



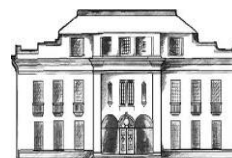
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

NÚCLEO DE PESQUISA DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM



ANDREA STELLA BARBOSA LACERDA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA: relação de
justiça com o usuário**

Rio de Janeiro

2017

ANDREA STELLA BARBOSA LACERDA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA: relação de
justiça com o usuário

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Sauthier

Rio de Janeiro

Fevereiro de 2017

LL131a Lacerda, Andrea Stella Barbosa
a ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
EMERGÊNCIA: relação de justiça com o usuário / Andrea
Stella Barbosa Lacerda. -- Rio de Janeiro, 2017.
109 f.

Orientadora: Marta Sauthier.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Acolhimento. 2. Classificação . 3. Serviço
hospitalar de emergência. 4. Enfermagem em
emergência. 5. Ética. I. Sauthier, Marta, orient.
II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANDREA STELLA BARBOSA LACERDA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA: relação de
justiça com o usuário

ORIENTADORA: MARTA SAUTHIER

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 14 de fevereiro de 2017 por:

Presidente: Prof^a. Dr^a. Marta Sauthier (EEAN/UFRJ)

Primeiro Examinador: Prof. Dr^o. Enéas Rangel Teixeira (EEAAC/UFF)

Segunda Examinadora: Prof^a. Dr^a. Graciele Oroski Paes (EEAN/UFRJ)

Rio de Janeiro

Fevereiro de 2017

RESUMO

LACERDA, Andrea Stella Barbosa Lacerda. **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA: relação de justiça com o usuário**. Rio de Janeiro, 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, que utilizou o método da pesquisa-ação. Foram evidenciadas situações que ferem a autonomia do usuário em ACCR no setor de emergência, conforme Honneth. A partir do objeto de estudo – o reconhecimento do usuário com base na concepção de justiça e injustiça em Acolhimento com Classificação de Risco em setor de emergência – construíram-se os seguintes objetivos: descrever a concepção de justiça de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em emergência; analisar a concepção de justiça na implementação da Classificação de Risco na emergência a partir do reconhecimento do usuário; discutir, a partir da Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth com base na moral social, a justiça com o usuário na Classificação de Risco em unidade de emergência. Assim, emergiram quatro categorias: autonomia/liberdade *versus* heteronomia/subordinação; comunicação *versus* problemas hermenêuticos; justiça *versus* injustiça; contribuições *versus* conflitos. A partir dos resultados, pudemos observar que foi possível interferir naquele cenário e pactuar com a concepção de justiça em ACCR, proposta pelo Ministério da Saúde. Este estudo buscou estabelecer condições para que o usuário seja mais ouvido e atuante como multiplicador de estratégias para que este dispositivo funcione melhor, atendendo as demandas dos próprios usuários a partir de relações mais firmes de amor, solidariedade e direitos entre si, enfermeiros e toda a equipe multiprofissional e colaborou efetivamente com a construção de um ambiente justo, com uma ética que valorize a vida humana. Na Teoria de Honneth, a justiça emerge a partir do momento em que haja o reconhecimento da autonomia do outro e, para tanto, a abertura de espaços dialogais torna-se essencial para que o usuário seja contemplado como sujeito de direito.

Palavras-chaves: acolhimento; classificação; serviço hospitalar de emergência; enfermagem em emergência; ética.

ABSTRACT

LACERDA, Andrea Stella Barbosa Lacerda. **WELCOME WITH RISK CLASSIFICATION IN EMERGENCY: relationship of justice with the user.** Rio de Janeiro, 2017. Dissertation (Master in Nursing) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A descriptive, exploratory study with a qualitative approach using the action-research method. Situations that affect the autonomy of the user in Welcome with Risk Classification in the emergency sector were evidenced, according to Honneth. From the study object - the user's recognition based on the conception of justice and injustice in Welcome with Risk Classification in emergency sector - the following objectives were constructed: to describe the conception of justice of nurses and users in the Classification of Risk in emergency; To analyze the conception of justice in the implementation of the Risk Classification in the emergency from the recognition of the user; Discuss, from Axel Honneth's Theory of Recognition based on social morality, justice with the user in the Risk Classification in emergency unit. Thus, four categories emerged: autonomy/freedom versus heteronomy/subordination; communication versus hermeneutic problems; justice versus injustice; contributions versus conflicts. From the results, we could observe that it was possible to interfere in that scenario and to agree with the conception of justice in Welcome with Risk Classification, proposed by the Ministry of Health. This study sought to establish conditions for the user to be heard and acting as a multiplier of strategies for this functioning better, meeting the demands of the users themselves from firmer relationships of love, solidarity and rights with each other, nurses and the entire multiprofessional team and collaborated effectively with the construction of a fair environment, with an ethic that values human life. In Honneth's theory, justice emerges as soon as there is recognition of the autonomy of the other, and for this, the opening of dialogical spaces becomes essential for the user to be considered as a subject of law.

Keywords: classification; emergency service, hospital; emergency nursing; ethics.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	9
INTRODUÇÃO	9
1.1 Considerações iniciais	9
1.2 Problematização	14
1.3 Justificativa do estudo.....	19
1.4 Contribuições e relevância do estudo	22
CAPÍTULO 2.....	23
HISTÓRICO, BASES CONCEITUAIS E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1. Breve histórico das políticas de saúde no Brasil.....	23
2.2. Acolhimento com Classificação de Risco.....	24
2.3 Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth.....	31
CAPÍTULO 3.....	35
METODOLOGIA	35
3.1. Abordagem e tipo de estudo	35
3.2. Método e Técnicas	36
3.3 Aspectos éticos	45
CAPÍTULO 4.....	47
RESULTADOS.....	47
4.1 Descrição do Acolhimento com Classificação de Risco do Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Municipal Francisco Da Silva Telles	47
Caracterização da amostra coletada no Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Municipal Francisco da Silva Telles.....	48
4.2 Resultados dos seminários com pré-teste, pós-teste e diálogo com os grupos de usuários, entrevistas com pré-teste e pós-teste dialogal com enfermeiros e caderno de campo	50
4.2.1 Resultados da estratégia de seminário, com pré-teste e pós-teste, com os usuários	51
4.2.2. Resultado da estratégia de entrevista, com pré-teste e pós-teste, com os enfermeiros.....	61
CAPÍTULO 5.....	69

ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO	69
Categoria I: Autonomia/Liberdade versus Heteronomia/Subordinação	69
Categoria II: Comunicação versus Problemas Hermenêuticos.....	72
Categoria III: Justiça versus Injustiça	74
Categoria IV: Contribuições versus Conflitos.....	77
CAPÍTULO 6.....	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES.....	89
Apêndice A – Cronograma da pesquisa	89
Apêndice B – Instrumento para o seminário com os usuários	91
Apêndice C – Instrumento de coleta de dados para enfermeiros	93
Apêndice D – Diário de campo.....	94
Apêndice E – Pré e pós-teste para enfermeiros	95
Apêndice F – Folder explicativo para usuários	96
ANEXOS	97
Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para profissionais.....	97
Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para usuários.....	98
Anexo C – Carta de anuência para autorização de pesquisa	99
Anexo D – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa proponente.....	100
Anexo E – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa coparticipante.....	105

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

O Acolhimento com Classificação de Risco¹ (ACCR), tema desta dissertação de mestrado, vem sendo difundido por meio de publicações e de tentativas de implementação em várias unidades de emergência no Rio de Janeiro e no Brasil. Pressupõe a compreensão do termo polissêmico humanização que, neste estudo, tem em seu significado o reconhecimento do outro como sujeito de direitos e responsabilidades. Assim, presume a realização de uma assistência ética e resolutiva, à medida que os usuários são atendidos conforme o seu potencial de risco, de acordo com seu estado clínico.

O primeiro hospital brasileiro a implementar o ACCR foi o Hospital Municipal de Paulínia, na capital de São Paulo, em convênio com a UNICAMP, em 1993, por iniciativa do Diretor Técnico Administrativo Adail Rollo juntamente com Dr. Flávio de Sá, professor que trouxe o protocolo utilizado no Canadá, em reunião com o gerente do Pronto Socorro, Dr. Paulo Bonilha, os quais adaptaram aquele protocolo à realidade do hospital (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2007).

Devido a pouca resolutividade e à fragilidade da assistência oferecida pelos serviços de saúde do Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH), HumanizaSUS, foi criada em 2004 pelo Ministério da Saúde, tendo como um de seus dispositivos o Acolhimento com Classificação de Risco, em especial para os serviços de emergência (BRASIL, 2004a, p.5).

A PNH (BRASIL, 2004b, p.7) baseia-se no protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e tem como diretrizes específicas para urgência e emergência: acolher os usuários conforme o seu potencial de risco e, quando necessário, promover redirecionamento para unidades com outros níveis de complexidade; a construção de fluxos de rede de referência e contrarreferência para garantir a continuidade da assistência prestada;

¹ Atualmente em Estratégia de Saúde da Família utiliza-se o termo “acesso avançado” em que o usuário é encaminhado diretamente para sua equipe de referência para ser consultado no mesmo dia. Não é uma avaliação inicial para depois ter sua demanda atendida como ocorre no ACCR em Emergências.

estabelecer protocolos para evitar intervenções desnecessárias, porém devendo considerar a equidade entre os usuários.

Dentro da equipe de Enfermagem, que é formada por auxiliar de enfermagem, técnico em enfermagem e enfermeiro, esta atividade somente pode ser realizada pelo enfermeiro, conforme a Resolução COFEN nº 423/2012 Art. 1 no âmbito da Enfermagem. Entretanto, tanto médicos como enfermeiros podem realizar o ACCR.

A alta demanda nos serviços de emergência, além do impacto por acidentes e violências, também é justificada pelo grande número de pacientes com agravos que poderiam ser resolvidos nas unidades básicas de saúde (UBSs) (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008). Ademais, estudos como o de Bellucci Junior e Matsuda (2012), apontam a necessidade do direcionamento de mais profissionais de Enfermagem para atuarem no setor de ACCR. Mediante essas considerações, torna-se evidente a importância de se manter o foco nas necessidades do usuário e que se respeitem as particularidades de cada instituição (Ibid, 2012).

Para que se possa ofertar uma assistência resolutiva, torna-se necessário que os usuários que buscam as unidades de saúde sejam verdadeiramente acolhidos, o que exige dos profissionais conhecimentos técnico-científicos e sensibilidade para reconhecer problemas de saúde de origem físico-biológico, mentais, sociais e ambientais (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

No processo de Classificação de Risco (CR) é importante uma comunicação eficiente entre profissionais e usuários, para que possam expor suas queixas e dúvidas sobre seu quadro clínico e classificação. Apenas “olhar” para a classificação, para as diferentes cores ou ler as definições, não significa que essa ação seja compreendida a fim de serem pactuadas as decisões. As ações no setor de emergência devem ser evidentes para os usuários, desde o ACCR, em que é classificado, até o seu encaminhamento ao atendimento médico, para que não emergjam sentimentos ou concepções de injustiça e falta de reconhecimento, reconhecendo esse usuário como um ser de direitos. Deve-se valorizar a subjetividade do ser humano e dar voz à comunidade assistida. O enfermeiro tem a importante função de ser um educador e, nesse caso, um promotor dos direitos do usuário, primando por valores como liberdade, dignidade humana e respeito aos sujeitos, e deve ser reconhecido pela equipe

multiprofissional e usuários como um ser capacitado para a correta realização da avaliação de risco.

Escutar a avaliação que o usuário possui sobre o seu quadro clínico é uma questão importante para o exercício de sua autonomia, ou seja, o ACCR deve ser um processo dialogal, não unilateral. Desse modo, há a cooperação com a construção do autocuidado e colaboração para que haja solidariedade entre os usuários (BRASIL, 2013, p.18).

Segundo o Ministério da Saúde (2009, p. 13), embora haja progressos e conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem falhas na maneira como ocorre o acolhimento do usuário nesse sistema, o que salienta a importância de mais pesquisas nessa área. A discussão sobre os modelos de gestão e de atenção à saúde é “necessária para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, e urgente, porque tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida” (BRASIL, 2004b, p.5).

Em 17 de junho de 2009, foi aprovada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária. Nela constam seis princípios fundamentais de cidadania, que são:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2011, p.3).

Assim, ciente dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social, que regem o SUS, o interesse pela temática da pesquisa originou-se durante a graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – EEAN/UFRJ, concluída no primeiro semestre de dois mil e treze, em que tive a oportunidade de participar de discussões sobre ACCR durante as disciplinas e, após a formatura, em minha atuação como profissional em Acolhimento com Classificação de Risco, no Serviço de Pronto Atendimento (SPA), em um hospital de emergência municipal do Rio de Janeiro, fato este que fortaleceu a minha inquietação.

Motivada pelo Grupo de Ética e Bioética em Enfermagem (GEEBE) da EEAN, em que me encontro inserida, realizei a leitura crítica de artigos publicados por autores como Bellucci Júnior, Matsuda e Marcon (2015), Beauchamp e Childress (1989), Honneth (2009) sobre o assunto, em que busquei identificar aspectos éticos, a saber, teleológicos e deontológicos acerca do tema em tela.

Tom Beauchamp e James Childress publicaram, em 1989, o livro *Principles of Biomedical Ethics* em que expõem quatro princípios básicos da bioética clínica: autonomia, beneficência, justiça e não maleficência, que tiveram como fonte de inspiração o Relatório de Belmont² (1978), onde foram analisados os acontecimentos relacionados com o experimento Tuskegee³ (CAMACHO, 2014). Segundo Camacho (2014), a autonomia e a beneficência são princípios teleológicos, que correspondem à finalidade, a justiça e a não maleficência estão ligados à chamada “ética do dever”, sendo esses os princípios deontológicos (grifo do autor).

Esses temas vêm sendo discutidos no Grupo, aprofundando as questões éticas sobre o Acolhimento com Classificação de Risco realizado por enfermeiros, sendo alvo de reflexões, especialmente a partir da dissertação de mestrado defendida anteriormente no âmbito do grupo, que tratou sobre a percepção dos enfermeiros e sua expressão ética acerca das práticas de acolhimento em unidade de terapia intensiva pediátrica oncológica por Poliana Albuquerque orientada pela Prof.^a Dr.^a Marta Sauthier, também orientadora desta dissertação.

Minha integração ao GEEBE deu-se no acompanhamento de orientações de projetos com temas sobre ética profissional em Enfermagem; nas apresentações e reflexões sobre a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth; em eventos da área como o VIII Seminário Internacional (VIII SINPEN) – Núcleos de Pesquisa e a Produção de Conhecimento na Enfermagem da EEAN; apresentando leitura e discussão sobre o artigo “As esferas do reconhecimento - uma introdução a Axel Honneth”, de Suzana Guerra Albornoz (2011) com

²Foi criada a Comissão Nacional para a Proteção de Seres Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais, devido ao caso Tuskegee, tendo como intuito gerar condutas para nortear a experimentação humana e recomendações legislativas (CAMACHO, 2014).

³Também denominado “Estudo Tuskegee de Sífilis Não-Tratada em Homens Negros”, foi um experimento realizada com 400 homens negros, que não tinham conhecimento para compreender o curso natural da sífilis sem tratamento, em que consistiu em não tratar a doença levando-os a morte. Essa pesquisa gerou diversas polêmicas, o que levou a mudanças nos direitos dos pacientes em estudos clínicos (CAMACHO, 2014, grifos do autor).

concomitante reflexão com os membros do GEEBE; Apresentação de artigos oriundos de revisão integrativa e reflexão acerca do tema Reconhecimento e Justiça em Honneth, apresentados no 22º e 23º Pesquisando em Enfermagem, os quais receberam o prêmio Edma Rodrigues Valadão em ambos os eventos.

E ainda, no grupo referido, desenvolvi o projeto apresentado como proposta à vaga de mestrado do edital nº 344 de 02/10/2014 para a EEAN/UFRJ, que emergiu de minha prática profissional, com proposta de retorno à unidade em que atuo, atendendo as necessidades do campo assistencial em que me encontro, a saber, Acolhimento com Classificação de Risco em emergência.

Assim, esta dissertação encontra-se inserida na linha de pesquisa de Ética Profissional em Enfermagem e Sociedade pertencente ao Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE), inserido no Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A unidade hospitalar, no setor de emergência em que atuo, atendendo à política de saúde vigente, convergindo com a PNH ou HumanizaSUS, efetiva o ACCR. O funcionamento dá-se da seguinte maneira: ao chegar à unidade, o usuário tem seus sinais vitais verificados na sala de espera pelo técnico em Enfermagem, caso haja alguma alteração grave é encaminhado imediatamente para o consultório de Enfermagem, caso não haja o usuário aguarda pela ordem de chegada. Posteriormente é chamado em voz alta pelo enfermeiro, ao entrar na sala expõe suas queixas a esse profissional e recebe a sua classificação de risco baseado nos seus sinais e sintomas. A expressão “receber a classificação” deixa claro que nem sempre se inclui a ação de pactuar essa classificação com o usuário. Assim, essas e outras questões emergentes na efetividade do ACCR em emergência devem ser discutidas, no sentido de sensibilizar os profissionais para a transformação necessária em sua rotina de trabalho, em prol da aproximação com a ética no ACCR que se procura atingir.

Na instituição em tela, onde atuo, após o ACCR pelo enfermeiro, o usuário é atendido na unidade, quando há critério de emergência, podendo ocorrer reclassificação pelo enfermeiro durante a espera por atendimento médico caso haja agravamento do quadro clínico, ou é redirecionado para Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, conforme seu endereço, após atendimento médico. Nesse caso, sai da instituição com a solicitação de atendimento para unidade de atenção primária.

Ocorre ainda, em algumas situações, a mudança do quadro clínico durante a primeira avaliação, exatamente após a identificação de sinais e sintomas, ainda dentro da sala de CR, ou seja, logo após receber a classificação. Em alguns casos, os usuários ficam apreensivos e muito preocupados ao receberem uma classificação amarela, por exemplo, pois haviam procurado o hospital de emergência por algo simples, na sua ótica, e fora detectado algo de maior relevância naquele momento. Essa ansiedade pode ocasionar malefícios, como elevação de pressão arterial e piora do seu estado geral.

Por outro lado, casos de menor gravidade são incompreendidos pelo usuário que exige atendimento imediato e mudança de classificação, o que nos remete à dificuldade de compreensão sobre o funcionamento e o que é o ACCR, bem como, por motivos pessoais e falta de comunicação eficiente entre usuários e profissionais, conforme observação empírica. Olhar essa realidade com um embasamento teórico, tendo como objeto a moral social, poderá estimular novas estratégias que culminem em tomada de consciência para transformação desejada.

