2004a, p. 20-21).

Assim sendo, considerado um dos pilares do PNH, foi criado o ACR, que tem por finalidade organizar o atendimento de acordo com as reais necessidades do usuário, substituir a triagem excludente pelo modelo acolhedor, garantindo a humanização da assistência nos serviços de saúde, ampliação do acesso e maior resolubilidade (AMTHAUER; CUNHA, 2016; ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; BRASIL, 2009).

Com essa finalidade, o Brasil passou a utilizar o protocolo de Manchester. O Sistema de Triagem de Manchester (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 (AMTHAUER; CUNHA, 2016). O STM é constituído de 52 fluxogramas para os diferentes problemas apresentados, sendo sete específicos para crianças e dois para catástrofes (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

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 (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco das pessoas que procuram os SUEs, por conta de sua formação voltada para a 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 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). Neste estudo, dos 17 participantes apenas um não havia sido capacitado para atuar no ACR.

Observa-se nas entrevistas, no que se refere à descrição do processo de trabalho do enfermeiro no ACR, falas com tendência à homogeneidade. Tal fato remete-nos a refletir sobre a importância da capacitação do profissional no ACR,

uma vez que esta possibilita uma equalização de objetivos no atendimento ao usuário. “A gente relata aqui no sistema a queixa do paciente e joga no sistema, aí o sistema que classifica. É de acordo com queixa do paciente” (ENF 2). Na aplicação do STM, o enfermeiro, mediante escuta qualificada, coleta os dados baseado na queixa principal apresentada pelo usuário, associada ao seu histórico de antecedentes mórbidos.

Apoiado nessa coleta de dados e no exame físico do usuário, o enfermeiro elabora um raciocínio lógico, faz a tomada de decisão, o julgamento clínico das queixas e determina 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 (BECKER et al., 2015).

O enfermeiro encontra um discriminador no fluxograma e o usuário é classificado em uma das cinco categorias do protocolo, a saber: Emergente (vermelho), avaliação imediata pelo médico; Muito Urgente (laranja), avaliação em até 10 minutos; Urgente (amarelo), 60 minutos; Pouco Urgente (verde), 2 horas; e Não Urgente (azul), 4 horas (ANEXO 2). Assim, o STM constitui-se como uma ferramenta de gestão do risco clínico para administrar a demora do atendimento, priorizando os doentes mais graves (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

Percebe-se, portanto, que a dinâmica do SUE é influenciada diretamente pela atuação do enfermeiro. 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 (OLIVEIRA et al., 2013).

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, porque não dizer, nas concepções dos sujeitos.

Para tanto, 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 relação com o usuário – é o próprio profissional.

Por conseguinte,

“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).

Nessa perspectiva, foi possível observar no campo de pesquisa os movimentos deste refletir no dia a dia dos enfermeiros. O cumprimento das questões clínicas exigidas no protocolo, apesar de percebido como um instrumento operativo, não sustenta todas as condições que permeiam um atendimento humanizado ao usuário no SUE. Por isso, o estabelecimento de relações interpessoais nesse contexto é desafiador.

Inúmeras vezes testemunhou-se o desconforto dos enfermeiros durante a triagem. Por um lado, o desconforto gerado pela consciência da necessidade de agilidade e precisão no atendimento, por outro, a consciência da importância de se priorizar as relações interpessoais, como se um desconsiderasse o outro.

Na prática, o que se percebeu foi o relacionar sem “olhar” no olho do usuário; perguntar mais de duas vezes como tentativa de validar o que não foi “escutado”; as mãos e os lábios se contraindo quando uma pergunta demorava um pouco mais a ser respondida; a fala que cortava o pensamento do usuário enquanto esse procurava responder à questão; a atenção voltada para o movimento da recepção, entre outros.

No cotidiano desse profissional, não se podem 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, de relacionar e de acolher sujeitos. Estes processos estão ainda muito enraizados em aspectos biológicos e burocratizados, com foco na intervenção funcional dos corpos (MARTINES; MACHADO, 2010).

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.

Giron e Berardinelli (2015) salientam que a humanização do cuidado envolve um atendimento digno, escuta ativa, acolhimento e atenção às necessidades do usuário, tendo em vista que as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e apresentam diversas demandas.

Nesse contexto, os entrevistados relataram que a presença do técnico de enfermagem auxiliando o enfermeiro na aferição dos sinais vitais dos usuários durante a classificação de risco tem contribuído positivamente no sentido de que a atenção do enfermeiro estaria mais centrada nas pessoas atendidas.

Segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco na Urgência e Emergência (2010, p. 64), o papel do enfermeiro no ACR é “a correta atribuição de prioridade aos doentes”, o que pressupõe uma rápida tomada de decisão e capacidade adequada de delegação de tarefas.

A partir da coleta dos dados e da aferição dos sinais vitais do usuário, o enfermeiro realiza a tomada de decisão, em que a escuta qualificada e o julgamento clínico e crítico das queixas induzem a um raciocínio lógico que determinará a priorização do atendimento (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010). Para tanto, o enfermeiro utiliza os fluxogramas do protocolo como suporte e auxílio na classificação do risco do usuário.

É relevante, nesse ponto, afirmar que, apesar de o enfermeiro estar respaldado pela lei do exercício profissional, na classificação de risco dos SUEs, a consulta de enfermagem não se faz presente no cenário desta pesquisa (BRASIL, 1986). Como o próprio Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010, p. 64) dispõe, trata-se de uma “entrevista com os doentes” e “não devem ser longas”.

A entrevista realizada pelo enfermeiro, praticada desde a década de 1920, pode ser considerada uma precursora da consulta de Enfermagem, que só foi instituída em 1968, inicialmente dirigida prioritariamente ao grupo materno-infantil e posteriormente ampliada para todos os grupos. Sua regulamentação ocorreu por meio da Lei n. 7.498/86.

Entende-se por consulta de enfermagem uma estratégia eficaz para a detecção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar das pessoas. Oportuniza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao paciente, facilitando a identificação de problemas e as decisões a serem tomadas (COFEN, 1993).

Para tanto, a consulta de enfermagem deve ser norteadada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é uma dinâmica de ações inter-relacionadas e sistematizadas que visa a uma assistência de qualidade. É composta por cinco fases: histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, planejamento da assistência, implementação e avaliação de Enfermagem.

Oliveira et al. (2012), em sua pesquisa de revisão integrativa, apontaram que o tempo estimado para uma consulta de enfermagem varia de 48 minutos para consultas novas a 22 minutos para consultas de seguimento. Torna-se claro porque o STM trata o atendimento do enfermeiro na classificação de risco como entrevista.

É padronizado nas UPAs em estudo que, enquanto o enfermeiro realiza a entrevista aplicando as questões da avaliação clínica no fluxograma do protocolo, o técnico de enfermagem executa simultaneamente a aferição dos sinais vitais, a saber: pressão arterial, temperatura, pulso e incursões respiratórias.

Tal procedimento está de acordo com o que orienta o Cofen (2012), que afirma que todos os profissionais da área de saúde que exercem função de técnicos de enfermagem estão aptos para atuar na realização de suas atividades, seguindo os protocolos já estabelecidos, segundo o que está padronizado nas normas e rotinas da unidade. Esse profissional deve estar sob a supervisão e orientação do enfermeiro responsável pelo setor.

Na percepção dos enfermeiros participantes, procede-se dessa forma devido à necessidade de agilidade e tomada de decisão mais assertiva que o setor de urgência e emergência carece. Segundo eles, esses fatores impactam a qualidade da assistência prestada ao usuário.

Para a aplicação desse protocolo, o enfermeiro, entre os profissionais de enfermagem, tem sido mencionado para realizar a avaliação e classificar a necessidade daqueles que buscam as unidades de urgência, adquirindo papel de grande importância na hora de fazer a regulação e decidir a prioridade na assistência dos usuários (SOUZA et al., 2013).

Além disso, faz parte do processo de trabalho deste profissional interpretar os sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos do usuário com o propósito de acolher e verificar a confiabilidade da informação clínica. Assim sendo, o trabalho do enfermeiro na classificação de risco também é condicionado a aspectos sociais e ao contexto de vida em que o usuário está situado.

Oliveira et al. (2015, p. 242) salientam que a padronização do atendimento de enfermagem em urgência por meio de protocolos, associada à classificação de risco, “possibilita subsidiar o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, de forma sistematizada e organizada, garantindo agilidade, segurança e integralidade do atendimento que refletirá na qualidade da assistência”.

“Então, essa relação que a gente tem que ter com o paciente vai muito mais de uma habilidade nossa mesmo do que até mesmo do próprio programa mesmo.” (ENF 16). Em uma pesquisa realizada por Cavalcante et al. (2013, p. 429), os resultados de assistência ao usuário têm sido uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. De acordo com a avaliação pública, “a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender as demandas” são fatores mais valorizados que a falta de médicos, espaço e atendimento.

Ciente desse fato, o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010, p. 44) enfatiza a importância de que a avaliação do usuário seja “sistemática” e “completa” e que o enfermeiro tenha “boas relações interpessoais para se comunicar bem com os pacientes e familiares”.

Todos esses aspectos são importantes para a qualidade do sistema como um todo, entretanto as tecnologias e os elementos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam isoladamente. Conforme observamos nas falas dos entrevistados, sua eficácia é fortemente influenciada pela subjetividade do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.

Na enfermagem, o cerne de sua existência está atrelado, quase que totalmente, na relação com o outro. A atividade do enfermeiro tem como base o cuidado e esse se expressa nos relacionamentos interpessoais e constitui formas de comunicação. Através dessas, o enfermeiro acolhe o paciente, seus receios, suas angústias e necessidades de saúde. Para tanto, é mister que o mesmo invista na habilidade de comunicação, decodificando o significado das mensagens enviadas e estabelecendo a classificação adequada e coerente com as necessidades do usuário (OLIVEIRA; BRAGA, 2016).

Atualmente, aliar valores humanitários ao acolhimento do usuário nos SUEs é um grande desafio. Valorizar e desempenhar a habilidade das “relações

interpessoais” no ACR torna-se um caminho para os profissionais que desejam resgatar o cuidado humanístico na saúde. Cuidado esse que se dá pautado nas relações.

Na atuação do enfermeiro, no que se refere ao acolhimento dos usuários no ACR, a habilidade de relacionar-se bem com o outro é essencial para a concretização de um cuidado de enfermagem humanizado. A interação com o paciente é a demonstração de um papel assistencial específico do enfermeiro (GIRON; BERARDINELI, 2015).

Mediante o exposto, a próxima categoria incumbiu-se de trazer à tona os sentidos e significados que os enfermeiros deste campo de pesquisa têm a respeito das relações interpessoais em seus cotidianos.

5.2. Percebendo as relações interpessoais com o usuário no processo do acolhimento com classificação de risco

Nesta categoria, foram discutidos os sentidos e os significados estabelecidos pelos enfermeiros no que se refere ao conceito de relações interpessoais. Conforme citado anteriormente, iniciar-se-á a abordagem da categoria com a apresentação do quadro de construção da análise.

Quadro 4: Construção da análise da categoria: “Percebendo as relações interpessoais com o usuário no processo do acolhimento com classificação de risco”.