1.2 Problematização

Nessa realidade, algumas situações subjetivas emergem e podem ser questões de investigação científica: os usuários sentem-se injustiçados quando recebem a classificação de risco que não represente atendimento imediato no setor de emergência em estudo, não entendendo os critérios de classificação de risco para maior ou menor gravidade. Por outro lado, quando o enfermeiro realiza reclassificação, nem sempre fica explícito o quadro clínico do usuário, ou seja, nem sempre o agravamento da situação clínica do usuário é evidente aos olhos dos outros usuários, o que repercute também em concepção de injustiça.

E ainda, por vezes, há questionamentos sobre o fato de pessoas obterem classificação para atendimento imediato, fruto de parentescos ou amizades, resultante de conflito de interesse. Ou seja, por conhecerem alguém do hospital que garanta esse privilégio, o que se afasta da proposta de Acolhimento com Classificação de Risco preconizada pela PNH. Essa conduta também corrobora com a concepção de injustiça com e pelo usuário, isto é, o próprio usuário que passou a frente dos demais por amizade com profissionais, por exemplo, comete injustiça com os outros.

Ocorre ainda, por parte de alguns membros da equipe multidisciplinar que não estão aptos a efetivar a classificação de risco, um ato clínico, não competindo a outros profissionais que não sejam da área saúde, a priorização de atendimentos, concedendo privilégios a uns em detrimento dos outros. Ou seja, realizando uma reclassificação indevida. E a concepção de injustiça pode ser percebida atingindo os profissionais enfermeiros que atuam no ACCR, que se sentem desrespeitados, além dos usuários que se sentem injustiçados.

Assim, o problema deste estudo é a concepção de injustiça por usuários e enfermeiros do setor de emergência do Hospital Municipal Francisco da Silva Telles acerca da classificação e reclassificação de risco no ACCR proposto na PNH.

A forma de avaliação e como isso tem sido imputado para o usuário não são suficientes para proporcionar a este o conforto acolhedor. Acolher tem um aspecto relacional-afetivo, porém deve ser principalmente resolutivo e ético, que é o que os usuários buscam nos hospitais de emergência. A visão de humanização para o usuário é diferente da visão de humanização para o profissional, assim, o olhar que temos sobre esse cotidiano, por vezes, difere do olhar do usuário que se sente injustiçado e não consegue compreender o porquê de um usuário que acabou de chegar, mas que foi classificado como um atendimento prioritário, ser atendido antes dele, que já estava ali por horas. Assim, pode sentir-se desrespeitado e não reconhecido como um ser de direitos no ambiente hospitalar, o que fere a consciência que tem de si mesmo, fere sua autonomia. Essa autonomia, a que nos referimos, baseia-se na Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, que leva em consideração a fragilidade dos sujeitos, pois “estar apto a conduzir a própria vida não é um processo autossuficiente, pois depende de o sujeito estar amparado por relações de reconhecimento mútuo” (CENCI, 2015). Assim, vislumbra-se forte conotação ética, com importante objeto moral social, relacionada ao reconhecimento do usuário como ser de direitos à luz da Teoria do Reconhecimento. Honneth subdivide a sua teoria em três padrões de reconhecimento intersubjetivos: o amor (primeira esfera), o direito (segunda esfera) e a solidariedade (terceira esfera). Essas esferas visam o reconhecimento recíproco dos indivíduos da sociedade como seres de direito.

Conforme Honneth (2009), tanto a injustiça é justificativa para critérios de análise crítica da realidade social, como se constitui em mola propulsora para a luta por reconhecimento e ainda, exatamente essa constatação de injustiça, pode motivar para a mudança das relações tanto profissionais como políticas e sociais em geral.

Dentro de uma unidade hospitalar, o usuário pode tornar-se um ser vulnerável, principalmente em condições clínicas emergenciais e, segundo Honneth, um dos princípios básicos da justiça social está na priorização dos vulneráveis e, ainda, diz que a sociedade deveria inquietar-se com as fragilidades dos sujeitos por impactarem em sua autonomia (HONNETH; ANDERSON, 2011). Estudos, como o de Guedes, Henriques e Lima (2013), apontam que o dispositivo ACCR, na opinião dos usuários, não atinge a priorização dos atendimentos mais graves e ressalta que quando afetados por dor ou mal-estar súbito sentem-se mais necessitados de atendimento.

Este fato fortalece o que foi observado empiricamente: os critérios para a classificação de risco não são claros para alguns usuários, os quais frequentemente sentem que seus direitos não são legitimamente respeitados, não se sentem contemplados por esse dispositivo. Então surge um hiato entre a lei e o que é justiça, à luz da Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth. Na teoria de Honneth a justiça somente existe quando há reconhecimento. Honneth apoia políticas que não se pautem na distribuição, mas sim, no reconhecimento:

Na formulação de Honneth, uma teoria da justiça social necessita indicar as condições intersubjetivas de autorrealização individual, pois tal constructo deve estar vinculado a uma reconstrução das práticas e condições de reconhecimento já institucionalizadas. Sem reconhecimento no âmbito familiar, jurídico e social não há justiça. [...] Saber se a natureza da justiça social é uma questão moral-cultural (reconhecimento) ou econômica (redistribuição) permite situar melhor a “função do Direito” e de que tipos de políticas públicas são necessárias para realizar os direitos fundamentais. (TRAMONTINA, 2009)

Com essa concepção, a justiça, que se busca no ACCR não deve ser considerada no aspecto distributivo do atendimento nas emergências, como não deve ser considerada nas vontades individuais, mas sim fruto de intersubjetividades, intercomunicativa, aceita e apreciada nas relações sociais e culturais.

O ACCR é legal, mas pode não ser explícito o suficiente para os usuários no tocante ao senso de justiça, o que vem sendo observado no cotidiano desse cenário. Por esse motivo, enfatizaremos a segunda esfera (do direito) para a análise dos resultados dessa pesquisa, porém frisando que também respaldaremos a reflexão pela primeira esfera (amor) e terceira esfera (solidariedade), por serem intersubjetivas. Na teoria em tela, somente há reconhecimento quando as três esferas se encontram-se presentes. Portanto, consideramos, a

partir da teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, que as três esferas são indissociáveis para análise do Reconhecimento, em que a justiça com o usuário é passível de reflexão.

Outro fato que converge para a justiça com o usuário e que tem relação direta com o sentido de humanização preconizado pela PNH, diz respeito à autonomia, em que o sujeito tem voz e deve ser ouvido na sua interpretação da realidade. Nesse sentido, tendo como pano de fundo a concepção de justiça no ACCR pelos usuários e sua autonomia, emerge como problema deste estudo a heteronomia, quando o usuário é considerado um “reservatório em que se depositará o conhecimento”, o que também interfere para injustiça no ACCR, referida por alguns usuários. Desta forma, compreende-se que ouvir e atuar de forma dialógica com o usuário contribui para que ambos reflitam sobre a realidade, traz à tona a necessidade de considerar o usuário, reconhecendo as concepções aí envolvidas. Essa lógica converge com a metodologia proposta. Assim, reconhecemos valores, crenças e culturas que interferem na concepção de justiça tanto para enfermeiros, quanto para usuários.

A justiça no ACCR é percebida de forma diferenciada por profissionais e usuários, sendo o processo dialogal uma alternativa de busca do reconhecimento nessa realidade, promovendo multiplicadores das concepções, que, dentro da comunidade, podem, por meio da comunicação, fazer uma reflexão com seus pares, contribuindo para a compreensão solidária referente a essa estratégia de atendimento, como uma demanda social que corrobora com a diminuição de injustiça, ao passo que reduz a falta de atendimento ou morte nas filas ou *mistanásia*⁴. A concepção de injustiça emerge não só de alguns fatos concretos, mas de algumas subjetividades da compreensão no ACCR, por questões hermenêuticas, e isso pode ser melhor compreendido por ambos, enfermeiros e usuários, a partir de um diálogo, com *feedback*, em que haja uma troca de conhecimentos para a transformação que se deseja.

Portanto, frente a esse problema vivenciado no ACCR na unidade de emergência, constituíram-se as seguintes questões a nortear este estudo: De que forma a Classificação de Risco em emergência é concebida, no que se refere à justiça e autonomia, por usuários e enfermeiros? O que, na concepção dos enfermeiros, converge com o reconhecimento do usuário e sua autonomia?

⁴ É também conhecida como eutanásia social ou “morte miserável” que ocorre devido ao descaso do poder público (ZAGANELLI et al, 2016).

A hipótese descritiva é a de que não há informação suficiente, no cenário desta pesquisa, para compreensão da concepção de justiça em Acolhimento com Classificação de Risco.

Deste modo, o objeto de estudo é o reconhecimento do usuário com base na concepção de justiça e injustiça em Acolhimento com Classificação de Risco em setor de emergência.

Reconhecimento este que, na teoria de Honneth, amplia a cidadania ao passo em que promove a autonomia e consciência sobre a dignidade humana, e consequentemente a consciência de si. A Cidadania pode ter diferentes definições, nesta dissertação a definição que converge com a Teoria do Reconhecimento pode ser extraída da tese de doutorado de Araújo (2012), que é a condição do cidadão que “congrega os direitos civis, políticos e sociais, destacando-se o direito social ao falar de direito à saúde na sociedade brasileira, que caracteriza os direitos dos usuários à participação social, ao acesso universal e igualitário aos serviços, com equidade, assistência resolutiva e outros aspectos.”.

Dito isso, compreende-se a necessidade de se trabalhar com a informação e educação em sala de espera, que promove a reflexão, a crítica e amplia o conhecimento. E, com este enfoque, construíram-se os seguintes objetivos:

- Descrever a concepção de justiça de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em emergência;
- analisar a concepção de justiça na implementação da Classificação de Risco na emergência a partir do reconhecimento do usuário;
- discutir, a partir da Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth com base na moral social, a justiça com o usuário na Classificação de Risco em unidade de emergência.

Conforme a metodologia proposta, a saber, pesquisa-ação, que será exposta a seguir, descrevendo os saberes e práticas, se cumpriu a sua primeira etapa, em que se oportunizou o levantamento da realidade dos participantes com reflexões dialogais entre pesquisadora e participantes em entrevista, extraindo-se desse diálogo as questões éticas que interferem na CR realizada naquele setor, especialmente com atenção às concepções de injustiça e justiça. Bem como, os principais itens a constarem em um *folder* explicativo, adequado às demandas dos usuários daquela população, promovendo base para a continuidade dialogal necessária.

1.3 Justificativa do estudo

Para que o ACCR seja efetivo e eficiente, repercutindo em estratégia válida em SPA, são necessários estudos que promovam mudanças no âmbito profissional, comprometidos com o processo de responsabilização, que seja feito em rede e envolvendo a equipe multidisciplinar. Além disso, é preciso ouvir a voz dos usuários, que são os protagonistas da assistência em saúde, devendo ser sujeitos ativos na construção do seu cuidado.

As questões éticas que envolvem o saber fazer de enfermeiros e concepções de usuários acerca da CR em ACCR nesse cenário, especialmente para que haja justiça, precisam ser trazidas para os centros das discussões, com usuários e profissionais, a fim de que haja troca desses saberes e dessas práticas entre ambos. A reflexão necessária para a efetividade da CR, em que se pretende uma conduta ética, corroborando com o ACCR preconizado pelo Ministério da Saúde, requer a participação do usuário para a transformação da sua condição de “passivo” para um ser ativo, capaz ‘de analisar sua realidade, ser multiplicador das informações necessárias para transformar esse cenário, o que justifica esse estudo. Além disso, o enfermeiro, com a função de educador, tem a possibilidade de compreender melhor, posto que seja sujeito atuante e reflexivo, a repercussão do processo da implantação da própria Política Nacional de Humanização e suas bases.

É importante salientar que não se pretende analisar o protocolo ou o setor de ACCR, mas sim o senso de justiça na concepção de usuários e enfermeiros frente a esse dispositivo, a fim de que seja compreendido, dando oportunidade e voz ao usuário para que a CR não seja feita como uma imposição e, assim, convergindo com a PNH, que visa integralidade da assistência, o ser visto como um todo, e sua aplicação ética, o que torna necessário esse diálogo com a comunidade assistida e com os enfermeiros, por serem os profissionais mais envolvidos nesse processo. Não há intenção de se discutir os indicadores do ACCR, que já estão determinados por norma, e sim a forma como estão sendo implementados.

No “estado da arte⁵” realizado, utilizaram-se os DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, em português, e MeSH - *Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine*, em inglês, sendo esses respectivamente: acolhimento; classificação; serviço hospitalar de emergência; enfermagem em emergência; ética; *classification; emergency*

⁵ Estado da arte é o levantamento de tudo que se tem descoberto sobre o assunto investigado.

service, hospital; emergency nursing e ethics. No levantamento dos artigos foi utilizado o operador booleano “and”, para favorecer uma busca mais focada, com estudos que tratassem do tema em tela. O DeCS foi desenvolvido pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) para a indexação de materiais científicos como artigos, livros e anais de congressos, e desse modo facilitar a pesquisa de assuntos da literatura científica, sua criação foi baseada no MeSH para a padronização da linguagem em três idiomas: inglês, espanhol e português (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, s.d.b). O MeSH é desenvolvido pela Biblioteca Nacional de Medicina Norte Americana (*United States National Library of Medicine*). Os bancos de dados virtuais acessados, via Portal Capes, foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*. A BVS é um sistema que reúne informações das Ciências da Saúde da América Latina e do Caribe, sendo coordenada pela BIREME, que visa promover a produção e operação descentralizadas de fontes de informação multimídias, conectadas em rede, com acesso direto e universal, sem limitações geográficas e de horário (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, s.d.a). A essa biblioteca integram-se as seguintes bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane, *Scientific Electronic Library (SciELO)*, entre outras. A CINAHL reúne mais de 1.000.000.000 de registros e aproximadamente 70 periódicos completos, livros, dissertações, materiais audiovisuais, softwares, publicações da *National League for Nursing e American Nurses' Association* e outras fontes referentes à área de saúde, sendo uma das principais bases de dados para a Enfermagem (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, s.d.).

As publicações selecionadas foram captadas pelos seguintes filtros: artigos publicados em língua portuguesa e inglesa; texto completo disponível; indexados dos anos de 2004 a 2016, este recorte temporal justifica-se pelo ano de criação da Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS (2004), pelo Ministério da Saúde, tendo como um de seus dispositivos o ACCR; e que tivessem relação com a temática do estudo. Foram excluídos artigos que se repetiam nas bases para que não fossem duplamente contabilizados e artigos de revistas não avaliadas pelo Qualis.

Aplicando-se os filtros, obteve-se 60 publicações na BVS e 11 na CINAHL. Após a leitura dos títulos, resumos e, no caso de dúvida, o seu conteúdo na íntegra, foram selecionados 25 e 11 artigos na BVS e CINAHL, respectivamente, totalizando 36 estudos. A

exemplo: “Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional”, “Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros” e “Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco”.

As caracterizações das publicações selecionadas mostram que os anos com o maior número de publicações foram os de 2011, 2012 e 2013, com 09 artigos (25%) cada um. O DeCS mais utilizado pelos autores foi “acolhimento”, aparecendo em 23 artigos (65%), seguido pelo MeSH “*triage*”, em 9 artigos (26%). As revistas com maior número de publicações foram: Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ciência, Cuidado & Saúde e Revista Eletrônica de Enfermagem, com 3 publicações (8%) cada, seguidas das Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Mineira de Enfermagem e *Journal of Emergency Nursing*, cada uma com 2 publicações (6%). 35 publicações (97%) tinham como autores exclusivamente enfermeiros, o que mostra que o tema vem sendo discutido pela Enfermagem, apenas 1 artigo (3%) além de enfermeiros tinha uma fonoaudióloga como autora. Quanto à abordagem de pesquisa, 24 artigos (67%) eram qualitativos e 12 (33%) quantitativos, os tipos de estudos com número mais expressivo foram os descritivos e exploratórios com 12 artigos (33%), do total de estudos apenas 1 (3%) era revisão de literatura. A maioria das pesquisas foram realizadas em hospitais públicos, com 27 artigos (75%), e o local em que houve mais publicações foi o Paraná, com 8 artigos (22%).

Com relação à análise do conteúdo dos artigos, os resultados apresentam avaliações sobre o trabalho dos enfermeiros na implementação e implantação do ACCR, bem como tratam das dificuldades estruturais e administrativas para essa atividade, e ainda, relatam as demandas e situações emergentes nessa atividade. Dos artigos selecionados, apenas 3 abordavam a temática tendo como foco principal o usuário, suas concepções quanto ao funcionamento do ACCR e a sua satisfação com esse dispositivo, sendo dois brasileiros, realizados no estado do Ceará e Mato Grosso do Sul, e um internacional, realizado na Suécia, o que nos mostra que o assunto vem sendo discutido mundialmente, ainda que de forma tímida, e que, mesmo em países com realidades de desenvolvimento econômico e cultural tão distintos, há aproximação quanto ao tema abordado. O estado da arte mostra que há um número expressivo de publicações acerca do ACCR, entretanto são escassos os estudos que tenha como foco o usuário, principalmente acerca da temática que traga a relação de justiça

com o usuário à tona, para que seja investigada e possibilite retorno em estratégias para serem empregadas no cotidiano do ACCR nas emergências no RJ e no Brasil.

1.4 Contribuições e relevância do estudo

Este estudo contribuiu com a produção de conhecimentos científicos para subsidiar a prática dos cuidados de Enfermagem em ACCR, aprimorando a qualidade da assistência prestada, visando sua integralidade, que é o reconhecimento dos direitos dos usuários conforme a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth. Esta pesquisa torna-se relevante na medida em que visa o cuidado de forma humanizada, propondo a participação ativa do usuário, para que este seja ouvido, possa se expressar livremente, e seja acolhido em todas as etapas no ambiente hospitalar.

O enfermeiro deve possuir amplo e profundo embasamento científico para atuar no ACCR, tendo conhecimento sobre a complexidade de sua atuação profissional, assim este estudo torna-se relevante frente a dilemas éticos de justiça com o usuário os usuários enfrentados em seu cotidiano de trabalho.

Para o enfermeiro, este estudo contribuiu para uma reflexão das condutas éticas e promoveu a participação dos profissionais para a transformação daquela realidade, ou seja, fomentou suas concepções e a consciência crítica. Para a academia, esta pesquisa é importante, especialmente na contribuição para suscitar reflexão sobre a temática proposta, colaborando com o acesso a novos e atuais conhecimentos que devem ser abordados com maior afinco nas grades curriculares de Enfermagem. Devido à grande responsabilidade assumida por esse profissional em ACCR, este deve ter o máximo de embasamento teórico para o seu exercício teórico-prático, e reconhecimento dos usuários.

Ao usuário, este estudo contribuiu como a mola propulsora para a mudança a partir da concepção de injustiça por eles percebida e garantia de seus direitos, de modo que se incorporem ações reflexivas para tomada de decisões que incluam esse usuário, que seja pactuada com ele em prol da sua saúde, propondo que não sejam concedidos privilégios a uns em detrimento de outros, garantindo o princípio bioético de justiça.

Ainda, salienta-se que os resultados obtidos trouxeram subsídios para discussões em torno da ética aplicada ao cuidado de Enfermagem, contribuindo para o Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE).

CAPÍTULO 2

HISTÓRICO, BASES CONCEITUAIS E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Breve histórico das políticas de saúde no Brasil

Para que possamos compreender melhor a situação em que se encontra atualmente a saúde no Brasil, é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos nesse processo e a sua indissociabilidade. De 1500 até o Primeiro Reinado não havia nenhum modelo de atenção à saúde e nem interesse do governo colonizador, Portugal, de investir nesta área. A assistência era realizada por meio de recursos da terra, como plantas e ervas, realizada por curandeiros. Com a vinda da Família Real houve a necessidade de se instalarem medidas sanitárias mínimas. Só existiam quatro médicos exercendo a profissão no país. Em 1808, Dom João VI fundou o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador, no estado da Bahia. De 1889 a 1930, as ações de saúde eram essencialmente para o combate a endemias, como a varíola e a malária, devido à precariedade do controle sanitário (POLIGNANO, s.d., p.3).

Neste período, especificamente em 1923, cria-se a Previdência Social e foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), posteriormente surgem os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), ofertando assistência à saúde aos que tinham vínculo empregatício. Ainda nesse ano, implantou-se a enfermagem norte-americana no Brasil, instalada na Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (atual EEAN da UFRJ). Em 1949, é criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU). Em 1953, é instituído o Ministério da Saúde. A Lei Orgânica de Previdência Social foi promulgada em 1960, inserindo todos os trabalhadores em regime CLT (Ibid, s.d., p.7).

Durante o Regime Militar, o Ministério da Saúde era um órgão com funções mais burocrato-normativas do que executivo de saúde pública. O sistema previdenciário se dissociou do Ministério do Trabalho em 1974, surgindo o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que possibilitou a ampliação da rede privada de saúde por meio de empréstimos que auxiliaram no seu crescimento de forma estratosférica. Apenas na década de 70 os trabalhadores rurais, autônomos e domésticos conseguiram integrar-se ao sistema previdenciário (Ibid, s.d., p.15).

Em 1983, coincidindo com o momento político de eleições diretas para governadores, surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto entre os Ministérios da Previdência, Saúde e Educação, com o intuito de incorporar o setor público por meio de condutas assistenciais preventivas, curativas e educativas. Dessa forma, a Previdência passou a usufruir de serviços prestados pelos estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários. Com a Constituição Federal, em 1988, há o nascimento do SUS definindo que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Assim foram definidos os princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e descentralização. Em 1990, o governo editou as Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142, regulamentando o SUS. (Ibid, s.d., p.20).

O financiamento do SUS constitucionalmente foi garantido pela Emenda Constitucional 29 no ano 2000. Em 2012 há a regulamentação do artigo 198 da Constituição Federal, em que são descritos os valores mínimos que devem ser investidos anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios na área de saúde, bem como estabelece os critérios de avaliação e controle nas três esferas de governo.

2.2. Acolhimento com Classificação de Risco

O termo triar vem da palavra em francês *trier*, que significa em português escolher. Esta ação teve seu início nos campos de batalha em que era utilizado para priorizar o tratamento de soldados com maior possibilidade de retorno para a guerra. A triagem sempre foi realizada nos serviços de urgência e emergência e segue uma lógica de exclusão, o que difere do ACCR que pressupõe a estratificação (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2007), ou seja, é utilizado para ordenar e otimizar o tempo de atendimento, priorizando os casos mais graves; prestar informações a usuários e acompanhantes sobre o provável tempo de espera; e melhorar a qualidade dos serviços de emergência (BRASIL, 2009).

Antes da implantação do ACCR os usuários eram atendidos por ordem de chegada, o que culminava em situações falhas como usuários morrerem nas filas aguardando atendimento. Em alguns casos, a triagem era realizada por profissionais despreparados para o serviço, como guardas e recepcionistas, que sem qualquer embasamento científico escolhiam quem entraria ou não na unidade. Essas ações equivocadas sucediam-se devido à falta de

sistematização da assistência, realidade que vem sendo modificada com a utilização do dispositivo ACCR.

Um dos significados da palavra acolhimento é a ação de “estar com” / “próximo de”, e é nesse sentido que se adequa como uma das principais diretrizes política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto política, o acolhimento tem a característica de ampliar o compromisso de profissionais e usuários de “estar com”, desconstruindo a verticalização da assistência, proporcionando o protagonismo dos usuários. No tocante à Ética, a principal característica está no compromisso ético dos profissionais com o reconhecimento do outro, acolhendo e reconhecendo suas diferenças, culturas, crenças, hábitos. A Estética explicitada no acolhimento caracteriza-se na forma do encontro na assistência em saúde, nos gestos e formas de comunicação do cotidiano com ênfase nas relações, considerando como valor maior a vida e sua dignificação (BRASIL, 2009, p.11).

No âmbito da saúde, acolhimento é uma ação tecno-assistencial que permite a mudança na interação entre o profissional e o usuário, colocando este como participante ativo nas tomadas de decisões em saúde (BRASIL, 2004a, p. 5). O acolhimento não é apenas um modo de operar os processos de trabalho, mas também uma postura que deve ser assumida por todos os profissionais, que devem “acolher, escutar e pactuar respostas” mais resolutivas para os usuários, devendo haver responsabilização do profissional em prestar orientações aos usuários e familiares, inclusive quando este for encaminhado a outros serviços de saúde. Assim, é necessário o fortalecimento da articulação das redes de saúde, para garantir a continuidade da assistência (Ibid, 2004a, p.5). De acordo com o Ministério da Saúde (2004a, p.9), o acolhimento não é determinado como um local, mas como ações que devem ser estabelecidas durante todas as etapas no serviço de saúde, não pressupondo local ou profissional específico.

“A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento” (Ibid, 2004a, p.20). Além disso, é um instrumento que coloca em ação os princípios de justiça e equidade, organizando as filas e não tendo como pilar de atendimento a ordem de chegada, e que possui como outros objetivos: informar ao usuário e seus

acompanhantes sobre o provável tempo de espera para o atendimento; atuação da equipe multidisciplinar na avaliação do usuário durante todo o processo; aprimorar a qualidade do trabalho por meio de discussões com a equipe sobre a introdução de uma assistência horizontalizada e a ambiência; corresponder às expectativas dos usuários; e por fim, compor uma rede de atendimento interna e externa para garantir a continuidade da assistência (BRASIL, 2009, p.25).

Conforme o Ministério da Saúde (2004a, p.23), para a implantação do ACCR são necessários requisitos básicos que serão apresentados a seguir:

- estabelecer os fluxos e os protocolos da instituição;
- capacitação de toda a equipe atuante no ACCR (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, segurança, recepção);
- sistemas de informação para o redirecionamento para consultas ambulatoriais e especializadas;
- traçar o perfil da clientela, quantificação de atendimentos e horários de pico;
- ajustar a estrutura física e logística das áreas de emergência e pronto atendimento.

A emergência deve ser organizada pelo nível de complexidade, potencializando os recursos humanos e tecnológicos, prestando assistência ao usuário conforme a sua necessidade (Ibid, 2004a, p.23). O paciente é encaminhado para o consultório de Enfermagem onde é classificado segundo os seguintes critérios: “Situação/Queixa/ Duração (QPD); breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar [ou testemunhas]); uso de medicamentos; verificação de sinais vitais; exame físico sumário buscando sinais objetivos; verificação da glicemia capilar, eletrocardiograma se necessário” (Ibid, 2004a p.26). A partir desses critérios, a classificação é subdividida nos seguintes níveis:

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato. **Amarelo:** prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível. **Verdes:** prioridade 2 – prioridade não urgente. **Azuis:** prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada. (Ibid, 2004a, p. 27)

O Ministério da Saúde fornece como embasamento o protocolo de Classificação de Risco do Pronto Socorro do Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti” de 2001.

Quadro 1. Protocolo de Classificação de Risco do Pronto Socorro do Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti”, de Campinas - São Paulo. 2001.

Classificação de Risco	Situação/Queixas	Sinais Vitais
“Vermelhos: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato.	✓ Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG <12. ✓ Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios. ✓ Trauma Cranioencefálico grave – ECG <12. ✓ Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas. ✓ Comprometimentos da coluna vertebral. ✓ Desconforto respiratório grave. ✓ Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso). ✓ Perfurações no peito, abdome e cabeça. ✓ Crises convulsivas (inclusive pós-crise). ✓ Intoxicações exógenas ou	✓ Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: ➤ Pulso > 140 ou < 45 ➤ PA diastólica < 130 mmHg ➤ PA sistólica < 80 mmHg ➤ FR >34 ou <10

	tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12. ✓ Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória. ✓ Tentativas de suicídio. ✓ Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia). ✓ Parada cardiorrespiratória. ✓ Hemorragias não controláveis. ✓ Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência. Bandeiras Vermelhas (condições e sinais perigosos de alerta): ✓ Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h. ✓ Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões. ✓ Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente. ✓ Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas. ✓ Fraturas da 1.ª e 2.ª costela. ✓ Fraturas 9.ª, 10.ª, 11.ª costela ou mais de três costelas. ✓ Possível aspiração. ✓ Possível contusão pulmonar. ✓ Óbitos no local da ocorrência	
Amarelos: pacientes que necessitam de atendimento médico e de Enfermagem o mais	✓ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais.	✓ Alterações de sinais vitais em paciente

rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de Enfermagem para classificação de risco.	✓ Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia. ✓ Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15). ✓ Diminuição do nível de consciência. ✓ Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental. ✓ História de Convulsão/pós-ictal – convulsão nas últimas 24 horas. ✓ Dor torácica intensa. ✓ Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes). ✓ Crise asmática. ✓ Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia. ✓ Desmaios. ✓ Estados de pânico, overdose. ✓ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica 100 ou FC > 120. ✓ Epistaxe com alteração de sinais vitais. ✓ Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre). ✓ Sangramento vaginal com dor	sintomático: ➤ FC < 50 ou > 140 ➤ PA sistólica < 90 ou > 240 ➤ PA diastólica > 130 ➤ T < 35 ou 40
---	---	---

	abdominal e alteração de sinais vitais; gravidez confirmada ou suspeita. ✓ Náuseas/Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais. ✓ Desmaios. ✓ Febre alta (39/40° C). ✓ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa. ✓ Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15. ✓ Vítimas de abuso sexual. ✓ Imunodeprimidos com febre.	
Verdes: pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples	✓ Idade superior a 60 anos. ✓ Gestantes com complicações da gravidez. ✓ Pacientes escoltados. ✓ Pacientes doadores de sangue. ✓ Deficientes físicos. ✓ Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro. ✓ Impossibilidade de deambulação. ✓ Asma fora de crise. ✓ Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca. ✓ Dor de ouvido moderada à grave. ✓ Dor abdominal sem alteração de	Sem alterações.

	sinais vitais. ✓ Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve. ✓ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação. ✓ História de convulsão sem alteração de consciência. ✓ Lombalgia intensa. ✓ Abscessos. ✓ Distúrbios neurovegetativos. ✓ Intercorrências ortopédicas. ❖ Obs.: Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.	
Azuis: demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima.	✓ Queixas crônicas sem alterações agudas. ✓ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.	Sem alterações.”

FONTE: BRASIL, 2004a

2.3 Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth

Axel Honneth é um filósofo alemão, que representa a terceira geração da Escola de Frankfurt e autor da Teoria do Reconhecimento, que é baseada na dialética de Hegel⁶, na psicologia de Winnicott⁷ e de Mead⁸ e na biopolítica de Foucault⁹.

⁶Hegel trata sobre a importância do reconhecimento mútuo entre “totalidades singulares de consciência” (ALBORNOZ, 2011).

⁷Produziu estudos em pediatria com a psicanálise para o tratamento de distúrbios psíquicos em que relaciona o amadurecimento da criança com a relação simbiótica estabelecida entre mãe e filho (ALBORNOZ, 2011).

Em seu livro “Luta por Reconhecimento – A Gramática Moral dos Conflitos Sociais” (nome oficial em alemão: *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*) descreve que esta teoria está, didaticamente, dividida em 3 esferas que levam em consideração padrões de reconhecimento intersubjetivos, sendo eles: o amor (primeira esfera), o direito (segunda esfera) e a solidariedade (terceira esfera). Em sua teoria emerge a ideia de que a falta de reconhecimento é a base dos conflitos sociais.

A primeira esfera é responsável por impulsionar a geração da autoconfiança do indivíduo, é exemplificada pela relação entre a mãe e o bebê que se inicia com uma relação simbiótica, posteriormente entra na segunda fase, denominada dependência relativa, em que a criança entende que a mãe é um ser com direitos próprios, não como sua propriedade, e a partir disso também se reconhece como um sujeito de direitos, um ser autônomo. E sustentado pelo amor de sua mãe constrói a confiança em si mesmo.

Honneth concorda com Hegel ao compreender o amor como o alicerce de tudo que é condizente com a ética, pois somente aquela relação simbiótica, tendo respeitado a singularidade, o espaço individual de cada um, que pode conceber a autoconfiança que é imprescindível para se ocupar o seu espaço na sociedade (ALBORNOZ, 2011).

A segunda esfera é geradora do autorrespeito. Por meio do sistema jurídico, não é mais cabível conceder exceções e vantagens às pessoas em detrimento de outras devido a sua posição social, dado que todos somos sujeitos de direitos. Nesse sentido está imbricado o senso de justiça. E salienta que “somente há autonomia quando há o reconhecimento da autonomia do outro” (SALVADORI, 2011). Ou seja, somente podemos nos entender como pessoas de direitos quando reconhecemos o outro como um sujeito de direitos. E não há privilégios entre os membros da sociedade, pois “os direitos individuais se desligam das expectativas concretas específicas dos papéis sociais, uma vez que agora competem, em igual medida, a todo homem na qualidade de ser livre, de modo independente do grau da estima

⁸“reconhecimento jurídico” como a relação em que “o Alter e o Ego se respeitam mutuamente como sujeitos de direito”, pois conhecem e partilham normas sociais por meio das quais os direitos e os deveres se distribuem de modo legítimo na comunidade” (ALBORNOZ, 2011).

⁹“(…) o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder” (FOUCAULT, p. 134, 1988).

social” (ALBORNOZ, 2011). Dentro de uma sociedade os valores que orientam as interações dentro dela devem ser cumpridos em sua vivência cotidiana. Quando o indivíduo se percebe lesado nessa perspectiva surge o sentimento de injustiça (SOBOTTKA, 2013).

A terceira esfera corresponde à aceitação mútua das qualidades individuais, reconhecidas conforme os “(...) valores existentes na comunidade. Por meio dessa esfera, gera-se a autoestima, ou seja, uma confiança nas realizações pessoais e na posse de capacidades reconhecidas pelos membros da comunidade” (SALVADORI, 2011). Os indivíduos passam a ser reconhecidos uns pelos outros não por fazerem as mesmas escolhas, mas pela capacidade de fazer as próprias escolhas.

(...) De modo diferente do reconhecimento jurídico em sua forma moderna, a estima social se aplica às qualidades particulares que caracterizam os seres humanos em suas diferenças pessoais. Enquanto o direito moderno representa um meio de reconhecimento que expressa propriedades universais de sujeitos humanos, a forma de reconhecimento por estima requer um meio social que avalie as diferenças de capacidades e qualidades entre sujeitos humanos, fundamentando os vínculos intersubjetivos. (...) Na relação interna de tais grupos, as formas de interação assumem o caráter de relações solidárias, e por solidariedade se compreende uma relação interativa em que os sujeitos tomam interesse, de modo recíproco, por seus modos distintos de vida, já que se estimam de maneira simétrica (ALBORNOZ, 2011).

Assim, levando em consideração que o vínculo que ocorre entre o enfermeiro/equipe multidisciplinar e o usuário em ACCR suscita uma relação que abrange deveres e direitos para ambos, os profissionais de saúde devem considerar a participação do usuário como sujeito ativo nas decisões em saúde, garantindo sua autonomia.

O Acolhimento com Classificação de Risco tem relação direta com a proposta de Honneth, especialmente no tocante às discussões que se estabeleceu nesse estudo no que tange o respeito ao direito dos usuários que aguardam o atendimento com sua classificação hierarquizada de forma equitativa.

Em sua publicação “Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais”, Honneth apresenta claramente sua perspectiva de que os conflitos sociais não ocorrem somente por questões econômicas, podendo acontecer por questões de reconhecimento. Além disso, explica que as lutas coletivas nascem quando é observado desrespeito individual. Especialmente nessa produção, Honneth propõe a teoria de que a formação de identidade é um processo intersubjetivo de luta por mútuo reconhecimento das

pessoas em interação. Dessa forma, se estabelecem nexos dessa teoria com o respeito e necessário reconhecimento do usuário no ACCR.

Reconhecer os cidadãos como capazes de serem responsáveis por suas decisões torna-se fundamental. Este estudo corrobora com a concepção de Honneth de que o desrespeito, por exemplo, por injustiça, no processo da assistência com o cidadão em sua classificação de risco, corresponde à injustiça com todo aquele grupo social, visto que pode paralisar o indivíduo ou o grupo social.

A visão que depreendemos sobre a luta por reconhecimento inclui valorização e consideração do ser livre para refletir sobre sua realidade, resultando em autonomia. Neste caso, usuários e enfermeiros devem ser estimulados à reflexão de sua realidade e troca de saberes sobre os conflitos éticos entre justiça e injustiça que envolve a CR institucional em funcionamento. Assim, a interpretação da realidade servirá também como apelo ao desenvolvimento moral nessa ação.

Há nesse modelo uma gramática, no sentido de uma semântica subcultural, na qual as experiências de injustiça encontram uma linguagem comum, que indiretamente oferece a possibilidade de uma ampliação das formas de reconhecimento. A análise dos acontecimentos sociais permite explicá-los como estágios de um processo de formação moral que se dá por meio do conflito e cuja direção é dada pela ideia guia da ampliação das relações de reconhecimento. (REIS; SAUTHIER; SOARES, 2015, p. 96)

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

3.1. Abordagem e tipo de estudo

Segundo Soares (2012), a “*Metodologia Científica (...)* é a ciência ou o estudo dos métodos. Em outras palavras, é o exame ou a investigação dos princípios, das hipóteses, das conclusões, enfim, dos métodos empregados pelas diversas ciências” (grifos do autor).