CATEGORIA DE ANÁLISE	NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE SENTIDO
Percebendo as relações interpessoais com o usuário no processo do acolhimento com classificação de risco	Relações interpessoais como trabalho em equipe multidisciplinar de saúde	<p>“Pra mim, relações interpessoais é entre a equipe multidisciplinar, né? A gente conversa muito” (ENF 3).</p> <p>“Então, você tem que tratar o seu enfermeiro que você trabalha com ele, você tem que se dar bem com ele, para o outro, o seu paciente se sentir bem. Eu tenho que me dar bem com o meu colega de trabalho. Fica um ambiente bom, tranquilo de trabalhar” (ENF 14).</p> <p>“Então, eu tenho que ter um bom relacionamento. Se eu tenho esse bom relacionamento, eu ajudo eles e eles me ajudam [equipe de enfermagem]. E com os médicos é a mesma coisa” (ENF 7).</p>
Percebendo as relações interpessoais com o usuário no processo do acolhimento com classificação de risco	Relações interpessoais como trabalho coletivo	<p>“Muito. Muito importante. Você vê que foi a menina da recepção, porque ela é responsável pelo SUS Fácil, a assistente social e eu como enfermeira. A médica foi e fez o laudo para entrar com o mandado judicial” (ENF 2).</p> <p>“É o relacionamento de tudo aqui. É o relacionamento meu com a recepção, meu com os médicos, com o segurança, com o serviço</p>

Continua...

<p>Percebendo as relações interpessoais com o usuário no processo do acolhimento com classificação de risco</p>	<p>Relações interpessoais como atendimento ao usuário</p>	<p>de limpeza, com o serviço de copa” (ENF 7). “até mesmo para lidar com vários tipos de pessoas, quando a gente não tem, a gente tem essa dificuldade [...] se não tiver o relacionamento interpessoal, você não consegue passar isso para o paciente” (ENF 9).</p> <p>“Ah, passa um relacionamento do profissional com o paciente, né? Que é um relacionamento, assim, de acolher mesmo, de saber o que está se passando, de tratamento, de cuidado [...] isso reflete até nas pessoas, na hora da triagem em si” (ENF 17).</p> <p>“É a relação entre o enfermeiro e o usuário, eu acho que seria isso”. (ENF 11)</p> <p>“É a conversa que você tem no dia-a-dia. É paciente que a gente já pega até uma amizade”. (ENF 6)</p> <p>“Normalmente, modéstia parte, eu venho recebendo alguns elogios da maneira pela qual eu trabalho. Porque? Eu escuto o paciente” (ENF 4)</p>
<p>Percebendo as relações interpessoais com o usuário no processo do acolhimento com classificação de risco</p>	<p>Relações interpessoais como escuta qualificada</p>	<p>“Ai, você imagina o mal-estar que deve ser para esse paciente chegar aqui e você não acolher ele do jeito que ele merece. Você, imagina você no lugar dele [...] porque eu adoto muito o que a gente aprende na faculdade que é a questão da humanização, sabe [...] escutar [...]” (ENF 10).</p> <p>“E, muita das vezes, não é o atendimento imediato que você precisa prestar, mas é mais a escuta, é uma dor que já é crônica, você precisa mesmo de acolher mesmo, do que de propriamente assistir imediatamente” (ENF 12).</p>

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde, em 1988, novos conceitos foram sendo introduzidos no âmbito das políticas nacionais. Apesar de as políticas nacionais de saúde se posicionarem no sentido de incentivar e fortalecer a Atenção Básica à população na forma de promoção à saúde e prevenção de agravos, a falta de estrutura dos serviços primários dos municípios debilita a assistência, tornando as UPAs uma das principais “portas de entrada” do SUS (BRASIL, 2004, 2006, 2009).

A demanda espontânea atendida nas unidades de pronto atendimento é muitas vezes maior que a prevista na legislação, o que compromete a qualidade da assistência ofertada nos serviços de urgência e emergência, especialmente no acolhimento (BRASIL, 2009).

Como na afirmação anterior, foi possível observar no cenário da pesquisa uma demanda aquém da legislada. Por se tratar de uma das portas de entrada do SUS, muitos dos usuários que buscavam atendimento nas UPAs deveriam ser direcionados para a atenção primária. Tal fato certamente impacta a qualidade da assistência prestada.

De acordo com dados do Conselho Federal de Enfermagem (2015), a área de saúde compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca de 50% atuam na enfermagem. A enfermagem hoje no Brasil é composta por um quadro de 80% de técnicos e auxiliares e 20% de enfermeiros (BRASIL, 2015).

Diante dessa estatística, torna-se evidente que a enfermagem é parte fundamental da estrutura organizacional dos serviços de saúde. O enfermeiro, por sua vez, traz em sua formação o contato com o outro, seja na assistência direta ou indireta ao usuário (NETO et al., 2015).

Atualmente, as instituições de saúde têm enfatizado a necessidade de o enfermeiro incorporar novos conhecimentos e habilidades ao exercício assistencial e gerencial, tais como competência relacional, trabalho em equipe, acolhimento, comunicação, diálogo, equilíbrio emocional, flexibilidade, saber ouvir, senso de urgência, entre outras (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

A fim de se alcançar o entendimento das pessoas que convivem mutuamente no cotidiano do ambiente hospitalar, é necessário estabelecer a habilidade das relações interpessoais, isto é, a “capacidade de interagir com pessoas no cotidiano, considerando suas necessidades e expectativas e agregando valor a esta relação.

Envolve contato cordial, empático e profissional” (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014, p. 375).

Nesse sentido, é notório que a enfermagem é uma profissão relacional. Ela lança mão de um forte instrumento de seu saber/fazer, a comunicação, na medida em que o cuidado envolve o relacionamento interpessoal entre dois ou mais sujeitos e faz parte dessa profissão a competência em desenvolvê-lo como uma prática diária (OLIVEIRA; SIMÕES, 2010). Tal afirmação é ratificada pelo relato a seguir: “Pra mim, relações interpessoais é entre a equipe multidisciplinar, né?” (ENF 3).

Primeiramente os enfermeiros apresentaram a compreensão do termo “relações interpessoais” no processo de trabalho de acolhimento com classificação de risco na unidade de urgência e emergência (UPA). A percepção inicial sobre as relações interpessoais segundo os enfermeiros foi como trabalho em equipe multidisciplinar de saúde.

As relações interpessoais ocorrem em consequência dos processos de interação. No ambiente de trabalho, existem atividades predeterminadas a serem executadas, assim como interações e sentimentos recomendados, como cooperação, comunicação, respeito e amizade. Conforme as interações continuam, os sentimentos podem diferenciar-se dos iniciais e logo influenciarão as interações e as próprias atividades (NETO et al., 2015).

A origem da palavra "equipe" está associada à realização de tarefas compartilhadas entre sujeitos, que do seu conhecimento coletivo e vínculo extraem o sucesso para a realização da tarefa pretendida ou do objetivo comum (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Por meio das falas dos entrevistados, verifica-se que as diferentes funções entre os membros da equipe de enfermagem podem gerar conflitos, os quais estão relacionados a divergências de percepções ou ideias que permeiam o trabalho em grupo. Foi possível observar no campo de pesquisa que as diferentes funções, não apenas na equipe de enfermagem, mas também na equipe multidisciplinar, necessitam de um bom manejo das relações interpessoais, pois as mesmas são potenciais geradores de conflitos.

As diferenças individuais surgem como agentes de dilemas durante o processo de trabalho de enfermagem, influenciando sobremaneira as relações interpessoais (SPAGNOL et al., 2010). Conforme as falas ilustram, trabalhar em

equipe não significa trabalhar sempre de forma harmoniosa, mas o diferencial está em transformar os conflitos em crescimento, aprendendo a trabalhar com diferenças de comportamentos e pensamentos e, portanto, agir profissionalmente na presença de conflitos (FERNANDES et al., 2015).

Percebe-se que, ao se falar de trabalho em equipe e resolução das situações conflituosas entre os membros dessa, é importante buscar a superação das diferenças, bem como empoderar o trabalho em equipe através do respeito e da responsabilização por parte de cada profissão envolvida.

Logo, o modo como as pessoas se relacionam umas com as outras é um dos fatores mais consideráveis para manter um bom clima organizacional. “A maneira de ser, pensar e agir influencia diretamente os relacionamentos nas empresas” (CARDOZO; SILVA, 2014, p. 30).

As falas também evidenciam que há necessidade de o trabalho em equipe ser realizado subsidiado em valores tais como: cooperação, respeito, confiança e união, que permitem a troca de experiência entre os trabalhadores e possibilitam discutir, coletivamente, os problemas do seu setor (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Observou-se, em alguns momentos no campo de estudo, o trabalho em equipe ser permeado por valores como cooperação, respeito e confiança. Quando alguns desses valores passaram despercebidos, os conflitos interpessoais instalaram-se, fazendo com que o ambiente corporativo se tornasse desmotivador.

É pertinente ressaltar que, para alguns dos enfermeiros entrevistados, os significados e os sentidos de relações interpessoais ultrapassam a percepção de equipe multidisciplinar, possibilitando uma visão mais global. Isso pode ser constatado na fala a seguir: “É o relacionamento de tudo aqui. É o relacionamento meu com a recepção, meu com os médicos, com o segurança, com o serviço de limpeza, com o serviço de copa” (ENF 7).

À vista disso, tal concepção é ampliada para relações interpessoais como trabalho coletivo no meio profissional, ou seja, vai além da equipe multidisciplinar de saúde e alcança todos os sujeitos pertencentes àquela organização. Dilata-se o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação coletiva para alcançar os objetivos comuns.

Embora o trabalho em equipe seja compreendido, muitas vezes, como uma atuação específica de cada área profissional, com um conjunto de atribuições próprias, trabalhar em equipe significa articular diferentes processos de trabalhos envolvidos. Considera-se o conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a participação deste em sua atividade laboral e construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Cattani (2002, p. 87) afirma que as tendências recentes das instituições no que diz respeito à organização do processo de trabalho têm incorporado estratégias de “alargamento e enriquecimento de tarefas e de labor em equipe, bem como abrindo espaço para intervenções dos executores na modificação dos procedimentos de trabalho, permitindo-lhes alguma autonomia”.

Segundo Cardozo e Silva (2014), as organizações vêm investindo na melhoria das condições de trabalho e no bem-estar de seus colaboradores, sendo que o relacionamento interpessoal é um dos indicadores que contribui relativamente para esse resultado. Ou seja, uma vez que as divergências referentes ao relacionamento interpessoal podem ser minimizadas, as organizações vêm investindo nesse âmbito.

As relações interpessoais consistem em processos que permitem o convívio e as trocas humanas. Nessa perspectiva, a subjetividade no trabalho sugere uma reconstrução coletiva de interação, comunicação e ação, robustecendo o trabalhador e refletindo no usuário que procura os serviços de saúde.

Quando as relações interpessoais são priorizadas pelos profissionais envolvidos no processo laboral, o ambiente torna-se menos estressante, contribuindo para que o usuário sinta esse reflexo no momento em que é atendido no acolhimento. Tal fato foi observado no cenário da pesquisa.

“As emoções dão suporte ao processo de relacionamento interpessoal” (CARDOZO; SILVA, 2014, p. 28). Por conseguinte, compreende-se que o indivíduo que assume uma postura profissional diante do mercado de trabalho precisa considerar as próprias emoções, uma vez que essas irão interferir em suas ações e relacionamentos (CARDOZO; SILVA, 2014).

As relações interpessoais perpassam pelo valor que cada sujeito envolvido expressa, “o valor que atribui ao outro pelos sentimentos que manifesta, e, de acordo com este valor atribuído, os comportamentos são estruturados” (CARDOZO;

SILVA, 2014, p. 27). Esses sentimentos são incitados no campo das relações objetivas e reais entre as pessoas.

É possível captar nas falas que a proximidade emocional relaciona-se com a preocupação com as necessidades do outro. A capacidade das pessoas em controlar sua proximidade com o outro determina a flexibilidade do seu contexto interpessoal e o grau de proximidade buscado nos relacionamentos (RABELO; NERY, 2014).

Observou-se que alguns enfermeiros apresentavam dificuldade em estabelecer proximidade emocional com os usuários no momento do acolhimento. Esse comportamento foi sinalizado através de pouco contato visual e preocupação burocrática em detrimento do estabelecimento de relações interpessoais.

Portanto, as expressões emocionais são fundamentais para o desenvolvimento e regulação das relações interpessoais. As instituições têm dado um espaço de destaque para o enfermeiro que tem habilidade em lidar com as próprias emoções e com as dos outros. O manejo das emoções repercute nas interações com os demais profissionais e no atendimento aos usuários.

Segundo Rodrigues e Gondim (2014), atualmente, por meio de novos valores, crenças e políticas iniciadas com a implantação do SUS, o contexto do serviço público está mudando. Ao contrário do senso comum, verifica-se a importância das emoções no trabalho. Emoções positivas direcionam os indivíduos a fazerem mais julgamentos positivos sobre a qualidade de suas relações. Emoções negativas originam uma avaliação mais negativa. Durante a observação participante, percebeu-se que os indivíduos que estavam satisfeitos com as relações interpessoais no ambiente laboral direcionavam o olhar dos demais para os pontos positivos da instituição. Destarte, em se tratando do enfermeiro que atua na triagem com classificação de risco, considerar as emoções do usuário ressignifica a maneira como realiza o acolhimento proposto pelas políticas nacionais de humanização.

No que se refere às relações interpessoais no âmbito profissional, estas adquirem implicações e características específicas, com fins terapêuticos (VILELA; CARVALHO; PEDRÃO, 2014). Isto é, no momento em que o usuário é acolhido pelo enfermeiro na triagem com classificação de risco, esta relação interpessoal envolta em fins terapêuticos se estabelece.

Algumas falas ratificam essa afirmativa quando demonstram que os enfermeiros apontam o sentido e o significado de relações interpessoais como o momento em que acolhem o usuário e instituem tal relação de ajuda. “Ah, passa um relacionamento do profissional com o paciente, né? Que é um relacionamento, assim, de acolher mesmo, de tratamento, de cuidado [...]” (ENF 17). Ao privilegiar a pessoa em detrimento da doença, o enfermeiro pode, por meio dessa relação, auxiliar uma pessoa, a família, ou mesmo a comunidade.

De acordo com Vilela, Carvalho e Pedrão (2014), quando a atenção é centrada na pessoa, esta demanda que o enfermeiro conceba um ambiente de facilitador, que seja empático, congruente e que aceite o outro tal qual se apresenta, convertendo qualquer relação interpessoal em um encontro com qualidade.

É possível identificar, mediante as falas, que a comunicação vem instrumentalizar as relações interpessoais. Comunicação aqui entendida não apenas como linguagem verbal, mas também não verbal. Segundo Paes (2006), estudos sobre “comunicação não verbal estimam que apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras; 38% por sinais paralinguísticos (entonação de voz) e 55% por sinais do corpo (fisionomia tensa, olhar triste)” (SILVA, 2006, p. 13).

Diante disso, “a tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar e perceber o significado que o paciente envia, para só então, estabelecer o plano de cuidados adequado e coerente com suas necessidades” (SILVA, 2006, p. 14).

Uma vez que as relações interpessoais perpassam pela tentativa de compreender o outro e de se fazer compreender através da interação face a face, o ouvir reflexivamente assume um papel expressivo, denotando outro sentido e significado para o termo relações interpessoais. Isso é ratificado pelo relato a seguir: “Normalmente, modéstia parte, eu venho recebendo alguns elogios da maneira pela qual eu trabalho. Por quê? Eu escuto o paciente” (ENF 4).

A escuta envolve disponibilidade interna, esforço e energia por parte do enfermeiro, pois, dessa forma, ele será capaz de tornar essa relação autêntica e produtiva. Assim sendo, ouvir é fazer-se presente. Em vista disso, o ouvir reflexivamente colabora para promoção do cuidado emocional e exige do enfermeiro alto grau de sensibilidade para as manifestações verbais e não verbais do usuário (PETERSON, 2011).

Mesquita e Carvalho (2014) salientam que, em vários estudos, esta intervenção foi benéfica para o paciente, pois lhe proporcionou uma oportunidade de falar. Os mesmos autores declaram que, inúmeras vezes, as pessoas apenas carecem de alguém que as escute a fim de que possam organizar sua vida e, mesmo que a solução para seus problemas não esteja, nesse caso, em uma unidade de pronto atendimento, o simples falar causa uma sensação de alívio imediato.

Devido à necessidade de agilidade e ao tecnicismo característico das unidades de pronto atendimento, é comum o enfermeiro priorizar estes em detrimento do desenvolvimento das competências interpessoais. Tal fato é muitas vezes justificado porque o usuário que procura atendimento nas UPAs é um cliente crítico que necessita de atendimento rápido, entretanto é um indivíduo que necessita de um acolhimento de qualidade e humanizado.

Somam-se a essa conjuntura os agravos psicossociais que a equipe de enfermagem sofre nos serviços de urgência e emergência, tais como: a grande maioria desempenha suas atividades laborais em regime de plantão e muitos enfermeiros possuem outro emprego. Isso leva a alterações no padrão de sono destes profissionais (COUTO; OLIVEIRA; PAES, 2014).

Além disso, a necessidade do dinamismo no atendimento rápido ao usuário; a superlotação por se tratar de uma porta de entrada aberta empoderada pela cultura por parte dos usuários de que nas UPAs o atendimento é mais resolutivo em comparação às UAPS; a deficiência de profissionais; a carga de trabalho; as especificidades das ações deste setor; infraestrutura inapropriada, entre outros, são prováveis causadores de tensão, culminando na tendência para relacionamentos interpessoais insatisfatórios (COUTO; OLIVEIRA; PAES, 2014).

Tal conjuntura tem propiciado interações desumanizadas e os enfermeiros acabam desconsiderando o contexto biopsicossocial em que o usuário vive (TOMBERG et al., 2013). Contudo, o grande desafio apresentado aos enfermeiros que trabalham no acolhimento com classificação de risco nas UPAs é prestar a assistência visando ao cuidado terapêutico, com priorização das relações interpessoais.

Neste estudo, pode-se verificar que os participantes não se apresentavam despercebidos das relações interpessoais, apesar de o contexto abordado retratar

uma série de fatores antagônicos. Ao relatarem os sentidos e os significados sobre o termo relações interpessoais, os enfermeiros correlacionaram e transportaram os mesmos ao seu vivido.

Como os seres humanos possuem opiniões, comportamentos e percepções diferentes, infere-se que estes fatores estão ligados diretamente às relações interpessoais. Além dos aspectos políticos, sociais e econômicos, os aspectos emocionais e psicológicos também influenciam o relacionamento interpessoal.

Observam-se, nas falas deste estudo, a valorização e a preocupação em desenvolver competências como: o ouvir reflexivamente, a comunicação, o acolhimento, o senso de urgência, o trabalho em equipe, a humanização, o relacionamento interpessoal, a confiabilidade, a cooperação, o diálogo, o discernimento, o equilíbrio emocional, a resolubilidade, o respeito (HOLENADA; MARRA; CUNHA, 2014).

A próxima e última categoria a ser apresentada aponta, na percepção dos enfermeiros, fatores limitantes ao desenvolvimento das relações interpessoais no acolhimento com classificação de risco.

5.3. Fatores limitantes às relações interpessoais no atendimento ao usuário de urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer

O vivido desta pesquisa possibilitou, por meio das falas e das oportunidades de convivência junto aos enfermeiros no cotidiano do ACR no SUE, aproximação do fenômeno investigado com foco na compreensão das relações interpessoais sob a ótica destes profissionais.

Essa categoria emergiu dos movimentos de reflexão dos entrevistados ao serem abordados quanto aos fatores limitantes percebidos no ACR. Neste estudo, entende-se por “limitante”: aquilo que restringe; que estreita; que confina (BUENO, 2007).

Quadro 5: Construção da análise da categoria: “Fatores limitantes às relações interpessoais no atendimento ao usuário de urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer”.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE SENTIDO
Fatores limitantes às relações interpessoais no atendimento ao usuário de urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer	Atendimento diversificado	<p>“Eu estou mais ou menos contando, vamos contar que dá uns 2 laranja por noite e uns 10 amarelos, se der. Num total de 60 pacientes atendidos à noite. Difícil você ter um vermelho. Só quando o Samu traz” (ENF 7).</p> <p>“As questões mesmo são Atenção Primária. Por isso que não dá conta... E, às vezes, é uma hora da manhã, ele [paciente] vem fazer um <i>check-up</i>. “Eu queria fazer um exame de sangue.” E você não pode negar, você tem que acolher” (ENF 17).</p> <p>“Digamos que 95% para mais não são urgência. São... pessoa que vem assim, vem um dia, foi prescrito um antibiótico, aí ele retorna para uma outra consulta, ele não espera o efeito do remédio... ele [paciente] já tem parece um cartão fidelidade. Quem vem dez vezes, ganha mais uma, sabe? [...] não adianta ir no posto,</p>
Fatores limitantes às relações interpessoais no	Atendimento diversificado	

Continua...

<p>atendimento ao usuário de urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer</p>		<p>porque não vai ter a vaga para consultar” (ENF 5).</p> <p>“De urgência e emergência é a menor parte. [...] o pessoal que espera sair do trabalho para poder vir à noite, essa coisa toda, por ser 24 horas, né?” (ENF 3).</p> <p>“Agora, vai explicar isso para o paciente. Vai explicar que os sinais vitais estão normais, que a classificação dele não é de urgência. Então, assim, às vezes a pessoa vem e fala assim “eu quero só aferir a minha pressão”. Só aferir pressão não é aqui. Controle de pressão arterial é no posto. “Ah, mas eu tô passando mal” (ENF 2).</p>
<p>Fatores limitantes às relações interpessoais no atendimento ao usuário de urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer</p>	<p>Sentimentos dos usuários no acolhimento com classificação de risco</p>	<p>“É, eu acho que eles não gostam muito da triagem. Sentem um pouco de resistência. Ainda tem que passar pela triagem? Aí, às vezes, a gente faz a classificação: ‘por que que a minha classificação é verde? É urgência o meu atendimento” (ENF 3).</p> <p>“[...] e, quando eles acham que está demorando, eles vêm até a gente perguntar quantos têm na frente. Se está devagar, a gente já fala “que está tendo uma intercorrência lá dentro, então vai demorar mais um pouquinho”, ou não “Que está sendo rápido para ele aguardar e não ir na padaria, se não ele perde a vez” (ENF 4).</p> <p>“E aí, às vezes, o tempo é o limitador da gente. A gente tem que saber dosar. (ENF 4)</p>
<p>Fatores limitantes às relações interpessoais no atendimento ao usuário de</p>	<p>Tempo como fator limitante</p>	<p>“O tempo, né? Porque é sempre bom a gente acolher melhor, conversar, procurar saber, só que é porta de urgência e emergência e nem todo paciente tem [...] a gente não tem esse tempo e é</p>

Continua...