O principal interesse da *Metodologia Científica* é o desenvolvimento dos conhecimentos científicos. Neste sentido, pode-se dizer que seu objetivo não é o estudo do método da ciência já estabelecida e legitimada, mas o estudo da ciência que está se constituindo, em seu processo de criação e estruturação metodológica. O que a *Metodologia Científica* deseja saber é se os métodos consagrados pelas ciências estão sendo utilizados de modo adequado e se os métodos criados, em processo de desenvolvimento, são válidos e eficazes (SOARES, 2012, grifos do autor).

Conforme descrito por Gerhardt e Silveira (p.15, 2009), a metodologia é o caminho escolhido para que ao seu final seja possível alcançar os objetivos da pesquisa, e esta não pode ser confundida com o conteúdo do estudo, ou seja, sua teoria, nem com os procedimentos (métodos e técnicas). “Dessa forma, a metodologia vai além da descrição dos procedimentos (métodos, técnicas a serem utilizados na pesquisa), indicando a escolha teórica realizada pelo pesquisador para abordar o objeto de estudo” (Ibid, 2009, p. 15). Segundo as mesmas autoras, teoria e método, em termos de pesquisa, são indissociáveis.

Este estudo foi descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Os estudos descritivos determinam que o pesquisador possua diversas informações sobre o que deseja pesquisar. É um tipo de estudo que permite descrever com maior exatidão como o fenômeno a ser estudado se comporta, sendo utilizada para distinguir e coletar dados sobre os aspectos, as características do problema a ser investigado (COELHO; SILVA 2007, p.142). É um tipo de estudo adequado para as pesquisas qualitativas por fornecer compreensão da realidade dos participantes da pesquisa.

Por conjecturar que há um melhor entendimento dos fenômenos humanos em seu contexto social, esse estudo foi exploratório, que permite que o pesquisador aumente o seu conhecimento sobre o assunto estudado, partindo de uma hipótese e aprofundando seu estudo em uma realidade específica (OLIVEIRA, 2011, p.21). Esse tipo de estudo necessita de um

planejamento de forma flexível para que o pesquisador possa observar o fenômeno em seus diversos aspectos (Ibid, 2011, p.21).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com a ampliação do conhecimento sobre determinado grupo social, diferente da pesquisa quantitativa, não se preocupa com os dados numéricos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.33). Segundo Polit e Hungler (2011, p.270), os estudos qualitativos são aqueles que buscam compreender da forma mais completa os fenômenos, diante de todas as suas complexidades, em que são observados os indivíduos dentro de seus contextos e que não há qualquer restrição estabelecida pelo pesquisador. Esses estudos têm como base a orientação de que objetos de pesquisa investigados só são compreensíveis quando explicadas pelos próprios sujeitos que a experienciam.

3.2. Método e Técnicas

Este estudo teve como método a Pesquisa-Ação. Thiollent (2008) apresenta a seguinte definição:

É um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2008).

A Pesquisa-Ação busca a participação dos sujeitos da pesquisa com o pesquisador de modo a criarem conjuntamente um plano de ação de caráter social, educacional, técnico ou de outro tipo. Nesse tipo de estudo há interação entre pesquisador e os membros da situação investigada, ou seja, ela é totalmente do tipo participativo (THIOLLENT, 2008). Assim, com a inserção da pesquisadora no campo e sua interação com o participante fez com que esse fosse um sujeito ativo na transformação da sua realidade, dando voz ao usuário, permitindo um diálogo aberto e participativo entre ambos.

A pesquisa-ação é um método viável para a Enfermagem à medida que aproxima o pesquisador e o pesquisado e envolve aqueles que estão interessados em trazer mudanças para o contexto estudado. Além disso, por fundamentar-se na realidade vivenciada e não por meio de concepções, percepções, traz à tona o reconhecimento profissional por superar as dificuldades (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008). Segundo os mesmos autores, o uso da pesquisa-ação é viável para Enfermagem quando se deseja uma articulação entre a pesquisa e a assistência.

Não há homogeneidade entre os autores quanto ao surgimento da pesquisa-ação, de modo que também não há acordo sobre seu criador, frequentemente esse mérito tem sido atribuído a Lewin (1946) por ter sido o primeiro a publicar um trabalho utilizando esse termo, porém há a possibilidade deste autor tê-lo encontrado em um estudo na Alemanha, promovido em Viena, no ano de 1913 (TRIPP, 2005). Outra versão é que tenha surgido com John Collier no período antes e durante a Segunda Guerra Mundial, tendo apoio dessa afirmação por Cooke (TRIPP, 2005). Tripp (2005) afirma que no livro de Buckingham (1926), *Research for teachers* (Pesquisa para professores) existe uma abordagem que pode ser designada como pesquisa-ação. Assim, torna-se uma difícil missão definir o real surgimento deste método, já que desde os primórdios são realizadas pesquisas com o intuito de trazer melhorias para a própria prática.

Franco (2005) afirma que esse tipo de estudo deve ser escolhido quando se deseja que ação e pesquisa caminhem juntas para a transformação do cenário estudado, que foi o propósito da pesquisa em tela, e diz que a pesquisa-ação é dividida em 3 conceituações: colaborativa, crítica e estratégica. Nesta pesquisa, seguimos a linha da pesquisa-ação crítica, que, segundo a mesma autora, é o tipo de estudo em que as transformações são notórias nas ações iniciais da pesquisadora. Rejeitam-se as noções positivistas de racionalidade e objetivam-se transformar o cenário estudado, não apenas descrever e compreendê-lo. Há a necessidade de imersão no grupo social para que possa entender aquela realidade do ponto de vista do coletivo, e para que estes também sejam agentes transformadores, gerando o ato de reflexão-ação, considerando a voz dos participantes.

As etapas a serem seguidas para a realização da pesquisa-ação têm uma ordem flexível e que se inter-relacionam, mas a pesquisa apresenta um início, que é a fase exploratória, e um fim, que é a divulgação dos resultados. Segundo Thiollent (2008), é dividida em 12 fases:

1. A fase exploratória

Consiste na realização do “diagnóstico” do campo a ser estudado, ou seja, é o momento em que se faz o levantamento do problema de pesquisa, o qual já foi abordado nesse projeto. Esta etapa foi cumprida pela pesquisadora por ser enfermeira do ACCR do cenário estudado, fato este que possibilitou aproximação com profissionais e usuários e levantamento do problema.

2. O tema da pesquisa

Fase em que é tomada a decisão sobre o enfoque da pesquisa, sugerindo o problema prático a ser pesquisado, a saber, acolhimento com classificação de risco em emergência. Deve ser definido de forma simples, e ser de interesse mútuo entre o pesquisador e os participantes da pesquisa.

3. Colocação dos problemas

Momento em que se define o problema a ser estudado dentro do tema proposto, para que este tome sentido. Essa problemática pode ser entendida como aquilo que se pretende solucionar dentro do campo prático e teórico. No caso deste estudo: a relação de justiça com o usuário em ACCR no cenário estudado, bem como campo de atuação profissional da autora desta pesquisa.

4. O lugar da teoria

A teoria tem como função a geração de ideias para orientar a pesquisa e a discussão dos achados, permitindo entendimento de todos os participantes da pesquisa, assim sendo, caso essa discussão seja incompatível com nível de entendimento de todos, deve-se optar por uma linguagem mais simplificada. Nesta pesquisa foi utilizada a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth.

5. Hipótese

É formulada pelo pesquisador para o problema estudado e deve trazer sua possível resposta, principalmente em nível observacional, a qual já foi apresentada no projeto em tela.

6. Seminário

Constitui-se como a principal técnica de coleta de dados, pois é nessa fase em que são examinadas, discutidas e tomadas as decisões acerca do processo de investigação. Ocorreu com a contribuição do conhecimento teórico-prático da pesquisadora, enfermeira atuante neste cenário, em pequenos seminários com grupos de 3-4 usuários, que foram captados em sala de espera e esclarecidos sobre o tema da pesquisa de forma dialogal, com troca de saberes, dúvidas e conhecimentos. Após o seu aceite voluntário, concebendo o TCLE como um processo, a pesquisadora realizava uma entrevista semiestruturada com esses pequenos

grupos, ou seja, com 3-4 usuários por vez, que era utilizada como pré-teste, para que fosse possível avaliar suas concepções sobre o tema, sobretudo relacionadas às questões de justiça e injustiça em ACCR, em que os usuários eram questionados conjuntamente sobre o que sabiam e como foi sua experiência em CR naquele setor, afim de que pudessem trocar ideias e conhecimentos não só entre eles, individualmente, e a pesquisadora, mas também entre si. Logo após foi apresentada a CR, com abertura para dúvidas, especialmente com atenção às sensações de injustiça e justiça. Todas essas etapas foram cumpridas sequencialmente e no mesmo dia, ou seja, por se tratar de um ambiente de rotatividade contínua foi realizado um encontro com cada grupo participante.

No final, foi realizado o pós-teste, utilizado para comprovar se houve uma mudança de pensamento dos participantes, em que se resgatou sua compreensão sobre o que fora explicado e esperava-se ter contribuído como agente transformador daquela realidade, especialmente formando multiplicadores daquelas concepções na comunidade, visto que o enfermeiro é possuidor do conhecimento técnico e científico, mas necessita, a partir de observação e diálogo, se aproximar das concepções dos usuários para reconstruir as suas próprias práticas e saberes. Isso possibilitou também a continuidade das reflexões sobre as questões éticas que envolvem a CR no ACCR.

Torna-se necessário a educação e informação em sala de espera sobre CR, para que haja a compreensão sobre seu funcionamento e evolução moral de usuários e profissionais; especialmente compreendendo que se deve ouvir e refletir sobre as injustiças percebidas nessa prática por usuários e profissionais.

7. Campo de observação

É a escolha do campo de observação empírica em que ocorre o tema a ser estudado. Assim, após autorização da direção da Unidade, com assinatura da carta de anuência (Anexo C), e tramitação pela Plataforma Brasil ao CEP proponente com CAAE: 49038515.9.0000.5238 (Anexo D) e ao CEP coparticipante com CAAE: 49038515.9.3001.5279 (Anexo E), tendo recebido autorização dos referidos comitês de ética, a pesquisa foi realizada no setor de ACCR do SPA do Hospital Municipal Francisco da Silva Telles, no primeiro semestre de 2016.

Esse cenário foi escolhido devido às experiências profissionais vivenciadas nesse setor, em que as questões éticas foram observadas pela pesquisadora. Esta escolha também

atendeu à demanda da pesquisa, visto que possibilitou o contato com os usuários atendidos neste SPA referido e profissionais.

8. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada partir de pequenos grupos, que chamamos de pequenos seminários com os usuários (Apêndice B), realizados em um único encontro com cada grupo devido à rotatividade do cenário estudo, com perguntas previamente elaboradas para discussão em sala de espera, e entrevista semiestruturada individual com os enfermeiros, (Apêndice C), também conhecida como semidiretiva ou semiaberta, em ambiente adequado, em que houve reflexões dialogais. Procurou-se extrair dessas conversas as questões éticas que interferem na CR realizada naquele setor, como o que interfere para a concepção de justiça ou injustiça, o que contribuiu para a tentativa de transformação dessa realidade, especialmente considerando que é necessário o aprimoramento moral das equipes, em que pese o reconhecimento dos usuários em sua dignidade humana.

As entrevistas semiestruturadas podem ser definidas como uma lista com informações, em forma de perguntas, que se desejam coletar dos participantes da pesquisa, e permitem que o pesquisador tenha flexibilidade na coleta dos dados (OLIVEIRA, 2011, p. 36), tendo liberdade para iniciar a entrevista com perguntas amplas, permitindo que os participantes contem suas experiências de forma narrativa, tendendo a fluir como conversas devido a sua natureza. Nesse momento, a intervenção no campo prático inicia-se, visto que, ao trazer à tona para reflexão as situações emergentes daquele cenário, novas condutas e conduções de situações éticas serão postas em discussão, favorecendo a participação dos profissionais para a transformação daquela realidade, fomentando as concepções e a consciência crítica, promovendo permanente reflexão.

Para esse tipo de entrevista é utilizado um roteiro com perguntas previamente elaboradas, que podem ser complementadas conforme as conjunturas sofridas durante a coleta de dados com os participantes (MANZINI, 1991, p. 154), tendo sido desta forma elaborado esse roteiro e aplicado nesta pesquisa. Para possibilitar o registro dos depoimentos foi utilizado um aparelho eletrônico portátil. Essas entrevistas foram posteriormente transcritas, organizadas e analisadas.

Antes de dar início à entrevista com o enfermeiro, a pesquisadora realizava a aplicação do pré-teste, em que era apresentado um estudo de caso (Apêndice E) sobre ACCR por escrito, para que o profissional expusesse suas concepções sobre o tema. Após a entrevista a pesquisadora conduzia um momento de reflexão acerca das questões ético-profissionais em que estavam envolvidas as questões de justiça e injustiça e o enfermeiro era convidado a responder novamente ao mesmo estudo de caso, em que se captaram as mudanças de concepções acerca do ACCR, principalmente relacionadas às questões supracitadas, após reflexão dialogal.

Além disso, foi realizada a observação participante com diário de campo (Apêndice D), que envolveu observação da dinâmica do cenário onde ocorre o ACCR. Os momentos foram propositalmente diferentes das entrevistas com os enfermeiros do setor e usuários, que estavam aguardando atendimento em sala de espera, não sendo necessariamente os mesmos usuários que fizeram parte da coleta de dados nos pequenos grupos, devido à rotatividade do setor, porém, dentro daquela mesma realidade, contribuindo para sua análise. Desde o início século XX, com a revolução antropológica, a observação foi incorporada como parte da coleta de dados. Esta técnica implica na imersão do pesquisador no grupo estudado, estimulando a interação entre ambos, integra “o observador à sua observação, e o conhecedor ao seu conhecimento” (QUEIROZ et al, 2007). Dessa forma, permite que o pesquisador compreenda aquela realidade do ponto de visto dos sujeitos estudados e tente entender os conflitos e tensões presentes naquele contexto social (Ibid, 2007).

9. Aprendizagem

Por meio da pesquisa-ação, o pesquisador e o pesquisado aprendem a analisar suas condutas, esse processo ocorre de forma mútua entre ambos e está associado à investigação. Acredita-se que os usuários aprenderam e apreenderam ao que o ACCR se propõe, e eles ensinaram como esse dispositivo deve ser aplicado para que não incida numa questão contra a ética, como a de injustiça. Ouviram-se também os enfermeiros, por serem os profissionais com maior impacto no funcionamento do ACCR, pois não se pode implementar um dispositivo sem conhecer a realidade do cenário, as demandas e a própria população alvo.

10. Saber formal/saber informal

Nesta fase, visa-se estabelecer a comunicação entre o pesquisador, denominado como saber formal, e o participante, denominado de saber informal. O saber do participante é rico,

espontâneo e apropriado ao contexto, pois somente conhece o problema quem o está vivenciando. Por outro lado, o saber do pesquisador é incompleto por não ser aplicável a qualquer contexto.

11. Plano de ação

Essa fase constitui uma exigência fundamental para a pesquisa-ação, devendo ser uma ação planejada, que ocorrerá entre o pesquisador e os participantes, tendo como objetivo solucionar o problema. As intervenções da pesquisadora ocorreram concomitantemente às entrevistas e durante o seminário, como explicitado anteriormente, ao que se compreende que houve modificação da realidade do cenário estudo, em que todos os participantes tornaram-se multiplicadores desse conhecimento acerca do ACCR, e foi elaborado um *folder* explicativo (Apêndice F) pautado nas dúvidas dos participantes entrevistados pela pesquisadora, focado na questão de justiça, para que o ACCR seja melhor compreendido, e contendo um espaço para que os usuários possam deixar suas dúvidas e sugestões, para manter uma contínua retroalimentação das demandas da comunidade assistida acerca da concepção de justiça em ACCR e manter um constante diálogo entre a instituição e a comunidade, pois só há transformação, caso haja atitude dialogal. Propõe uma reflexão crítica do enfermeiro e do usuário em continuidade. Assim, o próprio *folder* deverá ser entregue durante o ACCR de forma dialogal e as questões levantadas retroalimentarem o próprio *folder*. Dessa forma, contribuindo com os saberes e vivências para a concepção e efetividade do reconhecimento almejado.

12. Divulgação externa

Os resultados da pesquisa serão divulgados no campo do estudo, além disso, serão apresentados em eventos e periódicos científicos. Além de serem incorporadas as mudanças pertinentes oriundas dos resultados da pesquisa no cotidiano do ACCR naquele cenário.

Foram participantes da pesquisa usuários e enfermeiros do Hospital Municipal Francisco da Silva Telles, a partir de 21 anos, de ambos os sexos, alfabetizados e que aceitaram participar voluntariamente.

Os critérios de inclusão foram:

- enfermeiros com experiência profissional, inclusive no SPA desta unidade, igual ou superior a 1 ano;

- usuários do SPA do referido hospital de emergência.

E o critério de exclusão:

- enfermeiros que atuassem no setor com outra função;
- enfermeiros que estivessem afastados do serviço por licença médica;
- enfermeiros que estivessem em período de férias;
- usuários que não apresentassem condições clínicas para responder a pesquisa;

A exigência de que os profissionais tivessem no mínimo 1 ano de atuação em SPA é justificada pelo fato de tentar garantir que estes possuam vivência acerca das questões investigadas nesse estudo.

Foram entrevistados usuários com classificação de risco verde, ou seja, aqueles classificados como prioridades não urgentes, que estivessem aguardando atendimento médico na sala de espera ou após a medicação. Os usuários classificados como amarelos e vermelhos não foram entrevistados devido ao seu risco e por não permanecerem na sala de espera no SPA.

Em pesquisas qualitativas o fechamento do número amostral se dá por parâmetros de seleção e não pelo número de ocorrências de um dado fenômeno, o que ocorre de forma contrária nas pesquisas quantitativas, em que há um “N” preestabelecido por medidas estatísticas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). O número de participantes pode variar de alguns poucos até 30 participantes, em média, diferente das pesquisas quantitativas que demandam um número maior de participantes (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007). A dinâmica de tratamento e análise dos dados concebeu o fechamento amostral devido à densidade dos dados alcançados. A captação de outros participantes resultaria, na compreensão da pesquisadora, na repetição ou redundância de discursos (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), não contribuindo significativamente com o material já obtido, ou seja, não traria enunciados substancialmente novos. Assim, a densidade dos dados foi avaliada conforme os objetivos da pesquisa.