<p>urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer</p>		<p>aquela questão, né?” (ENF 10).</p> <p>“O tempo... Ter mais contato com o paciente, buscar mais do paciente né, um histórico melhor. Então, isso te limita um pouquinho. Porque você precisa correr, lá fora já está lotado e eu preciso dar andamento nisso” (ENF 12).</p>
<p>Fatores limitantes às relações interpessoais no atendimento ao usuário de urgência e emergência: encontros e desencontros entre o pensar e o fazer</p>	<p>Conceitos conflitantes relativos ao STM como fator limitante às relações interpessoais</p>	<p>“[...] existem alguns médicos que não curtem muito essa coisa da triagem do enfermeiro. Mas o médico ele acha que ele tem o direito de colocar o dedo na sua triagem ou de falar que a sua triagem não está certa e tal. Isso já aconteceu comigo e já aconteceu com vários outros funcionários. Eu acho isso um problema” (ENF 7).</p> <p>“Eu acho que precisa, aí sim, do relacionamento interpessoal, mais afetivo com o médico. Ele prefere questionar a triagem, do que pegar o paciente ou retriari. Ou assim, eu acho que não existe uma retriagem para menos, né? Só pra mais. Mas, às vezes, o médico acha que o paciente está triado de uma coisa que é menos e não valoriza a nossa triagem. Eu acho que o que prejudica é o relacionamento interpessoal com o médico” (ENF 9).</p> <p>“Mas a questão não da triagem em si, mas a questão médica. Os pacientes acabam ficando um pouco agressivos com a gente que está na triagem. Então, às vezes, acaba indispondo com a gente por uma coisa que não é nem culpa nossa. É questão médica (médicos demorando a atender sem motivo)” (ENF 17).</p>

Fonte: A autora.

O Sistema de Saúde no Brasil encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde – atenção básica, de média e alta

complexidade. Espera-se que a população que procura assistência à saúde seja acolhida em qualquer nível de atenção e encaminhada para os demais níveis quando a complexidade do atendimento exigido ultrapasse a capacidade de assistência do serviço (MENDES, 2011).

Entretanto, a desarticulação entre esses setores, associada ao aumento dos casos de acidentes e violência urbana, nos últimos anos, culminou na superlotação das emergências hospitalares e unidades de pronto atendimento, transformando essa área em um dos maiores nós da saúde brasileira (BRASIL, 2009; OILVEIRA et al., 2016).

Com o intuito de melhor organizar a assistência, articular os serviços e definir referências e contrarreferência, surgem as UPAs. Tendo como base a PNH, essa estratégia aparece como uma das iniciativas resolutivas e humanizadoras para o problema da superlotação em emergências hospitalares.

As UPAs assumem o nível intermediário de complexidade entre as Unidades de Atenção Primária e a média e alta complexidade. Elas funcionam 24 horas por dia, sete dias na semana, assistindo os usuários por meio da triagem classificatória de risco. Prestam atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, e também são entreposto de estabilização do paciente crítico para o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (Samu).

A Portaria n. 1.020, de 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente Pré-Hospitalar fixo e define as competências e responsabilidades das UPAs utiliza o termo “acolhimento” em vez de “triagem”, conforme preconizado pelo Humaniza SUS, que entende triagem como uma prática de exclusão (BRASIL, 2009).

Um estudo realizado por Oliveira et al. (2015, p. 240), a respeito da percepção da equipe de enfermagem sobre a finalidade das UPAs, concluiu que estas “têm o propósito de ser um local de atendimento rápido a casos graves em que o objetivo da assistência é a estabilização do quadro e encaminhamento aos hospitais quando necessário”.

Assim como apontado nesse estudo e na PNH, os enfermeiros participantes desta pesquisa indicaram que a finalidade das Unidades de Pronto Atendimento é a “assistência prestada aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica,

traumática, ou mesmo, psiquiátrica”, quando estes têm risco de sofrimento, seqüela ou mesmo morte (BRASIL, 2006, p. 66).

Contudo, as necessidades dos usuários atendidos nas UPAs pesquisadas nesta investigação frequentemente não se enquadram como urgência, gerando um fluxo de pacientes, que excede a capacidade do serviço. Por conseguinte, o atendimento a esses casos torna-se demorado, causando estresse não só para o paciente que aguarda, como também para os enfermeiros que se deparam, diariamente, com essa situação, tendo que repetir, para cada usuário, a finalidade das UPAs. Os participantes ressaltaram isso: “Digamos que 95% para mais não são urgência” (ENF 5).

Há décadas, observa-se o crescimento do número de pessoas que buscam atendimento em serviços de atenção às urgências e emergências. Os motivos são diversos, tais como a baixa resolubilidade das unidades básicas de saúde, creditada a pouca disponibilidade de especialistas, exames e medicamentos; e as dificuldades de acesso devido à demora na marcação de consultas, com meses de espera, filas longas e horários restritos de atendimento (GARCIA; REIS, 2014).

É interessante perceber que, na fala de um dos enfermeiros participantes, houve a verbalização de que a média de atendimento de casos de baixa complexidade girou em torno de 82% por plantão. Becker et al. (2015) salientam em seu estudo que a porcentagem dos usuários que receberam alta hospitalar foi responsável por 94,5% dos atendimentos na triagem do Serviço de Emergência e, destes, 91,3% foram classificados como baixa prioridade.

Este resultado sugere o uso inapropriado das Unidades de Pronto Atendimento, uma vez que grande parte dos usuários que procuraram o SUE poderia ser atendida em serviços de menor complexidade. De acordo com a política de saúde vigente, a principal porta de entrada dos serviços de saúde é a Atenção Básica, que deve estar apta para acolher, atender e resolver os principais problemas de saúde da população. Somente os agravos não resolvidos nesse nível deveriam ser referenciados para serviços de maior complexidade tecnológica, nesse contexto, as UPAs.

Becker (2015, p. 787) destaca que “a baixa resolubilidade da atenção básica e a precariedade da rede hospitalar são causas apontadas para a superlotação dos serviços de emergência no Brasil”. Minimizar o uso inapropriado dos SUEs requer

ampliação do acesso e resolubilidade da Atenção Básica. Para que essa substituição ocorra, os usuários precisam ter garantido o acesso rápido ao atendimento de urgência no primeiro nível de atenção (GARCIA; REIS, 2014).

Ainda no estudo de Becker (2015), foi pontuado que as UPAs têm minimizado as demandas que deveriam ser atendidas em outros níveis de atenção à saúde, uma vez que têm atuado como porta de entrada para os usuários com queixas crônicas e sociais que procuram esses serviços em busca de resolubilidade.

Com relação às categorias da Classificação de Risco, Oliveira et al. (2017) expõem em sua investigação que a maioria dos usuários atendidos foi classificada na cor verde (61,1%), seguida da amarela (21,9%), evidenciando tendência em SUE por atendimentos de baixa complexidade. Consequentemente, constata-se que o perfil de pacientes que procuram os SUE é de baixa complexidade. Os motivos apontados por Oliveira et al. (2016) são multifatoriais e estão relacionados à cultura de resolução rápida dos problemas, ao uso de tecnologias para a realização dos exames e à facilidade de acesso a um serviço oferecido 24 horas por dia.

Outra estatística que comprova o uso inapropriado das UPAs pela população diz respeito ao horário de funcionamento, pois 38,2% dos atendimentos ocorreram no período da manhã, 32,9% no período da tarde, 20,8% no período noturno e 8,2%, de madrugada. Torna-se evidente, com estes resultados, que a população opta por buscar o serviço de porta aberta para resolução das suas necessidades de saúde, provando que o modelo de pirâmide de atenção à saúde ainda não conseguiu um resultado satisfatório às necessidades dos usuários (BECKER et al., 2015).

O mesmo foi observado na pesquisa de Feijó et al. (2015). Com relação ao dia da semana, os autores verificaram que 73,0% procuram o serviço de pronto-atendimento nos dias de semana, quando as UAPs estão funcionando e *a priori* deveriam absorver esta demanda. Os dias de maior procura foram as quintas (15,5%) e as segundas-feiras (14,9%). A procura pelo serviço nos finais de semana ocorreu em 27,0% dos atendimentos e o domingo (13,2%) foi o dia de menor utilização do SUE.

A expectativa seria que a procura fosse maior nos finais de semana, pelo fato de o serviço funcionar como retaguarda para as UAPs. Todavia, apenas 27,0% dos atendimentos foram realizados no final de semana e o domingo foi o dia de menor utilização do serviço (13,2%).

Estudos (DAMASCENO et al., 2014; GUEDES, 2014; FEIJÓ et al., 2015) evidenciaram que mais da metade dos casos pesquisados não procurou outro serviço de menor complexidade, o que contribui para o aumento da espera do usuário no SUE. Alguns fatores podem explicar a procura por estes serviços: baixa concentração de recursos humanos e tecnológicos nos serviços primários e secundários e a cultura largamente difundida de confiança nas Unidades de Pronto Atendimento.

Corroborando as falas dos enfermeiros desta investigação, Oliveira et al. (2016) assinalam que os pacientes classificados na categoria vermelha apresentaram maior porcentual de procedência do Samu (OLIVEIRA et al., 2016).

Outro fator limitante às relações interpessoais abordado pelos participantes desta pesquisa relaciona-se aos sentimentos dos usuários no que se refere à classificação de risco. “É, eu acho que eles não gostam muito da triagem. Sentem um pouco de resistência. ‘Ainda tem que passar pela triagem?’” (ENF 3). Na percepção dos enfermeiros, há dificuldade de compreensão do protocolo por parte dos usuários do SUE.

Ratificando a fala dos enfermeiros, Oliveira et al. (2017) apontam em seu estudo que alguns entrevistados referiram certa insatisfação decorrente da discordância entre o risco estabelecido pelo profissional da UPA e o risco que o usuário pensa ou sente estar classificado.

Ainda neste estudo, outra questão que merece destaque se relaciona ao fato de que os usuários que verbalizaram não concordar com a classificação realizada por meio do dispositivo ACR eram aqueles classificados com a cor verde, que retrata situação de “pouca urgência” e, possivelmente, poderia ser resolvida no âmbito da atenção básica (OLIVEIRA et al., 2017).

Isso se deve principalmente à operacionalização ainda truncada do sistema de referência e de contrarreferência e da hegemonia do modelo médico-curativista, os usuários com possibilidades de ser atendidos em serviços de menor complexidade procuram a resolução de seus problemas nos SUEs (BONH et al., 2015).

Tal cultura reflete a possível dificuldade de os usuários superarem a lógica da “triagem”, que é considerada como método excludente, pois tem como característica “escolher” quem deve ou não ser atendido. Assim, a constante

orientação aos usuários com condições clínicas de menor gravidade, embora necessária e relevante, pode tornar-se desgastante para os enfermeiros da classificação de risco.

Legitimando a afirmação anterior, Campos e Souza (2015) pontuam que o conhecimento limitado dos usuários sobre o processo de triagem com classificação de risco traz malefícios, como conflitos interpessoais entre o paciente e o enfermeiro que atua no ACR. Alguns usuários alegam que devem ser atendidos por ordem de chegada, por desconhecerem o processo ou mesmo por falta de solidariedade com os mais necessitados. Nesse contexto, a compreensão e a aceitação da proposta do ACR pela população são relevantes, pois tendem a evitar a superlotação nos serviços de emergência e, assim, atender prioritariamente casos mais graves com maior efetividade.

Um fato instigante na investigação de Bonh (2015) é que, em nenhuma entrevista, foi mencionada a conduta de “acolhimento”, que deve estar atrelada às ações de classificação de risco. Isso é um agravante, porque o acolhimento e a disposição para escutar são requisitos para se iniciar uma relação empática com o usuário e, assim, abrir um espaço para educá-lo no que se refere à propositura do ACR.

Silva et al. (2016) consideram que, quando não ocorre a formação de vínculo entre trabalhadores e usuários, há falha na relação de empatia e clínica ampliada para o atendimento. Disso se pode concluir que os princípios da humanização da assistência não estão sendo estimados.