Para análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011), professora em Universidade de Paris, capital da França, que, ao explicitar a análise de

conteúdo como uma das formas possíveis de tratamento de dados em pesquisa, acrescenta que esta funciona como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. E ainda, acrescenta que, apesar de poder ser considerada como um instrumento de análise é marcada por uma grande diversidade de formas, sendo adaptável a um campo de aplicação muito vasto, ou seja, o campo das comunicações. A análise de conteúdo pode ser, por exemplo, uma análise dos ‘significados’, como na análise temática, ou uma análise de ‘significantes’, como na análise léxica (BARDIN, 2011).

A estratégia técnica para trabalhar a categorização foi a seguinte: a organização de análise; a codificação de resultados; as categorizações e as inferências (Ibid, 2011). As diferentes fases da análise de conteúdo foram organizadas em torno de três polos:

1º a pré-análise: objetivou a organização do material de análise para que a pesquisadora pudesse conduzir as operações subsequentes;

2º a exploração do material: referindo-se à aplicação das técnicas de análise no *corpus* como a codificação e a categorização;

3º o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Os dados da observação participante foram inseridos no corpo dos resultados, de maneira a auxiliar na compreensão dos achados que emergiram nessa pesquisa durante as entrevistas. As entrevistas dos usuários e enfermeiros não foram analisadas de forma comparativa, e sim complementar. Foi utilizada a abordagem crítico-dialética. Nesse tipo de abordagem sujeito e objeto contrapõem-se, tem um caráter de conflito entre si, e o pesquisador deve identificar essas contradições para que ao final possa alcançar a síntese entre ambos (DEVECHI; TREVISAN, 2010). Um de seus aspectos é transformar os homens, definindo-os como agentes históricos, tendo como propósito trazer transformações para o cenário estudado, porém com embasamento científico e histórico (Ibid, 2010).

O pesquisador interage com o objeto estudado, e durante o processo de investigação ambos podem sofrer transformações, o conhecimento emerge da contradição entre o pesquisador e o pesquisado e de seu caráter crítico (Ibid, 2010). Assim, torna-se uma abordagem adequada para a pesquisa-ação, que tem como foco fomentar as concepções e a consciência crítica, além de provocar transformações no campo estudado. O objeto de

pesquisa é estudado dentro do seu contexto social, o que torna possível a compreensão das implicações provocadas pelo ambiente, aproximar-se da realidade. Dessa forma, o resultado desse tipo de pesquisa emerge da crítica, que revela tensões e conflitos.

A pertinência entre os polos teóricos, epistemológicos e metodológicos são considerados essenciais para a exequibilidade da pesquisa. Essa aproximação se deu nesta pesquisa, especialmente na abordagem qualitativa proposta neste estudo. O polo epistemológico concentrou-se, nesta pesquisa participante, nas premissas explicitadas por Haguette (2010, p.55), centradas na consideração sobre as facilidades e dificuldades de obter o conhecimento destes grupos sociais; o polo metodológico considera as formas como esse conhecimento deve ser adquirido.

Fato é que a pesquisa não se afasta da ideologia nela implícita em todos os polos, especialmente se considerarmos a visão de mundo do pesquisador naquele dado momento histórico e social, neste caso, a política do Ministério da Saúde, de integralidade da assistência, baliza os pensamentos sobre respeito, justiça, dignidade humana e cidadania.

O polo teórico também se aproximou dessa ideologia e trouxe pressupostos com base na Teoria do Reconhecimento de Honneth (2009), que propõe um modelo na busca da compreensão da realidade social, afirma serem os conflitos éticos constitutivos de afastamento do que se propõe como base da cidadania, como a dignidade humana, valores, em que princípios bioéticos como autonomia estão à prova. A leitura deste cenário pode não ser equivalente em outras realidades, que devem possuir diferentes demandas e problemáticas, sendo esta uma das limitações desse estudo.

3.3 Aspectos éticos

Há quase 20 anos, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) é responsável por discutir os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos para garantir que não aconteçam abusos e proteger os participantes das pesquisas, dessa forma, auxilia no desenvolvimento de pesquisas que realmente tragam contribuições para a sociedade brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.5). A CNS (2008, p.5) salienta a importância de que todas as pesquisas realizadas com seres humanos em nosso país ocorram de maneira ética e segura, resguardando a integridade dos voluntários da pesquisa. Atualmente, esses aspectos éticos são regulamentados no Brasil por meio da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para garantir a eticidade desse estudo, o mesmo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições proponente (CAAE: 49038515.9.0000.5238) e coparticipante (CAAE: 49038515.9.3001.5279), formalizando a solicitação para autorização da pesquisa em atendimento a Resolução 466/12.

A participação foi voluntária, sem fins lucrativos, após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e garantia de anonimato em todas as suas etapas. Os riscos foram mínimos, como o desconforto em responder as questões, algum constrangimento, ou emoção em recordar de casos que tenham marcado suas vidas. Nesses casos, o participante poderia declinar da entrevista, ou temporariamente abdicar de responder e retornar quando lhe fosse conveniente, sem consequências. O benefício relacionado à sua participação foi o de aumentar o conhecimento científico para a área de Enfermagem, bem como, promover reflexões e transformações nas concepções do cenário efetivamente a partir de intervenções como explicações e ações educativas, em que ambos apreendem a realidade e aprendem uns com os outros.

As etapas do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido foram cumpridas, para que, conforme a resolução 466/12, o participante pudesse decidir de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida sua participação no estudo. Foi entregue ao participante da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo um para usuários (Anexo A) e outro para os profissionais (Anexo B), em duas vias, as quais foram assinadas após o participante receber orientações acerca das questões éticas e legais que envolveram o estudo, ficando uma cópia com ele e outra com a pesquisadora.

Esse estudo, com base na resolução CNS 466/12 referida, respeitou:

(...) referenciais básicos da bioética, como o reconhecimento e a afirmação da dignidade, a liberdade, a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade, dentre outros que visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (NOVOA, 2014).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1 Descrição do Acolhimento com Classificação de Risco do Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Municipal Francisco Da Silva Telles

O ACCR do SPA do Hospital Municipal Francisco Da Silva Telles funciona durante 24 horas, todos os dias da semana, no andar térreo, contando com recepção, 2(dois) consultórios de classificação de risco, 2 (dois) consultórios médicos para adultos e 2 (dois) consultórios médicos pediátricos, 1(uma) sala de eletrocardiograma, 1 (uma) sala de sutura e 1(uma) sala de redirecionamento. Ainda, neste andar, há a unidade de paciente grave, a emergência pediátrica para os casos de maior gravidade e a hipodermia.

Os consultórios de classificação de risco se localizam próximos à entrada da unidade, e possuem materiais básicos para a realização do atendimento, como: estetoscópios, oxímetro de pulso, glicosímetros, termômetros digitais e esfigmomanômetros. Cada usuário é avaliado individualmente, o que proporciona privacidade para a realização da anamnese.

As equipes do SPA são geralmente compostas por 2 (dois) enfermeiros, 1 (um) técnico em enfermagem, 2 (dois) ou 3 (três) médicos generalistas, 2 (dois) pediatras, 2 (dois) dentistas, 4 (quatro) recepcionistas e 1 (um) segurança por turno. Os enfermeiros são os responsáveis pela CR e permanece 1 (um) em cada sala, individualmente, contando com 1 (um) técnico em enfermagem em sala de espera para a verificação dos sinais vitais. De segunda a sexta-feira há 1 (um) psicólogo, 1 (um) assistente social e 1 (um) técnico administrativo responsáveis pela sala de redirecionamento após o atendimento médico. Além desses profissionais, há 1 (uma) técnica em enfermagem para a realização dos eletrocardiogramas, em dias alternados. Em sua ausência, a incumbência passa a ser do técnico em enfermagem ou dos enfermeiros do ACCR, que também são responsáveis pela sala de sutura. Os enfermeiros também respondem pelos usuários que apresentem agravos na hipodermia, além de atuarem na solicitação de exames para controle de arboviroses. Tais demandas, que extrapolam o protocolo, ou seja, ultrapassam a realização da avaliação do agravo à saúde, podem colocar em risco a segurança do paciente, visto que aumentam o tempo de espera para a realização da CR (COREN-MG, 2016). A unidade não conta com um

fluxograma estabelecido, visto que, devido a recentes mudanças, este ainda está em fase de elaboração pela chefia de Enfermagem.

Caracterização da amostra coletada no Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Municipal Francisco da Silva Telles

Os dados da pesquisa emergiram da coleta de dados com 34 (trinta e quatro) usuários e 4 (quatro) enfermeiros, totalizando 38 entrevistas. Para maior compreensão dos dados gerados, traçou-se o perfil dos participantes da pesquisa, apresentado nas tabelas a seguir:

Tabela 1 – Caracterização do perfil dos enfermeiros entrevistados

Características	F	F %
Idade		
30 – 40 anos	2	50%
41 – 50 anos	1	25%
> 50 anos	1	25%
Sexo		
Feminino	4	100%
Tempo de formação		
01 – 5 anos	1	25%
6 – 10 anos	1	25%
> 20 anos	2	50%
Tempo de serviço no SPA		
Até 1 ano	2	50%
> 2 anos	2	50%
Pós-graduação		
Especialização	4	100%
Total	4	100

FONTE: dados oriundos da coleta de dados do cenário desta pesquisa

Todas as profissionais entrevistadas eram do sexo feminino, o que é um achado comum na Enfermagem devido à predominância feminina nesta profissão. Das enfermeiras entrevistadas, duas tinham entre 30 e 40 anos de idade (50%), uma entre 41 e 50 anos (25%) e uma com mais de 50 anos (25%). Quanto ao tempo de formação, duas possuíam mais de 20 anos (50%), uma entre 1 e 5 anos (25%) e uma entre 6 e 10 anos (25%). Duas (50%) contavam com até 1 ano de tempo de serviço no SPA deste hospital e duas (50%) com mais de 2 anos. Quanto ao grau de instrução acadêmica, todas (100%) possuíam pós-graduação no nível de especialização, o que permite a observação de que os profissionais atuantes no setor buscam aperfeiçoar seus conhecimentos, o que certamente permite um grupo profissional mais atualizado e preparado para as demandas do ACCR.

Tabela 2 – Caracterização do perfil dos usuários entrevistados

Características	F	F %
Idade		
21 – 30 anos	14	41%
31 – 40 anos	6	18%
41 – 50 anos	7	21%
51 – 60 anos	3	9%
61 – 70 anos	2	6%
>70	2	6%
Sexo		
Feminino	20	59%
Masculino	14	41%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	6	18%
Ensino fundamental completo	6	18%
Ensino médio completo	18	53%
Ensino superior incompleto	4	12%
Renda familiar (em salários mínimos)		

Sem renda	4	12%
< 1	1	3%
1 – 2	22	65%
2 – 3	4	12%
3 – 4	3	9%
Total	34	100

Fonte: dados oriundos da coleta de dados do cenário desta pesquisa

Dos usuários que fizeram parte dessa pesquisa, a faixa etária de maior frequência estava entre 21 a 30 anos, correspondendo a quatorze usuários (41%), seguida da faixa etária de 41 a 50 anos, com sete (21%) usuários. Dos trinta e quatro participantes, vinte (59%) eram do sexo feminino e quatorze (41%) do sexo masculino. Quanto ao grau de escolaridade, dezoito usuários (53%) possuíam ensino médio completo, seis (18%) ensino fundamental completo e seis (18%) ensino fundamental incompleto, apenas quatro (12%) usuários possuíam ensino superior incompleto. Vinte e dois (65%) dos usuários entrevistados tinham renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, sendo o número mais expressivo. Dados esses que mostram uma população carente de recursos financeiros, com baixa escolaridade, com aproximação percentual entre os atendimentos a homens e mulheres.

4.2 Resultados dos seminários com pré-teste, pós-teste e diálogo com os grupos de usuários, entrevistas com pré-teste e pós-teste dialogal com enfermeiros e caderno de campo

As entrevistas, pré-teste, e pós-teste foram realizadas individualmente com os enfermeiros e em pequenos grupos com usuários, oferecendo escuta e contribuição no sentido da pactuação e troca sobre o ACCR. Com isso, proporcionando novas reflexões por parte de usuários e enfermeiros, podendo se estabelecer novas formas de compreensão, bem como, concepção de justiça no ACCR, a partir do reconhecimento de cada usuário como sujeito de direito, compreendendo suas dúvidas, explicando o funcionamento da proposta e evidenciando elementos a serem observados e considerados para o reconhecimento necessário dos usuários, na busca de se identificar ou contribuir com a justiça no ACCR.

E ainda, evidenciando a hermenêutica do que lhe é apresentado como proposta, construindo perspectivas de forma interativa, que envolvam necessidades sociais e não apenas individuais, envolvendo as relações de amor, solidariedade e direito como base para a justiça

almejada no ACCR. As transformações daquele cenário ocorreram durante as entrevistas e os seminários, por fazer de cada participante da pesquisa um multiplicador desse conhecimento.

Nas estratégias de grupos, emergiram mudanças de compreensão sobre o ACCR, o que demonstra haver necessidade de maior engajamento dos profissionais com a proposta da Política de saúde, especialmente de proporcionar constantemente o atendimento dialogal.

Embora exista um protocolo, este deve ser utilizado como base, entretanto o ACCR deve ser realizado intersubjetivamente, na interação em meio à comunicação apropriada para que se consiga pactuar as decisões, integrando o usuário nessa classificação, o que promoverá a concepção de justiça, a partir do reconhecimento do usuário como sujeito de direitos e corresponsabilidade com ele próprio e com o grupo social que pertence e a sociedade em geral. A seguir, veremos nos dados coletados, a partir dos pré-testes e pós-testes e entrevistas, se houve aproximação com essa proposta.

4.2.1 Resultados da estratégia de seminário, com pré-teste e pós-teste, com os usuários

Os pré-testes com os usuários foram fundamentais para que emergissem os temas de interesse, dúvidas e concepções acerca do ACCR com o foco na justiça e avaliação desses usuários sobre o ACCR naquele cenário. Os resultados foram reveladores, trazendo à tona falas que culminaram em unidades de sentido, de onde emergiram categorias de análise. O pós-teste foi realizado com o intuito de interferir naquela realidade a fim de colaborar para a melhor compreensão dos usuários acerca daquela realidade vivenciada para que fossem corresponsáveis pela justiça no cenário em que se desenvolve o ACCR.

Quadro 2. Distribuição dos dados dos seminários com usuários participantes da pesquisa por categorias. 1º sem/2016.

CATEGORIA	DADOS DO SEMINÁRIO	
	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
Autonomia/ Liberdade	“A gente é classificado pelo que a gente tá sentindo, pelo que a gente fala pra enfermeira. Aí ela vai e classifica.” (U1)	“Eu acho que a classificação de risco é para ajudar, é pra as pessoas entenderem que cada cor tem o seu motivo das pessoas esperarem. Pelo que eu entendo é isso. E eu até falei com ela que eu to com dor abdominal, dor no

		corpo inteiro, tive febre de 38°C, então eu entendi que seria o verde, tá certa.” (U4)
Heteronomia/ Subordinação	“Até agora eu não sei nem o que quer dizer O VERDE, O AMARELO, O VERMELHO, uma vez eu estava e botaram verde, eu estava’ tão mal, e eu só fui atendido pela médica porque eu comecei a vomitar na porta da sala, aí ela veio, foi até ali e: “o que que o senhor tem?” Eu: isso, isso, isso e isso. “Ah, mas botaram verde no senhor?” É, eu vou fazer o que? Eu não sei nem o que quer dizer esse verde aí. Aí ela pegou e me colocou lá para dentro, pediu ao pessoal e falou: “oh, ele vai entrar aqui porque, ele está passando mal.” Passou os exames todinhos, tomei injeção, aí que melhorou. Pronto, só isso. Infelizmente eles passam uma coisa para o paciente e não explicam o que é. Eu acho que deveria colocar aqui as classificações.... Um quadro, para a pessoa se sentir ali, ler pelo menos: o verde é isso.” (U11) “Eu não sei, tipo, o patamar de verde, azul, amarelo. Eu não sei, a gente não pode te obter essa resposta porque a gente não sabe o que significam as cores.” (U26)	
Comunicação	“Teria que ser, assim, mais ORGANIZADO. A gente chegar: está passando mal? Aí saber porque, para passar na frente, para não ir fazer a ficha sem saber porque. Porque as vezes a gente pensa que a pessoa está pior, então a gente tem que ficar informado. Então a gente deveria saber: oh, essa pessoa que chegou depois do que você está pior. Só que a pessoa tem que explicar para a gente, senão não tem como a gente saber.” (U4)	

	“É uma desorganização só, ninguém sabe te informar nada, as pessoas te tratam com grosseria, ignorância, te olham como se fossem as pessoas melhores do mundo porque tão sentadas atrás do balcão. Eu também sento atrás do balcão, agora não porque eu estou parada, mas eu também sento, e sempre tratei as pessoas com quem eu lidava com maior respeito. Nem todo mundo te trata com respeito. Hoje tem 2 meninas muito educadas ali, mas não é todo dia que tem. As enfermeiras te olham com cara de nojo, tipo assim (0.2): “aí, eu tenho que receber”. Igual àquela ali que está sentada verificando a pressão [técnica de enfermagem]. Para que que você tem que falar o que você está sentindo 3 vezes? (0.1) Já é um incomodo você está ali passando mal, sentindo dor, aí você tem que sentar numa enfermeira falar uma coisa, falar em outra, depois sentar falar para outra, depois ir para lá falar para outra, depois falar para a médica. Quer dizer, é uma coisa super desorganizada, você está ali passando mal, cheio de dor, para que você vai ficar falando um monte de vezes a mesma coisa? Falasse para uma pessoa só. No máximo para duas pessoas, que é a classificação de risco, que diz se você é verde, amarelo ou vermelha. Para que você vai falar para uma que só vai tirar tua pressão, depois vai falar para outra, depois vai falar para do balcão [recepcionista], depois...para que? (...) Eu olho para cara dela assim...E às vezes eu sou até ignorante, porque passa do meu limite de ‘encheção’ de saco e eu falo assim: eu tenho que te dizer isso? Eu tenho que falar é para a médica, o teu trabalho é só colocar meu nome aí no papel. Porque já ENCHE O SACO! Porque, tipo, você já chega passando mal, eu já estou a 1 mês com a	
--	---	--

	garganta inflamada. Tomo o remédio, volta, tomo o remédio, para, volta. To vindo aqui na decorrência de falar assim: meu Deus! Eu preciso de uma Benzetacil para ver se melhora, eu já estou a 1 mês tomando antibiótico, já não aguento mais. Aí você senta para verificar a pressão porque tem que ver a garganta, aí “que que você tem?” Verifica a pressão, por favor. Você está com a garganta doendo, você vai falar com outra que não vai resolver o seu problema por quê? A intenção de quem está doente é vim para falar com o médico o que está acontecendo, para o médico resolver, não para uma enfermeira que não vai poder resolver nada. Então essa é a falta de organização. Não é só daqui, é da grande maioria dos hospitais. Eu não fui mal atendida no UPA de Rocha Miranda. Eu cheguei, depois fui para a classificação de risco, depois fui direto para a médica. Mas toda vez que vem aqui é isso, é essa CONFUSÃO ali na entrada. Tem que passar por um, depois por outra, depois por outra, depois por outra. É um caminho até você chegar no médico. Ou você já está morto ou você está morrendo de vez. É essa desorganização sem fim.” (U12) “Passei pela enfermeira, ela não me perguntou nada não, ela verificou minha pressão, minha pressão estava alta, aí ela me perguntou: “você tem pressão alta?” Aí eu falei: tenho hipertensão e diabetes. Aí aguardei para ser atendida [na CR]. Só achei assim que às vezes as pessoas quando entram, como não tem uma numeração, nada, ficam meio perdidas ali, né, o pessoal fica bem perdido. Aí tem que ver quem é o último para passar pela pressão, o último para passar na classificação. Teve uma senhora que passou a frente de todo	
--	--	--

	mundo, aí depois ela voltou, pediu desculpas, mas.... Porque ali está meio desorganizado, aquela entrada ali está meio desorganizada. Não tem como você ver quem é o primeiro, quem é o segundo, quem é o terceiro. A que verifica a pressão, quando ela viu que a senhora estava com a pressão alta, ela pediu para passar na frente, então mal ou bem ela adiantou, né. Mas...” (U10)	
Problemas Hermenêuticos	“Bem, nós chegamos, somos recebidos ali pelo rapaz, o segurança, aí ele pergunta, quem é o paciente, e pode entrar só paciente. Depois dali a gente vai para tipo uma triagem com a Enfermagem, onde elas verificam nossa pressão, fazem as perguntas, por um técnico de enfermagem, para já dar um laudo, para encaminhar diretamente para o médico. Esse é o processo ali delas. Depois volta para a recepção para menina pegar os dados da gente, endereço, tudo, e dali aguardar o médico chamar a gente. Aí nesse período demora bastante.” (U1) “Eu acho, assim, que deveria ter um atendimento...ALÉM de ter uma enfermeira, digo, uma técnica de enfermagem, deveria ter uma ENFERMEIRA ali auxiliando.” (U9) “Deveria colocar alguém capacitado para verificar isso aí das pessoas. Só assim no papel não dá não, a pessoa tem que ser capacitada. A pessoa ter um curso, para saber o que é e o que não é. Não colocar qualquer pessoa ali para avaliar, entendeu? A pessoa está ali com dor, não estou falando do meu caso, eu estou com dor, eu estou aqui falando, conversando com você. Só eu sei e só Deus sabe o que eu estou sentindo, mas tem outras pessoas que estão sofrendo, estão gemendo e o caramba e passam na frente, mas a	“Lá dentro [na sala de CR] são enfermeiras? Ahh, entendi. (...) Então, eu achava que eram só técnicos de enfermagem. Ahh, isso que eu não tava entendendo! Eu até falei que eu achava errado, agora eu entendi” (U9) “Não, agora sim deu pra entender! O que eu entendi foi o que você falou, a pessoa chegar, igual a gente viu hoje, o senhor chegar ali, tem um problema cardíaco, o outro chegou, é mais novo, sei lá, mesmo ele tendo um problema cardíaco, o problema dele deve tá maior do que o senhor que tá ali esperando com a ponte de safena. Foi isso que eu entendi. a gente não sabia.”(U26)

	gente não sabe a situação daquela pessoa. Só Deus sabe, mas a pessoa tem que avaliar certo isso aí.” (U11) “(…) têm idosos que estão com muita dor, aí tem preferência. E tem jovens que estão piores do que os idosos e vão ficando, mas a prioridade são os idosos (…)” (U19) “Eu acho que...assim, sei lá, eu acho que é errado, porque eu cheguei, eu estou com muita dor, muita dor, muita dor, mas só que eu não estou morrendo lá, aí eles botam para a classificação verde, aí chega uma outra pessoa que está com a mesma dor que eu, aí para mim olham diferente, para ela já olham com mais atenção, aí já dá para ela a classificação amarela ou então vermelha, entendeu? Eu acho errado. Eles te olham pela sua cara, né. Se você está com dor mas você está se aguentando aí eles "ah não, você aguenta”, chega outro “não, você não aguenta não, então vai você na frente”.” (U17) “Tem que chegar fazendo escândalo: “aí, eu estou com dor, aí eu vou morrer”.” (U16) [Quem realiza a CR é o] “Técnico de enfermagem, não é nem o enfermeiro. É o técnico, raramente tem um enfermeiro lá dentro.” (U12) “Quem tem que avaliar é a enfermeira.” (U10) “Eu não sabia, as da sala são enfermeiras? Eu até tinha essa dúvida!” (U1) “É isso que eu não concordo muito com essa [CR] verde. Porque tem vezes, é isso que eu estou falando, que eu não sei o que eu tenho, 7 dias doente, se for passar alguns dias eu	
--	--	--

	posso voltar aqui e não ser verde mais, ser vermelho.” (U13)	
Justiça	“Eu acho que é por ordem de...eu acho que eles colocam a classificação de risco porque a gente chega antes, mas depois da gente chega uma pessoa com um estado mais grave, então eles colocam a classificação de risco para isso, entendeu? Porque tem gente que chega cedo, mas depois chega uma pessoa com um estado precário, aí vai passar na frente, para a gente entender que o caso daquela pessoa é mais grave, por isso a gente ficou para trás. Porque, por exemplo, a pessoa chega com um resfriado forte, dá para esperar um pouco. A pessoa chega com um derrame, por que eu estou na frente de uma pessoa com derrame se eu posso esperar um pouco, né? Eu concordo com essa classificação.” (U24) “Eu acho que é justa...assim...se for por uma enfermeira, CAPACITADA, que ENTENDA todos os diagnósticos, chegar ali e ela colocar a classificação certinha, eu acho justa.” (U9) “Tem uma senhora que está com a diabetes dela alta, tem que passar à frente, entendeu? Por um lado, eu acho uma injustiça, mas colocando na balança o peso e as medidas, às vezes a gente acha um pouco de injustiça, mas não, eu estou 4 [dias] mas eu posso segurar mais um pouquinho.” (U15) “É a forma que tem, né, de dar o atendimento. Porque às vezes a pessoa chega no hospital, na emergência, falando que tem certa coisa e às vezes ela não tem nada. Então é uma forma dela ser encaminhada, se é realmente uma emergência.” (U22)	“Ah, eu entendi, claro, que existem pessoas realmente que precisam de prioridade. Eu acho que não seria nem justo, hoje, eu com uma dor de coluna suportável, que dá para eu esperar e de repente chega uma pessoa, Deus livre e aguarde, baleada e eu: “não, não vai passar na frente porque eu cheguei aqui 10h e ela chegou 12h” e ela está se esvaindo em sangue, entendeu? Claro que prioridade tem que ser dela, e não é por idade, é pelo risco de vida. Pode chegar uma adolescente de 17 anos com uma pressão 20x12. É de acordo com a gravidade de cada um.” (U33) “Eu acho que a classificação de risco é pra dar prioridade aos casos mais GRAVES, né, e pra não ter, é...como é que se fala...não ter..erro de outra pessoa que tá menos grave passar a frente daquele que tá grave e ele vir a óbito por conta disso. Pra ser tudo mais justo, mas justo, mas rápido, organizado. Eu acho certo.” (U9) “No caso ele avalia o risco, né? E quem avalia esse risco é alguém de nível superior, no caso aqui é o enfermeiro, né? Entendi. E ela é devido ao grau de risco que a pessoa tá, se ela tá infartando, se ela tá tendo uma dor no peito, se ela tá com...igual você falou...meu marido entrou com pancreatite, é emergência vermelha, né, é um caso de risco, alguns podem até ter que passar por uma cirurgia de emergência. E tem os casos que as pessoas

		podem esperar, um aumento de pressão, uma dor de cabeça, uma tosse, uma gripe, né, entendi.” (U10) “Eu entendi que a azul é doenças crônicas, né, dores de muito tempo, a verde é aquilo que aconteceu a pouco tempo, o vermelho é situação extrema, uma facada, uma perfuração no abdome, e o amarelo (0.3) a diabetes alta, descompensada, hipertensão, como você tinha dito. Eu acho certo.” (U19) “No caso da minha, que é zika, tá certo tá verde. Não é algo TÃO grave. Se a pessoa tiver perfurado alguma coisa com certeza a classificação é vermelha, se a pessoa tivesse com a diabetes alta seria a classificação amarela. No caso verde, é a minha, que não é tão grave assim, e azul é coisa simples, assim, não é algo tão grave, como você falou, por exemplo, uma dor de cabeça, quando a pessoa tem vários dias.” (U18) “É o que você acabou de falar né, ela é feita pra ser...pra salvar uma vida. Ela existe pra salvar uma vida. É como você falou, ali existem pessoas com todo o tipo de doença, com todo o tipo de sofrimento e realmente tem que ser muito bem feita a avaliação, né. Não pode errar, porque uma pessoa que se queixa do que aos olhos pode ser uma coisa simples na verdade pode não ser, né. Então é isso. Eu acho que é isso mesmo que eu to falando. Tem que ser feita, assim, com muita cautela, né. (...) Então assim, eu acho que é muito importante
--	--	--

		mesmo essa classificação de risco, é onde é realmente separado cada um com seu grau de enfermidade ali, né.” (U20)
Injustiça	“(…) Mas eu estou falando isso, sobre atendimento médico. Sei lá, eu estou falando sobre atendimento médico mesmo. Eu estou achando muito pouco. As pessoas ficam muito tempo, as pessoas ficam tensas, sabe? Ao invés de sair daqui melhor, parece que vão sair daqui piores, porque está demorando demais.” (U3) “Eu acho que deveria ser um atendimento um pouco mais rápido. Porque as pessoas sofrem esperando, porque aí [na explanação sobre ACCR] fala um tanto de minutos, mas a gente espera muito mais né?” (U4) “Sim, compreender o que é, sim. Mas às vezes a gente não acha justa a classificação que está dando. Comigo não, porque, graças a Deus, eu nunca precisei de uma classificação maior, mas eu já vi gente que está quase deitando no chão de dor e a classificação ser verde. (0.2) Das pessoas terem que FALAR, RECLAMAR, começar a fazer um ‘furduncinho’, para vir uma outra enfermeira, olhar, e mandar ir direto para a sala do médico.” (U12) “Porque, assim, pelo menos eu penso, eu acho assim, por exemplo, ela está sentindo muita dor, só ela sabe a dor que ela está sentindo e você ser classificado que o seu problema não é de risco, para você entender isso é complicado, entendeu? Eu estou passando mal desde sábado, minha tia está desde ontem passando mal e do modo como a gente está se sentindo...embora, realmente, a gente não tem risco, mas a gente sabe o quanto grave a gente está se sentindo e	

	não ser tratado com a complexidade que a gente deve ser, eu acho que é injusto.” (U32)	
Contribuições	“Também não basta só idade, às vezes tem gente de 60, 70 anos que está melhor que o de 20. No meu caso, tem pessoas de 48, 80 anos, eu tenho 56 e posso está pior do que eles. Não tem que ser a idade, tem que está passando mal mesmo. Classificação de risco não é tanto pela idade, é pelo mal que a pessoa está passando. ” (U13)	“A classificação de risco é pra ver quem tá mais grave, pra poder não ficar esperando na fila, né isso? Eu acho que é isso. E quem é verde pode esperar o atendimento, aí as prioridades passam na frente, né? E é feita por um enfermeiro. Então ela é justa.” (U5) “(…) Ela existe pra avaliar o risco, né, pra ver quem precisa de mais prioridade, que é o amarelo e o vermelho. As outras cores não tão muito ruins, é uma febre baixa, dor de estômago, essas coisas.” (U6)
Conflitos	“(…) Porque às vezes você está ali passando mal, está no verde, aí entra uma pessoa ali menos e está no vermelho, certo? Não sei se é PARENTESCO, sei lá, aí passa na frente. Eu já vi isso acontecer. A pessoa está mal, está verde, aí depois chega parentesco e bota vermelho, aí vai na frente. Isso aí eu acho injusto! Tem pessoas que chegam a ter revolta e começam a quebrar. Não adianta nada quebrar, é um benefício de todos isso aí.” (U11) “Só sei que uma vez eu vim, eu já tinha passado com a minha filha pelo atendimento, aí a classificação dela não era de risco. Aí ela começou a passar mal, depois de ter passado por ali [CR], e ela passou na frente de todo mundo. A moça da recepção que mandou. Eu não fiz nada, ela que pegou a ficha dela e falou: “pode entrar”. Ela foi e mudou a classificação.” (U24)	

Fonte: dados oriundos da coleta de dados do cenário desta pesquisa

O pré-teste dos usuários foi realizado com os dados obtidos nos seminários, em que pudemos verificar problemas de compreensão de como esse ACCR funciona e qual a sua finalidade. No pós-teste, notou-se, conforme os dados coletados e pela observação de expressões corporais de surpresa e entendimento, durante e após a explanação sobre o que é o ACCR, anotados em diário de campo, que houve uma melhor compreensão sobre esse dispositivo. Visto que, em suas falas, demonstraram compreender que a CR é realizada conforme o grau de sofrimento ou agravo à saúde, pactuado com o usuário e não por idade, ou seja, a prioridade é dada conforme a avaliação de risco, que é realizada por um profissional de nível superior no cenário pesquisado, ou seja, pelo enfermeiro com o usuário.

Assim, pressupõe-se que esses usuários serão disseminadores desse conhecimento em suas comunidades, o que proporcionará uma transformação no campo em estudo, visto que habitam nas imediações, seguindo determinação de atendimento regionalizado proposto no SUS. Na prática cotidiana, observa-se que, quando há compreensão sobre o que é a CR, as sensações de injustiça diminuem, pois existe entendimento por parte dos indivíduos sobre o seu funcionamento.

4.2.2. Resultado da estratégia de entrevista, com pré-teste e pós-teste, com os enfermeiros

A partir da compreensão de que os enfermeiros são parte fundamental para o ACCR, convergindo com a meta de intervenção no cenário estudado, que é o cerne principal da pesquisa-ação, desenvolvida neste estudo, inicialmente realizou-se uma entrevista semiestruturada com esses profissionais para levantar como são concebidas as dificuldades e opiniões sobre o ACCR, em que pesa a justiça, na implementação desse dispositivo. Dessas entrevistas, emergiram os seguintes dados:

Quadro 3. Distribuição dos dados das entrevistas com enfermeiros participantes da pesquisa por categorias. 1º sem/2016.

CATEGORIA	DADOS
Autonomia/Liberdade	“Já reclassifiquei pacientes que eram <u>verdes</u> , que entraram com uma queixa de DOR e essa dor aumentou, ou a pressão [arterial] aumentou, porque era muito tempo de espera, e o paciente retornou e foi reclassificado. E já aconteceu ao contrário, o paciente foi lá e permanecia a mesma coisa, mas <u>ele achava</u> que tinha que ser reclassificado, porque ele percebeu que os amarelos, com classificação amarela, estavam passando na

	frente. Mas, assim, ele manteve estável e não foi reclassificado, mas já aconteceu de evoluir também e a gente ter que reclassificar.” (E1) “Atende! Atende até os usuários que a gente classifica como azul acabam passando aqui, né, porque eles falam para a gente que eles não conseguem atendimento na rede básica [de saúde]. Apesar da gente <u>indicar</u> a rede básica [de saúde] para eles, se eles falaram que eles não conseguem, eles acabam entrando aqui e conseguem atendimento. Então eu acho que está funcionando.” (E1) “Os pacientes chegam, né, no local da classificação, passam pela técnica, que verifica pressão, verifica temperatura, tanto das crianças quanto dos adultos, e passam pela sala de classificação. Na sala de classificação a gente faz anamnese. Pergunta o que o paciente está sentindo, e classificada de acordo com o que ele fala e de acordo com o que a Secretaria Municipal deu para a gente, né, a Classificação de Risco da Secretaria do Rio.” (E1)
Heteronomia/Subordinação	“Encontro dificuldade com o médico que as vezes, muitas vezes não concorda com a nossa classificação, vai até a gente reclamar que a nossa classificação é errada.” (E1) “Eu acho que a equipe médica poderia trabalhar muito bem, mas ela recrimina nossas classificações demais. (...) Deles chegarem e falarem assim: “olha, isso aqui é verde, você colocou amarelo?!”, “isso aqui é azul, tinha que mandar embora.” Eles discriminam, eles recriminam nossa classificação, nossa capacidade do que é certo do que é errado.” (E4) “Aqui na nossa unidade eu não concordo com algumas classificações, como deve ser feito. (...) Bem, tem muita gente que vem aqui por causa de atestado médico, né, e algumas classificações (...) têm que ser encaminhadas para o nível ambulatorial. Só que a gente sabe que na nossa região, as unidades básicas não comportam todo mundo que a gente redireciona. E tem gente aqui que classifica com medo. Isso eu já observei. Tem medo de mandar embora (...).” (E4)