Por meio desta pesquisa, tornou-se perceptível que, na rotina do enfermeiro, afloram múltiplos sentimentos típicos da enfermagem, profissão essencialmente envolvida com o cuidado e com a inter-relação humana. Relação essa que pode ser estabelecida com os usuários, seus pares profissionais ou demais trabalhadores da saúde.

Pinto (2015, p. 49) ressalta que o entendimento do posicionamento do enfermeiro “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”.

Nos dias atuais, lamentavelmente, o domínio do modelo biomédico corrobora para a construção de uma interpretação da enfermagem “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” (PINTO, 2015, p.50). Ora essas concepções de fragilidade manifestam-se de forma clara e explícita, ora entrelaçadas nas atitudes e comportamentos dos sujeitos pertencentes ao contexto da atuação do enfermeiro.

Embora o trabalho em equipe multiprofissional tenha sido valorizado nas relações interpessoais neste estudo, alguns entrevistados relataram que a atitude de alguns médicos era um dificultador às relações interpessoais, o que favorecia a existência de conceitos conflitantes no contexto do ACR pelo enfermeiro. “[...] Existem alguns médicos que não curtem muito essa coisa da triagem do enfermeiro. Mas o médico ele acha que ele tem o direito de colocar o dedo na sua triagem ou de falar que a sua triagem não está certa e tal” (ENF 7).

Segundo Santos et al. (2015, p. 10), as divergências entre médicos e enfermeiros acontecem há séculos. “Desde as primeiras escolas de enfermagem, o médico foi, de fato, o único indivíduo qualificado para ensinar; a ele cabia, então, quais papéis colocar nas mãos das enfermeiras, assim as tornando subordinadas às suas ordens”. Essa situação talvez possa ser um dos resquícios refletidos ainda hoje, visto ser uma relação conflituosa de papéis e de poder.

O médico e o enfermeiro são apontados como o grupo de maior representatividade nos serviços de saúde por conta dos diversos papéis que desempenham. É comum que surjam conflitos pessoais e estruturais. No entanto, essas dificuldades podem provocar detrimento na produção em serviços de saúde, influenciando na assistência ao usuário, que deixa de ser o foco principal (SANTOS, 2015).

Algumas falas elucidaram o que Bonh (2015) relatou em sua pesquisa ao afirmar que houve discordância entre médicos e enfermeiros na estratificação do risco. Tal fato interfere no tempo de espera estabelecido pelo protocolo e acarreta ocorrência de atrasos no atendimento.

Os relatos permitem inferir que, mesmo com a classificação de risco por meio do STM, um protocolo que direciona a avaliação do enfermeiro através de seus fluxogramas e discriminadores com padrões de objetividade, a autonomia profissional da enfermagem na classificação de risco, em alguns momentos, é questionada pelo profissional médico. Duro (2014) ratifica isso dizendo que este

posicionamento divergente do médico em relação à classificação de risco pode refletir seu receio da ameaça à hegemonia médica.

O enfermeiro precisa posicionar-se de forma crítica e defender o seu julgamento e a sua tomada de decisão diante da classificação de risco. É utopia acreditar que não contra-argumentar as colocações do médico diante da classificação evitará conflitos. Esse é um dos momentos nos quais as relações interpessoais se destacam como uma habilidade fundamental para o enfermeiro.

Por intermédio dessas relações, é possível a construção de práticas de autonomia e corresponsabilidades das pessoas pertencentes a este contexto, contribuindo, assim, para a associação entre a produção de sujeitos e a produção de saúde (BRASIL, 2009). Assim sendo, manejar bem as relações interpessoais na realidade deste estudo pode impactar o cuidado ao usuário e influenciar os sentimentos e expectativas em relação à assistência prestada.

Nas diretrizes do STM, o tempo para que o enfermeiro realize a classificação de risco, propriamente dita, é preconizado como não devendo ultrapassar três minutos (ANZILIERO et al., 2016). Apesar disso, o tempo para o ACR foi apontado pelos participantes como um fator limitante ao estabelecimento de relações interpessoais. “O tempo... Ter mais contato com o paciente, buscar mais do paciente né, um histórico melhor. Então, isso te limita um pouquinho. Porque você precisa correr, lá fora já está lotado e eu preciso dar andamento nisso” (ENF 12).

Os enfermeiros são cientes de que a agilidade no SUE é um critério fundamental para um bom desfecho dos casos, embora percebam que investir tempo no acolhimento é determinante para uma avaliação mais assertiva e para maior satisfação do usuário.

Em um estudo sobre a avaliação do STM realizado em um município brasileiro, dos 11 enfermeiros participantes apenas um (9,1%) relatou que, apesar de o protocolo ser instrumento facilitador do trabalho, outros fatores relacionados à queixa do paciente podem não estar dispostos nos fluxogramas do mesmo e que estes fatores não devem ser desconsiderados durante a avaliação do enfermeiro (SOUZA et al., 2014). Tal fato gera a reflexão sobre qual é o lugar da humanização nesse contexto.

Portanto, o tempo dispensado ao acolhimento do usuário necessita ser avaliado de acordo com cada caso. Nesse sentido, as relações interpessoais ganham um lugar de destaque.

Nesta pesquisa, três (17,64%) enfermeiros declararam que o tempo no acolhimento do ACR poderia ser mais flexível. Consideram-se os elementos relatados importantes, pois podem indicar a necessidade de uma revisão do protocolo, além de ressaltar a importância das relações interpessoais no acolhimento do usuário, não limitando a sua avaliação apenas ao que está descrito no protocolo direcionador da classificação de risco.

Sabe-se que os protocolos são importantes para diminuir o viés da subjetividade inerente ao olhar de cada profissional, conferindo validade e confiabilidade. Entretanto, segundo Souza et al. (2014), cabe ressaltar que nenhum protocolo tem capacidade de capturar os aspectos subjetivos e sociais, cuja compreensão é relevante para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade dos usuários que procuram os serviços de urgência. “O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, o acolhimento do cidadão e a exploração de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento” (SOUZA et al., 2014, p. 82).

Há um fazer do enfermeiro que rompe com a lógica estruturada e normatizada de que o ACR seja apenas um lugar onde se faz uma avaliação. O fazer do enfermeiro nesse espaço necessita ser adaptado, (re)inventado, para que tenha o seu real valor. Portanto, a proposta é de que o ACR não seja compreendido apenas como um lugar próprio, aquele do protocolo e da normatização, representado por um consultório onde se faz uma entrevista a fim de avaliar riscos e prioridades.

Esse cenário deve visar, constantemente, por meio da habilidade de se estabelecer boas relações interpessoais, ser um espaço onde “acolher” ganha outra importância: o vínculo e a responsabilização pelo problema do outro com o desejo de resolvê-lo ou buscar possibilidades.

6.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que o processo de acolher conecta-se ao ato estabelecido nas relações interpessoais, numa relação dialética entre acolher e ser acolhido. A essência do trabalho do enfermeiro é o ato de cuidar. Portanto é importante que o mesmo se envolva com o usuário e que essa relação priorize as necessidades de saúde do usuário, assistindo-o de forma singular.

Cuidar é uma ação que compreende atitudes de atenção em relação ao corpo, de olhar nos olhos do usuário, de perceber sentimentos. Na medida em que o enfermeiro considera o usuário como ser humano integral, sujeito e ator social, torna-se possível construir junto a ele um novo caminho para o processo saúde-doença que visa atender às necessidades das pessoas. Isso acontece no bojo das relações interpessoais. Neste novo contexto, o enfermeiro é capaz de compreender o indivíduo como um ser único e, como reflexo, passa a ser reconhecido pela sua capacidade de acolher as necessidades e expectativas dos usuários.

Por meio das políticas nacionais de humanização, o acolhimento ganhou novo sentido e significado no processo de trabalho do enfermeiro. Ele se tornou uma ferramenta para humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta e favorecimento à construção de vínculo entre o usuário e o profissional.

Apesar de o “ato de acolher” ser uma ação técnico-assistencial, ele necessita vir imerso em um processo de escuta qualificada, o que implica mudanças na relação entre profissional e usuário, na qual o paciente é o eixo principal e ativo. Ao ouvir o usuário, os enfermeiros terão melhora na relação de interação e desenvolvimento de uma parceria mais colaborativa.

É neste sentido que o acolhimento se aproxima do cuidado de enfermagem, uma vez que ambos envolvem o estabelecimento de relações interpessoais, com objetivo de atender as necessidades do usuário, reconhecendo-o como sujeito dotado de condições objetivas e subjetivas e que está inserido em um contexto de vida.

Essas relações interpessoais vão para além do momento de acolher o usuário. Elas se ampliam para relações entre o enfermeiro e seu par profissional, bem como para a equipe multidisciplinar e os demais trabalhadores. Ainda que essas relações não sejam completamente harmoniosas, existe também a clareza de

que saber articular outros processos de trabalho e respeitar o conhecimento do trabalho do outro resulta em relações interpessoais mais positivas e em uma assistência humanizada.

No setor de urgência e emergência, o enfermeiro vivencia momentos estressantes, tais como a dificuldade frente à morte e a insuficiência de recursos materiais e humanos. Destarte, esse cenário promove tensões e emoções que são potencialmente capazes de interferir negativamente na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Portanto, esse local de grandes contradições favorece uma formação profissional centralizadora e individualista, que estimula as barreiras da relação entre os profissionais e, conseqüentemente, pode acabar interferindo na relação do enfermeiro com os usuários.

Os atendimentos “pouco urgentes” e “não urgentes” nas UPAs deste estudo representam pouco mais de 80% dos casos atendidos. Tal fato permite inferir que é viável que o enfermeiro classificador dê atenção à educação em saúde. Até porque, para que a população comece a compreender a finalidade destas unidades não hospitalares, faz-se necessário que este profissional invista atenção a essa questão.

O conceito de educação em saúde está intimamente relacionado ao de promoção da saúde, pois reforça o conceito ampliado de saúde, que busca, entre outras coisas, preconizar aspectos comunitários, ambientais e sociais.

Da maneira como se traduzem as novas concepções de educação, todo lugar e oportunidade são fundamentais para se produzir educação. No consultório de ACR, não seria diferente, visto que nesse espaço circulam muitas pessoas, as quais são portadoras de diferentes necessidades e estão em diferentes momentos da vida. Cabe considerar também que elas já chegam ao serviço bastante fragilizadas.

A educação em saúde visa expandir o interesse dos sujeitos para a mudança. Espera-se que essas ações sensibilizem os indivíduos a uma disposição para as transformações – conscientes e necessárias – como fruto de uma abordagem analítica e reflexiva e que vá ao encontro das reais necessidades e expectativas individuais e coletivas.

Instrumentalizado pela habilidade de estabelecer boas relações interpessoais, acredita-se que as orientações de enfermeiro no consultório do Acolhimento com Classificação de Risco são capazes de iniciar um processo de transformação no

pensar e agir em saúde. Mesmo em ocasiões de fragilidade, este profissional é fomentador de bem-estar, empatia, compartilhamento de experiências e socialização dos saberes por meio da educação participativa.

O percurso para que o desenvolvimento desta habilidade no ACR nas UPAs seja compreendido como um cuidado de enfermagem requer que o enfermeiro apreenda a realidade e os condicionantes envolvidos nessas relações interpessoais. A utilização de tecnologias leves, ou seja, as relações humanas devem ser o alicerce da prática de enfermeiro, sendo o objeto do cuidado a pessoa e não a doença, em qualquer nível de atenção à saúde.

Torna-se importante retomar o conceito do termo “relações interpessoais” adotado neste estudo: “capacidade de interagir com as pessoas no cotidiano, considerando suas necessidades e expectativas e agregando valor a esta relação. Envolve contato cordial, empático e profissional” (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014, p. 375).

À luz deste conceito e das percepções que emergiram neste estudo, acredita-se não apenas na viabilidade, mas na necessidade urgente de o enfermeiro classificador tomar posse dos conhecimentos adquiridos em sua formação e aceitar o desafio de humanizar, efetivamente, sua assistência por via das relações interpessoais. À vista disso, é possível que os indivíduos construam a sua própria trajetória de saúde e que o enfermeiro ressignifique a sua.

A humanização na saúde, em especial nos serviços de urgência e emergência, é um grande desafio para a enfermagem. Envolve construções permanentes de cidadania e corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo-se o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho.

Assim sendo, diante da importância das relações interpessoais na atuação do enfermeiro no SUE, há que se pensar em estratégias de capacitações para tal habilidade dentro das próprias instituições. Destaca-se a criação ou disponibilização de um cenário propício à realização de uma reciclagem do STM no ACR com foco nas relações interpessoais.

Com isso, sugere-se um novo “olhar” ao protocolo para o ACR. Diante do número pouco significativo de pesquisas disponíveis na literatura sobre “relações

interpessoais nos serviços de urgência e emergência”, propõe-se um trabalho futuro beneficiando-se do material já coletado e analisado neste estudo.

Tendo em vista que as pesquisas desenvolvidas na área da enfermagem têm por fim a ação do cuidar, a promoção do bem-estar e melhoria na qualidade de assistência à saúde da população, sugere-se uma pesquisa de intervenção.

Acreditando-se que pequenas ações podem transformar contextos, sentimentos, significados e prática é que se propõe um futuro trabalho de intervenção baseado no tema deste estudo.

Esta poderá contribuir para o estudo do tema, já que se tornou evidente na revisão integrativa que existe uma lacuna na abordagem desse assunto. Muito se verificou sobre valor preditivo e assertividade do protocolo Manchester no acolhimento com classificação de risco, entretanto, pouco enfoque nas relações humanas durante esse processo. Menor ainda sobre relações humanas no acolhimento com classificação de risco no setor de urgência e emergência.

Esse estudo poderá ser relevante no sentido de incrementar as disciplinas da graduação em Enfermagem no promovendo uma visão realista do acolhimento com classificação de risco e instrumentalizando os alunos no aprendizado das competências interpessoais in loco.

Além disso, poderá contribuir para educação permanente robustecendo e inspirando os trabalhadores dos serviços de urgência no seu cotidiano, não apenas no acolhimento com classificação de risco mas em toda a Unidade de Pronto Atendimento.

Por fim, espera-se sensibilizar enfermeiros classificadores a aperfeiçoarem sua práxis, valendo-se das relações interpessoais, atuando de forma a perceber os usuários nesse momento de vulnerabilidade, em sua diversidade de sentimentos, desejos, princípios dentro do seu contexto que se refletem nesse encontro numa relação de cuidar.

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 Enfermagem**, Porto Alegre, vol 33 n 4, Porto Alegre, p. 181-190, dez. 2012. Disponível em: <

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Atividades+do+enfermeiro+nos+sistemas+de+triagem%2Fclassifica%C3%A7%C3%A3o+de+risco+nos+servi%C3%A7os+de+urg%C3%Aancia%3A+revis%C3%A3o+integrativa>> Acesso em 2 fev. 2017.

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 25, nº 2, p. 243-250, abr./jun., 2012. Disponível em:< <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2236>>. Acesso em: 21 out. 2016.

AMTHAUER, C.; CUNHA, M.L.C. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, vol 24, p. 1-7, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf1983144720160464753.pdf>> Acesso em: 3 fev 2017.

ANZILIERO, F.; DAL SOLER, B.E.; SILVA, B.A.; BEGHETTO, M.G. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 37, nº 4, p. 1-5, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400417&lng=pt&nrm=iso&tling=en> . Acesse em: 5 abr. 2017.

ANZILIEROA, F.; SOLERA, B. E.D.; SILVA, B.A.; TANCCINIB, T.; BEGHETTOC, M. G. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha Enfermagem**, vol 37, n 4, Porto Alegre, p. 1-7, dez. 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160464753.pdf>> Acesso em: 25 jan 2017.

ARAÚJO, G. O. Universidade Federal de Juiz de Fora. **Tópicos Especiais em Economia e Gestão da Saúde** – Unidades Básicas de Saúde – UBS - Organização do Fluxo – Triagem Protocolo de Manchester (gravidade/tempo de espera). 2014. Disponível:<<http://slideplayer.com.br/slide/1678936/>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

ASSIS, A. et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 333-338, abr. 2015. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267040408021>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

ASSIS, C. R. S. **O Estresse na Atividade Laboral de Enfermeiros**. 2012. 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2009. 282p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).

BAGGIO, M. A., ERDMAN, A. L. Acontecendo o cuidado 'do nós' nos movimentos e ondulações dos processos interativos no ambiente hospitalar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n.1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-0160014.pdf>. Acesso em: 01 set. 2016.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BECKER, J.B.; LOPES, M.C.B.T.; PINTO, F.M.; CAMPANHARO, C.R.V., BARBOSA, D.A.; BATISTA, R.E.A. Triagem no Serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, vol. 49, n 5, p. 783-789, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0783.pdf>. Acesso em 25 jan 2017.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano - Compaixão pela Terra**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOHN, M. L. S.; LIMA, M.A.D.S.; DURO, C.L.M.; ABREU, K.P. Percepção de Enfermeiros sobre Utilização do Protocolo do Sistema de Classificação de Risco Manchester. **Revista Ciência e Cuidado em Saúde**, vol 14, n. 2, p. 1000-1004, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Maria_Alice_Lima/publication/281429611_Nurses'_perception_on_the_use_of_the_manchester_risk_classification_system_protocol/links/55eb66d308ae21d099c5e89e.pdf> Acesso em: 24 fev. 2017

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. Diagnóstico da profissão aponta concentração regional, tendência à masculinização, situações de desgaste profissional e subsalário. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: set 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional por município para 2015**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 27 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/cephucas/files/2013/08/Resolu%C3%A7%C3%A3o-466-2012.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-geral de urgência e emergência. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Série E.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Série B. Textos Básicos em Saúde, 52p., Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf> Acesso em: 9 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Série B. Textos Básicos em Saúde, 34 p., Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 16 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Série B. Textos Básicos em Saúde, 58p., Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Série B. Textos Básicos em Saúde, 68p., 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 11 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação em Saúde. **Política Nacional da Redução de Morbidade por Acidentes e Violência. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001.** Série E. Legislação em Saúde, 64 p., Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. Ministério dos Transportes. **Portaria n. 1.020, de 13 de maio de 2009.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 13 de maio 2009. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/portaria_ms_10202009_1254855087.pdf> Acesso em: 30 mar. 2017.

BRASIL. **Portaria 4. 279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei No 7.498, DE 25 DE junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm> Acesso em: 27 mar. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12 out. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 11 de out 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 out. 2015.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 22 out. 2015

BUENO, S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**, 2 ed., São Paulo: FTD, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2016.

CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs). **Tratado Saúde Coletiva**, Fiocruz, São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, J.; SOUZA, V.S. A Percepção Dos Usuários Do Serviço De Urgência E Emergência Em Relação À Classificação De Risco Pelo Protocolo De Manchester. **Revista Unimontes Científica**. Montes Claros, v. 16, n. 1, p 17-25, jan./jun, 2015. Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/319/297> > Acesso em 12 mai. 2017.

CARDOZO, C. G., SILVA, L. O. S. A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. **Revista Interbio**, Dourados, v. 8, n. 2, jul-dez, 2014 Disponível em < http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol8_num2/arquivos/artigo3.pdf > Acesso em: 5 nov. 2016.

CATTANI, A. D. **Dicionário Crítico sobre o Trabalho e Tecnologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

CAVALCANTE, R.B.; RATES, H.F; SILVA, L.T.C.; MELLO, R.A.; DAYRREL, K. M.B. Acolhimento com Classificação de Risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, vol 2, n 3, p. 428-437, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/288/356>> Acesso em 4 mar. 2017.

CECÍLIO, L. C. O. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.280-289, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200003>. Acesso em: 23 jan. 2016.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D.; FERREIRA, M. A. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. **Escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, p. 306-313, fev.2011. Disponível em: <http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=648>. Acesso em: 17 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 423/2012, Brasília, 9 de abril de 2012**. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 11 abr. 2012 Seção 1. Página 196. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/Res_423_2012_paq2.pdf> Acesso em: 23 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Nº 159/1993**. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 19 de abril de 1993. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen1591993_4241.html> Acesso em: 23 mar. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico nº 136/2011, de 26 de setembro de 2011**. Dispõe sobre a competência do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco nos diversos pontos de atenção à saúde da população. Belo Horizonte. 2011. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/anexos/Parecer%20T%C3%A9cnico%20136.2011.pdf>>. Acesso em 14 out. 2015.

COSTA, P. C. P.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLDEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-7, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

COUTO, P. L. S.; OLIVEIRA, S. C. C. G. S. S.; PAES, L. B. Relações de poder na emergência hospitalar: o olhar da equipe de enfermagem. **Revista enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 2, p. 3607-3615, out., 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4693/10598>>. Acesso em: 30 out. 2016.

DAMASCENO, F.P.C.; SILVA, L.G.; MENEZES, M.O.; SILVA, D.P. Acolhimento com Classificação de Risco na Rede de Urgência e Emergência: perspectivas para enfermagem. **Revista Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, vol 2, n. 2, p. 45-58, out 2014. Disponível em:

<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/viewFile/1181/1011>>
> Acesso em: 12 fev. 2017.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das Relações Interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2001

DURO, L. M.; LIMA, M.A.D.S.; LEVANDOVSKI, P.F.; BOHN, M.L.S.; ABREU, K.P. 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. Disponível em:<

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/106865/000938073.pdf?sequence>
=> Acesso em: 12 jan. 2017.

FEIJÓ, V. B. R.; CORDONI JUNIOR, L.; SOUZA, R. K. T.; DIAS, A. O. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, vol 39, n 106, p. 627-636, jul/set 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>>

Acesso em: 22 mar. 2017.

FERNANDES H. N.; THOFEHRN, M. B. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Revista Pesquisa Cuidado Fundamental** (online), v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan-mar., 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-26704>>. Acesso em: 27 out. 2016.

FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, out-dez, p. 530-535, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a05.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O Subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.) **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed., São Paulo: Hucitec, p. 154-178, 2010. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000154&pid=S0103-7331201300040000800013&lng=pt>. Acesso em: 5 jan. 2016.

FONTANELA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 389-394, fev., 2011. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

FOUCAULT, M. A. **Microfísica do Poder**. 25 ed., Rio de Janeiro: Graal, 2008.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método**: Traços Fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica. Tradução: Flávio Paulo Meurer. Revisão da Tradução: Ênio Paulo Giachini, 3 ed., Petrópolis: Vozes, 1999.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, vol.67, n.2, Brasília Mar./Apr. 2014. Disponível em:<
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Perfil+de+usu%C3%A1rios+atendidos+em+uma+unidade+n%C3%A3o+hospitalar+de+urg%C3%Aancia>.> Acesso em: 13 fev. 2017.