	“Ah sim! De vez em quando acontece isso, porque o médico acha que a classificação que a gente faz ali é errada. Apesar da gente seguir um protocolo, ele achar que está errado e <u>ele não atender</u>! Entendeu? Dizer para a gente que não era, que ele achava outra coisa e ele não atender.” (E1) “(…) Do médico não concordar com a nossa classificação. Ele achar que tem que ser mandando embora, pronto e acabou, que ele está atendendo demais.” (E4)
Comunicação	“(…) Tem paciente que entende, que você explica a classificação, tudo isso. Tem paciente que não entende. Se a gente pega e dá um verde e ele quer um amarelo, porque tem amarelos passando na frente, ele vem com agressividade para cima de você. “Ah, por que está passando na minha frente?” Ele não entende, por mais que você explique. Eu pelo menos gosto de explicar: “o vermelho, o laranja e o amarelo passam na sua frente, está bom? O verde você fica esperando”, mas eles vêm sempre esperando que o médico tem que atender ele imediatamente e rápido.” (E4)
Problemas Hermenêuticos	“É gente querendo prioridade, mas que não é prioridade. Tem muita gente que faz tipo uma somatização, aquelas crises nervosas. Que também incomodam os outros usuários que estão esperando atendimento, a eles vêm pedir para passar na frente, cedem a vez, aquelas coisas, né. Ou gente que diz que está com uma dor horrorosa.” (E3) “(…) Tem paciente que entende, que você explica a classificação, tudo isso. Tem paciente que não entende. Se a gente pega e dá um verde e ele quer um amarelo, porque tem amarelos passando na frente, ele vem com agressividade para cima de você. “Ah, por que está passando na minha frente?” Ele não entende, por mais que você explique. Eu pelo menos gosto de explicar: “o vermelho, o laranja e o amarelo passam na sua frente, está bom? O verde você fica esperando”, mas eles vêm sempre esperando que o médico tem que atender ele imediatamente e rápido.” (E4)
Justiça	Sim, porque houve uma alteração dos sinais ali que ele estava apresentando e foi priorizado o atendimento, pela classificação

	de risco.” (E2) A gente classifica como azul, e fala que todas as classificações amarelas, todas as classificações verdes <u>vão</u> passar na frente. Muitas vezes esse paciente volta para reclamar porque esse tempo de espera é enorme. Mas a gente classifica, classifica em azul, que é a classificação mesmo que a Secretaria [Municipal de Saúde] dá para a gente, né. Deveríamos mandar ele para a UBS..., mas ele tem direito a ser atendido aqui, desde que seja atendido depois das outras classificações.” (E1)
Injustiça	“Eu acho, assim, a gente até classifica, só eu não eu não sei te dizer se é por causa da demanda, que é muito grande, ele acaba esperando além do tempo da proposta de classificação. Porque toda classificação ela tem um tempo de espera e aqui acaba extrapolando. Às vezes ele demora para ser classificado, pela quantidade de enfermeiro que tem na sala de classificação e pela quantidade de médico também, né. Ele acaba esperando mais, ele acaba não sendo tão humanizado assim.” (E1) “A reclassificação, geralmente, eu já fiz por “pressão”, mas às vezes eu não cedo a pressão também não.(...) Eu acho que assim a gente é injusto com os demais [usuários]” (E3) “Muitas das vezes, eu vejo que muitas das vezes esse atendimento como excludente. Com a questão do redirecionamento, que fica exclusivo para a área [adstrita] de atendimento do paciente, de residência. Muitas das vezes ele não consegue atendimento. Às vezes na localidade que ele vive não tem ainda uma clínica da família para poder atender. Então esse paciente às vezes fica perdido no sistema.” (E2)
Contribuições	“Olha, eu acho que a gente segue bastante a classificação mesmo, né. A gente não foge não. Até porque como o azul, se ele reclamar ele tem direito, a gente classifica em azul, respeita a classificação e classifica em azul, e ele fica esperando”. (E1)

	“A gente procura seguir o protocolo, e o protocolo é justo sim.” (E1)
Conflitos	“(…) Tem usuário que não é uma demanda de emergência, e a gente acaba colocando ele, e ele ocupando o lugar de um paciente de emergência, e isso é ruim. Mas eu não culpo o usuário, porque a rede básica de saúde não está funcionando, e ele acaba achando que ele tem que ter atendimento aqui. E isso acaba atrapalhando um pouco.” (E1) “(…) porque quando a gente classifica um paciente azul, é atenção básica, a gente tem que redirecionar ele para outra unidade. E a gente manda ele para outra unidade sem saber se ele vai ser atendido nesse exato momento (…).” (E4) “[A CR] Já foi desrespeitada tanto pelo usuário quanto pelos profissionais médicos que atendem. Com o profissional médico: às vezes um conhecido que foi passado na frente dos demais, de uma classificação prioritária. E pelo usuário que está insatisfeito com a classificação que foi dada e quer passar na frente de todo mundo.” (E2) “(…) Mas por si só todo mundo teria direito ao atendimento qualquer que seja ele, mas a gente tem muita gente... e essa questão da gente ter autonomia para liberar ou não. (...) Então eu acho que a gente se arrisca muito quando não tem um médico ali. Só se arrisca muito.” (E3)

Fonte: dados oriundos da coleta de dados do cenário desta pesquisa

Conforme a metodologia proposta, pesquisa-ação, descrevendo as concepções se cumpriu a sua primeira etapa, em que se oportunizou o levantamento da realidade dos participantes com reflexões dialogais entre pesquisadora e participantes em entrevista, extraíram-se dessas conversas as questões éticas que interferem na CR realizada naquele setor, especialmente com atenção às concepções de injustiça e justiça.

Ao serem questionados sobre o estudo de caso sobre ACCR, os resultados a seguir explicitaram as demandas, ideologias e concepções dos enfermeiros, entretanto foram motivo de diálogo com a pesquisadora no sentido de revisitar os conceitos e bases do dispositivo. Desta forma, interferindo para a reflexão e consequente transformação de concepções e

condutas que considerem a justiça, ou seja, o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos, contribuindo para a cidadania. E ainda, interferiu diretamente na concepção sobre a justiça no ACCR para esses profissionais. Vejamos os dados:

Quadro 4. Distribuição dos dados dos pré-testes e pós-testes com os enfermeiros participantes da pesquisa por categorias. 1º sem/2016.

CATEGORIA	DADOS	
	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
Autonomia/ Liberdade		“Não, tendo em vista que se fosse questionada sobre outros aspectos a usuária faria o relato de ter feito uso de substância venenosa, sua classificação deveria ser vermelha. Sendo importante ouvir melhor o usuário ” (E1)
Heteronomia/ Subordinação	“Sim, não há alterações significativas de sinais vitais e relato de dor. Classificação verde. (Não há relato, nem sinais de grande intensidade desta dor). ” (E1) “Sim. Pois de acordo com a anamnese realizada o cliente não apresentava nenhum sinal de emergência, apesar de relatar dor os sinais vitais apresentavam-se estáveis e a dor era de intensidade moderada podendo a mesma aguardar pelo tempo de espera pela classificação verde. ” (E2)	
Comunicação		“Após o pós-teste concordo que o enfermeiro deveria ter feito outras perguntas para que me ajudasse a classificar de uma forma mais completa. Pois após ter conhecimento que a cliente havia ingerido veneno sua classificação deveria ser vermelha e não verde como respondi anteriormente. ” (E2) “Não, pois deveria ter sido questionado outros fatores, como:

		tem hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus? Tomou alguma medicação? Tem sempre essa dor? ” (E3) “Não. Poderia ter perguntado se ela fez uso de alguma alimentação diferente, bebida, se foi a primeira vez, teve vômito, diarreia, febre anterior.” (E4)
--	--	---

Antes, durante e após a coleta de dados, a pesquisadora pode observar expressões, tanto faciais quanto verbais, e ações que demonstraram a compreensão sobre o ACCR de usuários e enfermeiros e suas concepções sobre esse dispositivo, o que possibilitou a intervenção da pesquisadora nos aspectos considerados mais críticos. Vejamos os dados:

Quadro 5. Distribuição dos dados de caderno de campo com usuários e enfermeiros participantes da pesquisa antes, durante e após a coleta de dados. 1º sem/2016

Observações anteriores à coleta dados
- Insatisfação dos usuários quanto a CR recebida, com concepção de injustiça. - Insatisfação dos usuários quanto ao tempo de espera de atendimento. - Incompreensão dos usuários quanto ao funcionamento do ACCR. - Insatisfação dos enfermeiros devido a desrespeito a sua aplicação da CR por usuários e equipe multiprofissional.
Observações durante à coleta de dados
- Expressões faciais de surpresa dos usuários durante a explanação sobre ACCR. - Expressões faciais de compreensão durante a explanação sobre ACCR. - Expressões verbais de compreensão sobre o ACCR como: “entendi”, “agora ficou claro”. - Expressões verbais de concepção de justiça em ACCR como: “então é justo sim”, “quem está pior deve passar na frente”. - Expressões faciais de enfermeiros revisitando conhecimentos já adquiridos, com faces de afirmação e compreensão. - Expressões faciais de enfermeiros de desmotivação
Observações após a coleta de dados
- Usuários que foram sensibilizados menos ansiosos na sala de espera.

- Usuários que foram sensibilizados dialogando com os outros contando sobre o trabalho realizado pela pesquisadora.
- Usuários que foram sensibilizados dialogando com os outros explicando sobre a ACCR.
- Enfermeiros que foram sensibilizados com escuta ativa dos usuários.
- Enfermeiros que foram sensibilizados valorizando a autonomia dos usuários.

Fonte: dados oriundos da coleta de dados do cenário desta pesquisa

Os dados coletados em caderno de campo auxiliaram na compreensão dos relatos que emergiram na pesquisa, visto que compuseram fonte de análise do não dito, o que proporcionou a certeza do entendimento das ações educativas da pesquisadora e a veracidade do exposto pelos entrevistados.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

Em face dos dados da presente pesquisa, puderam ser organizadas categorias, que serão analisadas e discutidas a seguir, apresentadas com recortes dos discursos dos participantes desse estudo.

Categoria I: Autonomia/Liberdade *versus* Heteronomia/Subordinação

No ACCR, a autonomia do usuário deve ser valorizada, de forma a proporcionar uma inter-relação de vínculo, com uma escuta ativa e prestando as informações necessárias para que o usuário se torne um sujeito ativo do seu cuidado. Durante as entrevistas e anotações de caderno de campo em observação participante, as enfermeiras realizaram relatos que remeteram à reflexão acerca da autonomia e heteronomia. Um dos relatos contundentes é o que se segue:

“Já reclassifiquei pacientes que eram verdes, que entraram com uma queixa de DOR e essa dor aumentou, ou a pressão [arterial] aumentou, porque era muito tempo de espera, e o paciente retornou e foi reclassificado. E já aconteceu ao contrário, o paciente foi lá e permanecia a mesma coisa, mas ele achava que tinha que ser reclassificado, porque ele percebeu que os amarelos, com classificação amarela, estavam passando na frente. Mas, assim, ele manteve estável e não foi reclassificado, mas já aconteceu de evoluir também e a gente ter que reclassificar.” (E1).

Este relato evidencia que, no cenário em tela, a CR não é uma ação imposta pelo profissional de saúde, ela ocorre de modo coparticipativo, em que o usuário é ouvido, compreendido em suas subjetividades, o que converge com a política vigente, a proposta do ACCR e a perspectiva honnetiana. Assim como no relato de (E1), tal fato também foi constatado na observação participante, em que uma usuária com queixa de dor abdominal havia recebido CR verde, porém a mesma questionou o porquê de não ter prioridade. A enfermeira informou que, segundo o protocolo da unidade, queixas de dor abdominal eram classificadas como verde, a usuária informou que sua dor era muito forte, que já havia feito uso de Buscopan e dipirona e não houve melhora e que não estava aguentando de dor. A usuária não apresentava fáceis de dor e nem alteração de sinais vitais, mas teve a sua CR alterada para amarela, pela enfermeira, devido ao seu relato de dor intensa, sendo a dor um sintoma inerente àquele que a sente.

Notam-se nos dados que, não apenas a vontade pessoal, ou por status social, ou ordem de chegada, ou quaisquer outros motivos são utilizados para garantir o atendimento do usuário, ou seu direito ao atendimento, se não a possibilidade de avaliação por um profissional enfermeiro capacitado sobre o estado de saúde do usuário, que, a partir do diálogo, compreende ser a avaliação clínica o único meio de ordenar o atendimento. Nesse processo dialogal, garante-se um atendimento equitativo. O fato de o paciente revelar aumento da dor, por exemplo, a fim de ser atendido, leva apenas à interpretação pessoal e, nesse caso, vale o relato do paciente.

As condutas dos profissionais devem estar pautadas no protocolo institucional como um instrumento de apoio para a CR. A participação ativa do usuário, que valorize a sua autonomia, é um critério essencial para o seu bom funcionamento, pois o cuidado ao ser humano é algo complexo e envolto em subjetividades. Com essa perspectiva, pode-se evidenciar uma forte tendência educativa para o convívio social, o que converge com a metodologia utilizada nessa pesquisa, e para a sensibilidade social existentes no ACCR, que contribui para que passem a perceber as demandas dos outros, e deixem paulatinamente de ter o foco sempre em si mesmos, tornando-se menos autocentrados.

A autonomia é uma dimensão relacional, não segue uma lógica individual, é intersubjetiva. É composta por meio da reciprocidade de reconhecimento por meio de relações vivas, que são consideradas justas, de modo que aprendemos a valorizar mutuamente nossas necessidades, convicções e habilidades (HONNETH, 2009b). Por outro lado, a heteronomia é entendida como o oposto da autonomia. Incide mediante o formalismo profissional que é derivado do ato profissional, ocorre quando um sujeito se subordina à vontade de terceiros ou de uma coletividade (SOARES, 2011). É importante compreender que a subordinação se contrapõe à justiça. Reconhecer o usuário/profissional como um ser autônomo é entendê-lo como um sujeito de direitos.

“Até agora eu não sei nem o que quer dizer O VERDE, O AMARELO, O VERMELHO, uma vez eu estava e botaram verde, eu estava’ tão mal, e eu só fui atendido pela médica porque eu comecei a vomitar na porta da sala, aí ela veio, foi até ali e: “o que que o senhor tem?” Eu: isso, isso, isso e isso. “Ah, mas botaram verde no senhor?” É, eu vou fazer o que? Eu não sei nem o que quer dizer esse verde aí. Aí ela pegou e me colocou lá para dentro, pediu ao pessoal e falou: “oh, ele vai entrar aqui porque, ele está passando mal.” Passou os exames todinhos, tomei injeção, aí que melhorou. Pronto, só isso. Infelizmente eles passam uma coisa para o paciente e não explicam o que é. Eu acho que deveria colocar aqui as classificações.... Um quadro, para a pessoa se sentir ali, ler pelo menos: o verde é isso.” (U11)

“Eu não sei, tipo, o patamar de verde, azul, amarelo. Eu não sei, a gente não pode te obter essa resposta porque a gente não sabe o que significam as cores.” (U26)

Esses relatos remetem à insuficiência de informações e orientações, visto que os usuários não compreendem os critérios de cores, o que faz com que não compreendam a sua própria CR ou o porquê de alguém ser atendido com prioridade. Na observação participante isto foi verificado no momento em que foi constatada a solicitação, principalmente por acompanhantes, de CR prioritária. Ao serem questionados sobre qual seria o motivo, informavam que era devido à idade do usuário. Nesse momento, recebiam informações pela enfermeira de que a CR é feita conforme o agravo à saúde. Fatos como esses apontam a importância do diálogo permanente entre usuários, profissionais, como realizado nesta pesquisa que permitiu o esclarecimento de dúvidas sobre o ACCR e, que acreditamos, em sua compreensão.

A carência de informações e acolhimento gera sentimentos de subordinação e exclusão aos usuários, que se veem submetidos a um sistema que proporciona privilégios a uns em detrimento dos outros. Uma boa comunicação entre usuários e enfermeiros, que deve se estender a toda equipe multiprofissional, faz-se necessária para uma assistência adequada, que atenda aos direitos dos usuários. Segundo Honneth e Anderson (2011), práticas, que geram sensações de subordinação ou exclusão, são consideradas injustas, uma vez que lesam substancialmente a autonomia do sujeito. As questões de autonomia em ACCR atingem tanto usuários quanto profissionais, conforme os seguintes relatos:

“Encontro dificuldade com o médico que as vezes, muitas vezes não concorda com a nossa classificação, vai até a gente reclamar que a nossa classificação é errada.” (E1)

“Eu acho que a equipe médica poderia trabalhar muito bem, mas ela recrimina nossas classificações demais. (...) Deles chegarem e falarem assim: “olha, isso aqui é verde, você colocou amarelo?!”, “isso aqui é azul, tinha que mandar embora.” Eles discriminam, eles recriminam nossa classificação, nossa capacidade do que é certo do que é errado.” (E4)

Tais relatos mostram que o enfermeiro também tem a sua autonomia atingida, devido ao seu não reconhecimento por outra categoria profissional como um ser capaz de cooperar corretamente no ACCR. Isto foi ratificado na observação participante, em que por diversas vezes médicos iam até a sala de classificação questionar as CR, em muitos casos, com usuários dentro da sala e sem buscar compreender o motivo da CR, apenas impondo sua

conduta de forma não ética. O ACCR é um dispositivo multiprofissional em que a participação de todos os implicados, inclusive o usuário, deve ser respeitada. O enfermeiro deve ter sua autonomia assegurada, sendo reconhecido como um ser capacitado para cuidar do outro.

Um sujeito somente pode reconhecer-se como um ser de direitos, um ser autônomo e identificar seus objetivos e aspirações no momento em que agregue autoconfiança, autorrespeito e autoestima, que são as três formas de Reconhecimento, segundo a Teoria de Axel Honneth, sendo indissociáveis (HONNETH, 2009a, p. 266).

Categoria II: Comunicação versus Problemas Hermenêuticos

O processo de comunicação apresenta os seguintes elementos: emissor-mensagem-receptor-*feedback*, sem eles pode-se dizer que não há comunicação. Porém, nem sempre essa troca de informações é bem-sucedida. Não se pode garantir que essa mensagem se dê efetivamente como o desejado, não só pela linguagem, mas também pela essência da mensagem emitida e o conjunto de elementos que interferem na compreensão da mensagem, o que dá origem aos problemas hermenêuticos. Além disso, há de se considerar os déficits educacionais presentes em nossa sociedade. Apesar dos esforços governamentais para dirimir os baixos índices de escolaridade, ainda existe o analfabetismo funcional, observado inclusive nesse campo de pesquisa.

“(...) Tem paciente que entende, que você explica a classificação, tudo isso. Tem paciente que não entende. Se a gente pega e dá um verde e ele quer um amarelo, porque tem amarelos passando na frente, ele vem com agressividade para cima de você. “Ah, por que está passando na minha frente?” Ele não entende, por mais que você explique. Eu pelo menos gosto de explicar: “o vermelho, o laranja e o amarelo passam na sua frente, está bom? O verde você fica esperando”, mas eles vêm sempre esperando que o médico tem que atender ele imediatamente e rápido.” (E4)

No setor de ACCR, um dos aspectos que marcam a concepção de injustiça é a falta de informação e compreensão sobre esse dispositivo, em que está imbricada uma má comunicação entre usuários, profissionais e instituição, geradora de problemas hermenêuticos. Em muitos casos não há conhecimento por parte dos usuários sobre o que é ou sobre como é realizado o ACCR.