GIRON, M.N.; BERARDINELLI, L.M.M. Conhecimento em Enfermagem sobre Humanização na Recepção do Usuário no Centro Cirúrgico: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, vol 9, n 2, p. 974-84, fev., 2015. Disponível em:
<<https://www.google.com.br/search?q=DOI%3A+10.5205%2Frevol.6391-62431-2-ED.0902supl201525&oq=DOI%3A+10.5205%2Frevol.6391-62431-2ED.0902supl201525&aqs=chrome..69i57j69i58.284j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>> Acesso em: 10 mar. 2017.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. **Revista Interface**, Botucatu, v.18, nº. 2, p. 1427-1440, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000601427&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 dez. 2015.

GOMES, R. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014, 45p. (Pós-Graduação). Disponível em: <
<<http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/caderno-pesquisa-qualitativa-mestrado-2014.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência**. 1. ed., Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

GUEDES, H. M. Valor de Predição do Protocolo Manchester em um Hospital do Vale do Jequitinhonha. 2014. 112f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

GUEDES, H.M.; MARTINS, J.C.A.; CHIANCA, T.C.M. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, vol 65, n 1, p. 45-51, fev. 2015. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100045> Acesso em: 24 fev 2017.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005>. Acesso em: 9 nov. 2015.

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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400014>. Acesso em: 3 nov. 2015.

JUNIOR, D. P.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 20, n. 6, p. 1041-1047, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 12 out. 2015.

KONDER, L. **O Que é Dialética?** São Paulo: Brasiliense, 2004 – (Coleção Primeiros Passos: 23).

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00525.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

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.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde/** Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana, 2011. 549p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 151-163, 2012. Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

MESQUITA, A.C.; CARVALHO, E. C. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1127-1136, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf>. Acesso em: 3 out. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MUNIARI, D. B.; BEZERRA, A. L. Q. Inclusão da Competência Interpessoal na Formação do Enfermeiro Como Gestor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 484-486, jul./ago. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a20.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2015.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>>. Acesso em: 29 out. 2016.

NETO, A. V. L. et al. Relacionamento interpessoal entre a equipe de uma emergência hospitalar: um estudo qualitativo sob o olhar de enfermeiros. **Revista Enfermagem PUC**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 75-87, jan-abr, 2015. Disponível em:<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9371>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

OLIVEIRA, D. A.; GUIMARÃES, J. P. A Importância do Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 25-44, jan-jun, 2013. Disponível em:<<http://grupouninter.com.br/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/viewFile/197/101>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

OLIVEIRA, G. N.; VANCINI-CAMPANHARO, C. R. ; LOPES, M.C.B.T.; BARBOSA , D. A.; OKUNO , M.F.P.; RUTH ESTER ASSAYAG BATISTA, R.E.A.; Correlação das categorias de classificação de risco com aspectos clínicos e desfechos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.24, Ribeirão Preto, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100439&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 13 mar. 2017.

OLIVEIRA, G. N.; VANCINI-CAMPANHARO, C. R.; OKUNO, M. F. P.; BATISTA, R. E. A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, vol 21, n 2, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf> Acesso em 1 fev. 2017.

OLIVEIRA, J. D. S. et al., Nurses' social representations of workrelated stress in an emergency room. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n. 4, p. 980-985, ago. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0984.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

OLIVEIRA, J. L. C.; GATTI, A. P.; BARRETO, M. S.; BELLUCCI, J. A.; HERBERT, L. F. G.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com Classificação de Risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol 26, n 1, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf> Acesso em: 15 fev. 2017.

OLIVEIRA, K. R. E.; BRAGA, E. M. O desenvolvimento das habilidades comunicativas e a atuação do professor na perspectiva do aluno de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50 (n. esp), p. 32-38, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0032.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2016.

OLIVEIRA, S. N.; RAMOS, B. J.; PIAZZA, M.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S.; SOUZA, A. C. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol 24, n 1, p. 238-244, Jan/Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072015000100238&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 1 mar. 2017.

OLIVEIRA, T. R.; SIMÕES, S. F. S. As faces da comunicação na prática da enfermagem: Uma pesquisa bibliográfica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3116/698>>. Acesso em: 18 out. 2016.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, UK, v. 377, n. 9779, p. 11-31, mai. 2011 (Série Saúde no Brasil, 1). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2016.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. H. Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

PEDUZZI, M. Mudanças Tecnológicas e seu Impacto no Processo de Trabalho em Saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100007>. Acesso em: 5 mai. 2016.

PETERSON, A. A. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 696-697, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a10v64n4.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PINTO, S. P. Aplicação do Sistema de Triagem de Manchester pelo Enfermeiro: valores, conceitos e significados. 2015. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015. Disponível em: <www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Dissertação-Paulo-Sérgio-Pinto.pdf> Acesso em: 14 mar. 2017.

PIROLO, S. M.; FERRAZ, C. A.; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n. 6, p.1396-1402, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342011000600017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 mai. 2016.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde. Plano de Saúde 2014-2017. Secretaria de Saúde. Juiz de Fora, 2013. 110p. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf>. Acesso em: 28 out. 2015.

RABELO, D. F.; NERI, L. A. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. **Revista Pensando Família**, Porto Alegre, v.18 n.1, jun. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2014000100012>. Acesso em: 23 out. 2016.

RODRIGUES, A. P. G.; GONDIM, G. Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho: um estudo com servidores públicos. **Revista Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 38, mar/abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ram/v15n2/v15n2a03.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; EPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 852-862, nov./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a09v62n6.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.

SANTOS, A.P.; FREITAS, P.; MARTINS, H.M.G. Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. **Emergency Medicine Journal**, 2014;31(2):148-52. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23345313>> Acesso em: 4 jan 2017.

SANTOS, G. L. J. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

SANTOS, P.S.; BERNARDES, A.; VASCONCELOS, R.M.A.; SANTOS, R.S. Relação Entre Médicos E Enfermeiros Do Hospital Regional De Cáceres Dr. Antônio Fontes: A Perspectiva Do Enfermeiro. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Universidade do Estado de Mato Grosso, n.4, p. 10-28, jul./dez., 2015. Disponível em: <
<http://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/911>> Acesso em 1 fev. 2017.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 2.334, de 8 de junho de 2010**. Define o valor do incentivo financeiro por município para implantação do Protocolo de Classificação de Risco em Urgência e Emergência – Sistema Manchester. 2010. Disponível em:
http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_2334.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 2.838, de 14 de junho de 2011**. Define critérios para implantação e implementação do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência – Sistema Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência no Estado de Minas Gerais. 2011. Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_2838.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem Remédio**: a comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde. 4 ed, São Paulo: Loyola, 2006.

SILVA, P. L. et al. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 427-433, mai. 2016. Disponível em:<
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

SILVA, P.L.; PAIVA, L.; FARIA, V.B.; OHL, R.I.B.; CHAVAGLIA, S.R.R.; Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Revista Escola Enfermagem da USP**, vol. 50, n. 3, p. 427-433, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf> Acesso em 13 mar. 2017.

SILVA, R. M. C. R. A.; OLIVIEIRA, D. C.; PEREIRA, E. R. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. **Revista Latino-Americana. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, nº 5, p. 936-944, out. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00936.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

SOARES, D. A.; SADIGURSKY, D.; SOARES, I. Competência interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes: percepção de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.4, p. 677-683, jul./ago. 2011. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400008>. Acesso em: 17 out. 2015.

SOUZA, C.C.; ARAÚJO, F.A.; CHIANCA, T.C.M. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, vol 49, n 1, p. 144-151, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf> Acesso em: 30 dez 2016.

SOUZA C. C.; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 65, n. 1, p. 26-33, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 14 out. 2105.

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. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=712335&indexSearch=l>> Acesso em: 3 fev. 2017.

SPAGNOL, C. et al. Situações de conflitos vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 803-811, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/36>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

TOLFO, S. R. et al. Bases epistemológicas sobre sentido(s) e significado(s) do trabalho em estudos nacionais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 103-116, jan-mar, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v16n1/v16n1a09.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

TOMBERG, J. O. et al. Acolhimento com classificação de risco no pronto atendimento: caracterização dos atendimentos. **Revista Ciência e Cuidado em Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 80-87, mar. 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94574/000913307.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

TRINDADE, L. D. L. Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermeira. **Revista Enfermería Global**, Murcia, v. 10, n. 22, p. 0-0, abr. 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412011000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2015.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n2/24.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

VILELA, S. C.; CARVALHO, A. M. P.; PEDRÃO, L. J. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 96-102, jan/fev, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a15.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

ZAGO, L. H. O método dialético e a análise do real. **Kriterion**, Belo Horizonte, v. 54 n.127, p.109-124, jun. 2013. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2013000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 14 out. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Relações interpessoais no acolhimento com usuários na classificação de risco: percepção do enfermeiro”. Nesta pesquisa, pretendemos analisar a percepção do enfermeiro que trabalha em serviços de urgência e emergência sobre o acolhimento com classificação de risco e as relações interpessoais que permeiam este processo. O motivo que nos leva a estudar esse tema justifica-se por desejarmos compreender o papel das relações interpessoais no trabalho do enfermeiro que realiza o acolhimento com classificação de risco em setor de urgência.

Para esta pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: O(A) Sr. (a) participará da coleta de dados a qual será realizada através de observação participante com a utilização de diário de campo e, para complementar a observação, será realizada uma entrevista semiestruturada. A entrevista será gravada em MP3 e depois transcrita pela pesquisadora. A análise será realizada nos textos resultantes da transcrição da entrevista à luz da hermenêutica dialética. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos, uma vez que o método e as técnicas utilizadas para a coleta de dados não incluem a realização de intervenções e houve a preocupação da pesquisadora em utilizar técnicas comunicacionais, relacionais e de respeito humano para diminuir esse risco e tornar a entrevista agradável e respeitosa. Cabe mencionar que os riscos mínimos são aqueles comparáveis ao desconforto pessoal ao relatar sua vivência no ambiente de trabalho. Os resultados e sua divulgação serão tratados com critério de anonimato, ou seja, seu nome não aparecerá e você não será identificado nas publicações. Caso seja comprovada a relação de danos decorrentes dessa investigação, está previsto ressarcimento. A pesquisa contribuirá no conhecimento do perfil dos enfermeiros que trabalham em Unidades de Pronto Atendimento de Juiz de Fora sobre a percepção desses sobre o acolhimento com classificação de risco e as relações interpessoais que permeiam este processo. Contribuirá para que as Unidades de Pronto Atendimento que adotaram o acolhimento com classificação de risco possam utilizar-se desta pesquisa para aprimorarem tal processo visando a maior humanização no atendimento aos seus usuários. E, por fim, contribuirá para que outros serviços que desejem implantar o acolhimento com classificação de risco encontrem nessa pesquisa respaldo científico para tal. Para participar deste estudo, o(a) Sr (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O(a) Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará sua identidade com padrões

profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora, e a outra será fornecida ao(à) Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Relações Interpessoais no Acolhimento com usuários com Classificação de Risco: percepção dos enfermeiros.” 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. 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 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Raquel de Oliveira Martins Fernandes

Endereço: Faculdade de Enfermagem - Campus Universitário da UFJF - CEP: 36037467 / Juiz de Fora – MG. Fone: (32) 98858-2415 E-mail: Raquel.omfernandes@gmail.com.

APÊNDICE 2 - Autorização Prefeitura de Juiz de Fora – Secretaria de Saúde – Subsecretaria de Urgência e Emergência



Prefeitura de Juiz de Fora

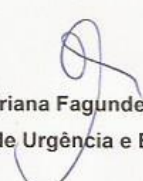
TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a realização do Projeto de Pesquisa intitulado “**Relações Interpessoais no Acolhimento com Classificação de Risco: percepção do enfermeiro**” a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Raquel de Oliveira Martins Fernandes, nas Unidades de Urgência e Emergência à Saúde da Subsecretaria de Urgência e Emergência – PJF.

Ressaltamos que as unidades contam com a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que os dados deste estudo deverão ser utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e de pesquisa.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 28 de Março de 2016.



Adriana Fagundes Claudio

Subsecretária de Urgência e Emergência/SSUE/PJF



Cristina Marcia da Silva

Chefe de DPAAPS/SSAPS/PJF

Secretaria da Saúde
Rua Halfeld, 1.400 - Centro - CEP: 36.016-000 - Tel: (32) 3690-8557
Juiz de Fora - MG

**APÊNDICE 3 - Termo de Solicitação e Autorização de Pesquisa
Unidade de Pronto Atendimento Norte – UPA NORTE**



**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE PESQUISA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO NORTE (UPA NORTE) – JUIZ DE FORA
CNPJ UPA NORTE: 22.488.241/0003-26
HSVP-UPA NORTE: Avenida Juscelino Kubitschek, 6.145, Nova Era,
Juiz de Fora - MG**

AO: Srº FRANCISCO LUIZ NETO
Presidente do Grupo Hospital São Vicente de Paulo de Minas Gerais

Eu, RAQUEL DE OLIVIEIRA MARTINS FERNANDES, mestranda do Programa de Pós-graduação, Mestrado em Enfermagem *Stricto Sensu*, da Universidade Federal de Juiz de Fora, na qualidade de responsável pela pesquisa intitulada “RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO ACOLHIMENTO COM USUÁRIOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PRECEPÇÃO DO ENFERMEIRO”, sob a orientação da professora doutora DENISE BARBOSA DE CASTRO FRIEDRICH, venho solicitar autorização para realizar tal pesquisa na Unidade acima referida.

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo analisar a percepção dos enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento de Juiz de Fora a respeito das relações interpessoais no acolhimento com classificação de risco à luz de seus limites e possibilidades. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa a qual a análise de dados e conteúdos será operacionalizada à luz da hermenêutica dialética. O cenário da pesquisa será as três unidades de pronto atendimento denominadas “sul”, “norte” e “oeste” da cidade de Juiz de Fora. As mesmas utilizam o Sistema de Triagem de Manchester como sistema de acolhimento e classificação de risco. Tem-se como intenção uma população envolvendo todos os enfermeiros que realizam a triagem de risco nas três Unidades de Pronto Atendimento da cidade de Juiz de Fora, excetuando os sujeitos que estiverem gozando de férias e licenças no período em que ocorrerá a coleta de dados, bem como os sujeitos que manifestarem o desejo de não participar da pesquisa. Os dados serão colhidos através das seguintes técnicas: a ambiência, a observação participante, o diário de campo e a entrevista semiestruturada. O sujeito receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo) e após sua leitura e aquiescência será entrevistado conforme disponibilidade do local de trabalho. O período de coleta de dados nas Unidades de Pronto atendimento não excederá ao de três meses a contar da autorização dessa solicitação. A análise será realizada através dos dados e dos conteúdos emergentes do material empírico e serão operacionalizados à luz da hermenêutica dialética.

Será fornecido o feedback aos serviços onde serão realizadas a pesquisa sobre os resultados com o presente estudo no sentido de empoderar as ações de enfermagem a partir de condutas com embasamento científico que promovam qualidade na assistência prestada pautada na humanização do cuidado. De acordo com o resultado a Faculdade

de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora poderá disponibilizar uma Educação Permanente sobre o tema da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer número 1.698.190 (Anexo), bem como pela subsecretária de urgência e emergência/SSUE/PJF Srª Adriana Fagundes Cláudio e pela chefe de DPAAPS/SSAPS/PJF Srª Cristina Márcia da Silva (Anexo).

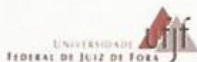
Juiz de Fora, 10 de Setembro de 2016.

ASSINATURA _____

(carimbo da Instituição)

FRANCISCO LUIZ NETO
DIRETOR PRESIDENTE
HOSPITAL SÃO VICENTE
DE PAULO

APÊNDICE 4 - Termo de Solicitação e Autorização de Pesquisa Unidade de Pronto Atendimento Oeste – UPA OESTE



TERMO DE SOLICITAÇÃO DE PESQUISA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OESTE (UPA OESTE) – JUIZ DE FORA CNPJ UPA OESTE: 22.488.241/0004-07

HSVP-UPA OESTE: Rua Major Lino Lima, 129, São Pedro, Juiz de Fora - MG

AO: Srº FRANCISCO LUIZ NETO

Presidente do Grupo Hospital São Vicente de Paulo de Minas Gerais

Eu, RAQUEL DE OLIVIEIRA MARTINS FERNANDES, mestranda do Programa de Pós-graduação, Mestrado em Enfermagem Stricto Sensu, da Universidade Federal de Juiz de Fora, na qualidade de responsável pela pesquisa intitulada “RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO ACOLHIMENTO COM USUÁRIOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO”, sob a orientação da professora doutora DENISE BARBOSA DE CASTRO FRIEDRICH, venho solicitar autorização para realizar tal pesquisa na Unidade acima referida.

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo analisar a percepção dos enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento de Juiz de Fora a respeito das relações interpessoais no acolhimento com classificação de risco à luz de seus limites e possibilidades. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa a qual a análise de dados e conteúdos será operacionalizada à luz da hermenêutica dialética. O cenário da pesquisa será as três unidades de pronto atendimento denominadas “sul”, “norte” e “oeste” da cidade de Juiz de Fora. As mesmas utilizam o Sistema de Triagem de Manchester como sistema de acolhimento e classificação de risco. Tem-se como intenção uma população envolvendo todos os enfermeiros que realizam a triagem de risco nas três Unidades de Pronto Atendimento da cidade de Juiz de Fora, excetuando os sujeitos que estiverem gozando de férias e licenças no período em que ocorrerá a coleta de dados, bem como os sujeitos que manifestarem o desejo de não participar da pesquisa. Os dados serão colhidos através das seguintes técnicas: a ambiência, a observação participante, o diário de campo e a entrevista semiestruturada. O sujeito receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo) e após sua leitura e aquiescência será entrevistado conforme disponibilidade do local de trabalho. O período de coleta de dados nas Unidades de Pronto atendimento não excederá ao de três meses a contar da autorização dessa solicitação. A análise será realizada através dos dados e dos conteúdos emergentes do material empírico e serão operacionalizados à luz da hermenêutica dialética.

Será fornecido o feedback aos serviços onde serão realizadas a pesquisa sobre os resultados com o presente estudo no sentido de empoderar as ações de enfermagem a partir de condutas com embasamento científico que promovam qualidade na assistência prestada pautada na humanização do cuidado. De acordo com o resultado a Faculdade

de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora poderá disponibilizar uma Educação Permanente sobre o tema da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer número 1.698.190 (Anexo), bem como pela subsecretária de urgência e emergência/SSUE/PJF Sr^a Adriana Fagundes Cláudio e pela chefe de DPAAPS/SSAPS/PJF Sr^a Cristina Márcia da Silva (Anexo).

Juiz de Fora, 10 de Setembro de 20 16.

ASSINATURA _____

(carimbo da Instituição)

FRANCISCO LUIZ NETO
DIRETOR PRESIDENTE
HOSPITAL SÃO VICENTE
DE PAULO

APÊNDICE 5 - Instrumento de Coleta de Dados - Entrevista Semiestruturada

Data: _____
Codinome: _____
Idade: _____
Sexo: _____
Estado Civil: _____
Tempo de serviço na UPA: _____
Trabalha em outro local: _____
Local onde concluiu a graduação: _____
Ano: _____
Pós-graduação: _____
Forma de trabalho nessa Unidade: _____
Capacitação em urgência e emergência: _____
Quando _____
Onde: _____
Capacitação para acolhimento com triagem de risco: _____
Quando _____
Onde: _____

- 1) Como é seu trabalho no setor de urgência e emergência realizando o acolhimento com classificação de risco?
- 2) O que você entende por relações interpessoais no trabalho?
- 3) Você considera as relações interpessoais uma habilidade importante para o desenvolvimento de sua função? Como isso impacta a assistência que você presta ao usuário?
- 4) Em sua opinião, quais são os limites e as possibilidades no que se refere às relações interpessoais no processo de acolhimento no setor de urgência e emergência?

APÊNDICE 6 – Roteiro de Observação de Campo



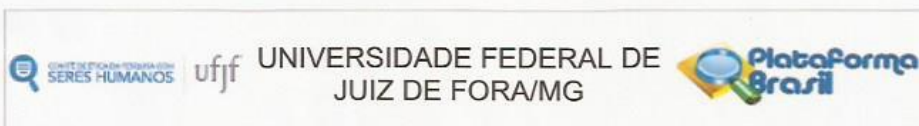
Instituição:
Público-alvo:
Data:
Horário:

ASPECTOS OBSERVADOS:

1. Impressões do observador:
2. Resultados das conversas informais:
3. Comportamentos contraditórios às falas dos sujeitos:
4. Constituição do cenário da investigação:
5. Relações dos participantes da investigação:
6. Descrição dos participantes:
7. Cronologia dos eventos:

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer Comitê de Ética e Pesquisa Universidade Federal de Juiz de Fora



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relações interpessoais no acolhimento com usuários na classificação de risco: percepção do enfermeiro

Pesquisador: Raquel de Oliveira Martins Fernandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56568416.1.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.698.190

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara, objetiva e em consonância com os princípios éticos norteadores da

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.698.190

ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

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 N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Fevereiro de 2017.

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 N°001/2013 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

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



ufjf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG

Continuação do Parecer: 1.698.190

informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Lattesdenise.pdf	04/08/2016 16:32:47	Maria Lucia da Cunha Carmona	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_681606.pdf	04/08/2016 16:27:21		Aceito
Outros	Lattesromf.docx	04/08/2016 16:24:42	Raquel de Oliveira Martins Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJEToROMF.pdf	04/08/2016 16:23:57	Raquel de Oliveira Martins Fernandes	Aceito
Outros	Termo_de_sigilo_22_03_161.pdf	11/07/2016 20:55:06	Raquel de Oliveira Martins Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/07/2016 20:39:54	Raquel de Oliveira Martins Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoparapesquisaenvolvendoser eshumanos.pdf	20/04/2016 10:16:23	Denise Barbosa de Castro Friedrich	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinfraestrutura.pdf	19/04/2016 10:03:47	Denise Barbosa de Castro Friedrich	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autoriprefeitura.pdf	11/04/2016 21:39:49	Raquel de Oliveira Martins Fernandes	Aceito
Outros	entrevista.docx	11/04/2016 21:37:44	Raquel de Oliveira Martins Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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@uff.edu.br

ANEXO 2 – Organização do Fluxo de Atendimento Triagem Manchester

Universidade Federal de Juiz de Fora – 

UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ORGANIZAÇÃO DO FLUXO ► triagem

Protocolo de Manchester (gravidade/tempo espera)

- Vermelho – imediato;
- Laranja - 10 minutos;
- Amarelo - 60 minutos;
- Verde – 2h;
- Azul – 4h.



Fonte: ARAÚJO, G. O. Universidade Federal de Juiz de Fora. Tópicos Especiais em Economia e Gestão da Saúde – Unidades Básicas de Saúde – UBS - Organização do Fluxo – Triagem Protocolo de Manchester (gravidade/tempo de espera). 2014.
Disponível: <<http://slideplayer.com.br/slide/1678936/>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