Bem, nós chegamos, somos recebidos ali pelo rapaz, o segurança, aí ele pergunta, né, quem é o paciente, e pode entrar só paciente. Depois dali a gente vai para tipo uma triagem com a

Enfermagem, onde elas verificam nossa pressão, fazem as perguntas, por um técnico de enfermagem, para já dar um laudo, para encaminhar diretamente pro médico, esse é o processo ali delas. Depois volta para recepção para menina pegar os dados da gente, endereço, tudo, e dali aguardar o...o médico chamar a gente. Ai nesse período demora bastante.” (U1)

“Eu acho, assim, que deveria ter um atendimento...ALÉM de ter uma enfermeira, digo, uma técnica de enfermagem, deveria ter uma ENFERMEIRA ali auxiliando.” (U9)

“Deveria colocar alguém capacitado para verificar isso ai das pessoas. Só assim no papel não dá não, a pessoa tem que ser capacitada. A pessoa ter um curso, para saber o que que é e o que que não é. Não colocar qualquer pessoa ali para avaliar, entendeu? A pessoa está ali com dor, entendeu, não estou falando do meu caso, eu estou com dor, eu estou aqui falando, conversando com você. Só eu sei e só Deus sabe o que eu estou sentindo, mas tem outras pessoas que estão sofrendo, estão gemendo e o caramba e passa na frente, mas a gente não sabe a situação daquela pessoa. Só Deus sabe, mas a pessoa tem que avaliar certo isso aí.” (U11)

“(...) têm idosos que estão com muita dor, aí tem preferência né. E tem jovens que estão piores do que os idosos e vão ficando né, mas a prioridade são os idosos (...)” (U19)

As falas anteriores evidenciam que há uma incompreensão sobre como é o processo de ACCR, que não se trata de um diagnóstico médico prévio, e sim do levantamento de sinais e sintomas para avaliação de risco. Além disso, esses usuários desconhecem quem realiza a CR, apontando inclusive a necessidade da presença do enfermeiro, que é o profissional que atua frente a esse processo neste cenário estudado. Portanto, mostram-se indignados por acharem que a CR não é realizada por quem é de competência, devido à falta de informação.

Esta compreensão não se trata de um saber científico, mas de entender que a CR dos atendimentos é efetuada por um profissional capacitado e não é realizada de modo aleatório. Além disso, deve-se promover a disseminação de informações, com uma boa comunicação, para que o usuário possa compreender a finalidade da CR, que visa dinamizar e priorizar os casos mais urgentes. A falta de orientação aos usuários dificulta a compreensão do ACCR. O cuidado de Enfermagem em ACCR deve ser pautado no diálogo e na escuta ativa desses usuários.

A Política Nacional de Humanização (2004) estimula que haja uma comunicação efetiva entre profissionais de saúde e usuários, fato que contribui para uma assistência que valorize a autonomia daquele que é cuidado e proporciona a corresponsabilidade. A comunicação deve ser clara e adequada, o que permite ao usuário atingir a compreensão sobre

a assistência em saúde prestada e é essencial para o cuidado de Enfermagem, visto que por meio dela há o estabelecimento do pacto terapêutico em que o enfermeiro tem a real dimensão dos problemas clínicos, sociais e psíquicos, ou seja, capta inclusive as subjetividades daquele que é cuidado, e o usuário pode revelar suas dúvidas, ansiedades e adquirir conhecimento para ser um sujeito ativo do seu próprio cuidado.

A comunicação pode ser exercida de diversas formas, como por meio da oralidade e *folders* explicativos, de modo que se atenda a necessidade de cada situação, a fim de se tornar esses usuários detentores e multiplicadores desse conhecimento. A comunicação nem sempre é efetiva. Além de contar com a própria subjetividade que a comunicação traz em si, a ausência de uma conduta explicativa vai convergir com a subordinação e a falta de interesse. Tendo como base a Teoria de Honneth, usuários e profissionais necessitam fazer-se compreender para que sejam reconhecidos e para que estabeleçam uma relação de confiança, que é o cerne do ato terapêutico, pois “(...) só na medida em que é concedida em princípio a todos os sujeitos, com o estabelecimento do direito civil, a liberdade individual de decisão, cada um deles está igualmente em condições de definir as metas de sua vida sem influência externa” (HONNETH, 2009, p. 277).

Categoria III: Justiça versus Injustiça

Em ACCR há usuários que se sentem contemplados e outros que não se sentem contemplados, e esta concepção encontra-se mais diretamente relacionada ao tempo de espera pelo atendimento do que a qualidade da assistência, por exemplo, ou seja, a concepção de injustiça foi apontada pela demora para atendimento médico e também para ser classificado.

“Eu acho que é por ordem de...eu acho que eles colocam a classificação de risco porque a gente chega antes, mas depois da gente chega uma pessoa com um estado mais grave, então eles colocam a classificação de risco para isso, entendeu? Porque tem gente que chega cedo, mas depois chega uma pessoa com um estado precário, aí vai passar na frente, para a gente entender que o caso daquela pessoa é mais grave, por isso a gente ficou para trás. Porque, por exemplo, a pessoa chega com um resfriado forte, dá para esperar um pouco. A pessoa chega com um derrame, por que eu estou na frente de uma pessoa com derrame se eu posso esperar um pouco, né? Eu concordo com essa classificação.” (U24)

“Ah, eu entendi, claro, que existem pessoas realmente que precisam de prioridade. Eu acho que não seria nem justo, hoje, eu com uma dor de coluna suportável, que dá para eu esperar e de repente chega uma pessoa, Deus livre e aguarde, baleada e eu: “não, não vai passar na frente porque eu cheguei aqui 10h e ela chegou 12h” e ela está se esvaindo em sangue, entendeu? Claro que prioridade tem que ser dela, e não é por idade, é pelo risco de vida.

Pode chegar uma adolescente de 17 anos com uma pressão 20x12. É de acordo com a gravidade de cada um. ” (U33)

“(...) Mas eu estou falando isso, sobre atendimento médico. Sei lá, eu estou falando sobre atendimento médico mesmo. Eu estou achando muito pouco. As pessoas ficam muito tempo, as pessoas ficam tensas, sabe? Ao invés de sair daqui melhor, parece que vão sair daqui piores, porque está demorando demais.” (U3)

“Eu acho que deveria ser um atendimento um pouco mais rápido. Porque as pessoas sofrem esperando, porque aí [na explanação sobre ACCR] fala um tanto de minutos, mas a gente espera muito mais né?” (U4)

“Eu acho, assim, a gente até classifica, só eu não eu não sei te dizer se é por causa da demanda, que é muito grande, ele acaba esperando além do tempo da proposta de classificação. Porque toda classificação ela tem um tempo de espera e aqui acaba extrapolando. Às vezes ele demora para ser classificado, pela quantidade de enfermeiro que tem na sala de classificação e pela quantidade de médico também, né. Ele acaba esperando mais, ele acaba não sendo tão humanizado assim.” (E1)

As falas anteriores evidenciam que há usuários que compreendem a CR e a necessidade de se priorizar certos tipos de atendimento devido à gravidade, independentemente da idade e sim pelo seu quadro clínico. Porém, a concepção de injustiça foi apontada pelo longo tempo de espera para atendimento médico e também para ser classificado, como foi apontado por E1.

A queixa, quanto ao demasiado tempo de espera, também foi oriunda dos dados da observação participante. Naquela oportunidade, uma usuária, posicionada fora da sala de ACCR, questionou sobre o motivo do atendimento de Enfermagem estar demorando tanto e se, após a CR, ela ainda iria ficar muito tempo aguardando o atendimento médico. O tempo de espera, superior ao preconizado, gera estresse e atitudes agressivas por parte dos usuários, o que pode inclusive levar a mudança de quadro clínico e consequente alteração de CR, porém também é preciso entender como esse dispositivo funciona e que há um tempo determinado para cada CR, que não deve ser extrapolado. Na observação participante um usuário solicitou a troca de sua CR de verde para amarelo por estar esperando há muito tempo, segundo o seu relato, pelo atendimento médico, e ao verificar em sua ficha só haviam passado 35 minutos, tempo coerente com a sua CR verde. Nesse momento, o usuário foi orientado, porém ainda se sentia indignado, informando que deveria ter prioridade porque possuía quase 60 anos e disse que viu muita gente mais nova “passando na frente”.

Esse tipo de comportamento e falta de compreensão sobre o funcionamento do ACCR pode ser minimizado com orientações prévias, pactuação entre enfermeiros e usuários e reflexões sobre a responsabilidade social e situações de agravo que suscitam maior rapidez no atendimento em detrimento dos que precisam aguardar. Essa estratégia de orientação foi atingida nos seminários que a pesquisadora realizou com os usuários.

A estratégia de coleta de dados, com a realização de seminários e abordando as inquietações dos usuários, foi fundamental para construir multiplicadores do conhecimento sobre ACCR naquela comunidade para que o processo em si fosse compreendido como um dispositivo que tem componentes de justiça, pois os usuários passam a compreender que se alguém vai passar na frente, independentemente da idade, é priorizado por uma situação de agravo à saúde. Caso os usuários consigam compreender esta dinâmica, mesmo que o agravo não seja visível de forma explícita como uma síncope ou um ferimento, passarão a confiar que aquela avaliação foi digna, realizada de forma correta e diz respeito ao quadro efetivo daquele usuário, e que não repercute em uma priorização por outras questões, que não sejam éticas, como por conflito de interesse, por exemplo.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004a), o fato de indivíduos “passarem na frente” no atendimento pode gerar questionamentos nos usuários, o que provoca sentimento de injustiça, porém essa concepção pode ser minimizada com a educação em saúde realizada nas salas de espera, sendo explicitado como é o processo em ACCR, corroborando com o método de coleta de dados utilizado nessa pesquisa.

O reconhecimento denota-se como parte integrante da constituição do sujeito. Um dos enfoques da justiça é a garantia dos direitos individuais, “ao garantir direitos, um quadro jurídico justo protege os indivíduos dessas formas de desrespeito” (HONNETH; ANDERSON, 2011).

Logo, a justiça é entendida como:

(...)as condições que garantem igualmente a autonomia pessoal de todos os membros da sociedade e que os protegem igualmente em sua vulnerabilidade intersubjetiva, o principal foco da aplicação dos princípios de justiça passa a ser a estrutura e a qualidade de relações sociais de reconhecimento (HONNETH; ANDERSON, 2011).

De acordo com Honneth, “a vontade humana é ‘autonomia’ quando é capaz de formar um juízo moral que se caracteriza por se orientar por princípios racionais e, em consequência, por distanciar-se das inclinações” (HONNETH, 2009, p.279). Ou seja, o autor afirma que as pessoas podem por solidariedade e amor, compreender racionalmente as efetivas necessidades, deixando de lado sua vontade para garantir moralmente o que for correto, garantindo o direito, o que repercute em reconhecimento do outro como sujeito de direitos, ou seja, ser autônomo.

Categoria IV: Contribuições versus Conflitos

A utilização de protocolos nas intuições de saúde, baseados nas premissas da PNH, são fundamentais para uma prática padronizada e eficaz em ACCR e contribui para tornar esse dispositivo justo, por valorizar a equidade e que evita que os atendimentos sejam realizados por ordem de chegada, sem considerar a gravidade de cada caso.

“Olha, eu acho que a gente segue bastante a classificação mesmo, né. A gente não foge não. Até porque como o azul, se ele reclamar ele tem direito, a gente classifica em azul, respeita a classificação e classifica em azul, e ele fica esperando”. (E1)

“A gente procura seguir o protocolo, e o protocolo é justo sim.” (E1)

Nesta categoria, os relatos comprovam que os enfermeiros têm como base para suas CR o protocolo institucional, o que garante que suas classificações não sejam realizadas de forma aleatória. Vale ressaltar que os protocolos são instrumentos de apoio para o exercício do ACCR, esta atividade deve levar em consideração as peculiaridades de cada usuário e suas condições biopsicossociais, o que exige uma visão holística dos profissionais e diálogo permanente da equipe multidisciplinar e usuários, o que foi constantemente trabalhado, durante as entrevistas dialogadas, pela pesquisadora. Além disso, devem ser pactuadas as redes de referência e contrarreferência para que se possa garantir a continuidade da assistência.

Dados, provenientes das entrevistas mostram que um dos conflitos enfrentados por esses enfermeiros é a responsabilidade de orientar os usuários que são classificados como azuis, isto é, de baixo risco, sobre o fato de que devem ser atendidos nas unidades básicas de saúde, conforme pode ser observado nos seguintes relatos:

“(...) Tem usuário que não é uma demanda de emergência, e a gente acaba colocando ele, e ele ocupando o lugar de um paciente de emergência, e isso é ruim. Mas eu não culpo o

usuário, porque a rede básica de saúde não está funcionando, e ele acaba achando que ele tem que ter atendimento aqui. E isso acaba atrapalhando um pouco.” (E1)

“(…) porque quando a gente classifica um paciente azul, é atenção básica, a gente tem que redirecionar ele para outra unidade. E a gente manda ele para outra unidade sem saber se ele vai ser atendido nesse exato momento (…).” (E4)

Esses relatos mostram que o mau funcionamento da rede básica de saúde sobrecarrega as unidades de emergência, bem como, dificulta a continuidade dos cuidados de saúde, visto que, ao redirecionar para uma UBS, não há garantia de atendimento. Fato este que também pôde ser comprovado na observação participante, em que os usuários, ao serem orientados de que seu caso era de classificação azul, e que deveriam ser atendidos na clínica da família, informavam que naquelas unidades não conseguiam atendimento, por não haver médico ou pelo tempo prolongado para se conseguir uma consulta médica ou de Enfermagem, e que, por isso, buscaram atendimento na emergência. Deste modo, por vezes, as emergências tornam-se unidades de referência para esses usuários em busca de cuidados de saúde, mesmo para os casos de baixa complexidade. Esse fato implica diretamente nas altas demandas nas emergências e na dificuldade do aceite do usuário de ser redirecionado. Vale uma reflexão sobre o momento atual da saúde, que se encontra em estado de precariedade e o enfermeiro fica em jogo de tensões no processo de ACCR, que tem demandas de ordem sociais, culturais e atendimentos de emergência.

Um estudo realizado em uma unidade de pronto atendimento pública, em Mato Grosso do Sul, evidenciou que o motivo da busca dos usuários de baixa complexidade a esse serviço foi a demora para conseguir atendimento e a falta de médicos nas unidades básicas de saúde (CAZOLA; MAURER; PÍCOLI, 2016), o que corrobora com os achados dessa pesquisa.

A Portaria 2048/2002 dispõe que após a classificação de risco os usuários devem ser encaminhados ao atendimento médico e, caso seja necessário, devem ser redirecionados por esse profissional as suas unidades básicas de saúde, desse modo garantindo a continuidade da assistência, sendo vedada a sua dispensa antes da avaliação médica (COREN, 2015).

A Resolução 2079/2014 do Conselho Federal de Medicina confirma essa conduta, pois determina que o tempo de espera para ser classificado deve tender a zero, e deve ser realizada por médicos ou enfermeiros. Porém, quando realizado por enfermeiros, este usuário não pode ser liberado sem passar por uma consulta médica (CFM, 2014).

Não há uma “porta de entrada” específica nos serviços de saúde, os usuários precisam ter suas necessidades atendidas independente da unidade assistencial buscada. Além disso, devem ser acolhidos de forma resolutiva e justa, atendendo os princípios éticos do cuidado. No cenário estudado há situações que ferem a ética dos atendimentos, de modo que surgem conflitos de interesse em que são concedidos privilégios a uns em detrimento dos outros.

“(...) Porque às vezes você está ali passando mal, está no verde, aí entra uma pessoa ali menos e está no vermelho, certo? Não sei se é PARENTESCO, sei lá, aí passa na frente. Eu já vi isso acontecer. A pessoa está mal, está verde, aí depois chega parentesco e bota vermelho, aí vai na frente. Isso aí eu acho injusto! Tem pessoas que chegam a ter revolta e começam a quebrar. Não adianta nada quebrar, é um benefício de todos isso aí.” (U11)

“Só sei que uma vez eu vim, eu já tinha passado com a minha filha pelo atendimento, aí a classificação dela não era de risco. Aí ela começou a passar mal, depois de ter passado por ali [CR], e ela passou na frente de todo mundo. A moça da recepção que mandou. Eu não fiz nada, ela que pegou a ficha dela e falou: “pode entrar”. Ela foi e mudou a classificação.” (U24)

“[A CR] Já foi desrespeitada tanto pelo usuário quanto pelos profissionais médicos que atendem. Com o profissional médico: às vezes um conhecido que foi passado na frente dos demais, de uma classificação prioritária. E pelo usuário que está insatisfeito com a classificação que foi dada e quer passar na frente de todo mundo.” (E2)

Conforme os dados provenientes das entrevistas, podemos notar que ocorrem “reclassificações indevidas”, visto que há priorizações nos atendimentos de alguns usuários realizadas por profissionais que não pertencem à área de saúde. Além disso, ainda existem casos em que essa priorização é fruto de conhecimento ou parentesco com profissionais que atuam nesta unidade. O ACCR é contributivo na medida em que congrega a avaliação e a constante revisão das práticas, de atenção e gestão, implementadas nas instituições de saúde. Os fatores de produção de saúde estão interligados a ações coletivas e cooperativas entre os sujeitos, de modo que são construídos de forma relacional, o que exige interatividade e diálogo permanente. Por meio deste diálogo, surgem questionamentos que contribuem para as práticas de corresponsabilidade e autonomia entre usuários e profissionais (BRASIL, 2009).

Essas intervenções geram sentimento de injustiça nos usuários, que se veem prejudicados, estendendo-se aos enfermeiros, que têm a sua CR desrespeitada. Essas atitudes vão de encontro com o que preconiza o dispositivo ACCR, que visa o atendimento conforme o grau de agravo à saúde e não mais o impessoal. No que se refere à prioridade de atendimento, “o sistema jurídico precisa ser entendido de agora em diante como expressão

dos interesses universalizáveis, de sorte que não admita mais, segundo sua pretensão, exceções e privilégios” (HONNETH, 2009, p.181). Ou seja, as pessoas devem ser tratadas como iguais sem exceção, sendo suas necessidades diferentes e, assim, exigindo um atendimento com equidade.

O foco da natureza moral da busca por reconhecimento seria uma busca pelo direito de ser reconhecido em sua excentricidade, identidade e vivência. A ideia de respeito é primordial para o reconhecimento recíproco, e a existência de conflitos ratifica tal fato. Entretanto o exercício da moral também é observado nas instituições, de modo que os direitos estarão em conformidade com valores hierarquizados, o que culminará em privilégios a uns que serão negados a outros. Segundo Honneth (2009), essa dimensão institucional dos valores sugere uma discrepância que inviabiliza as possibilidades de autorrespeito de cada um, sendo compreendida pelo filósofo como um problema de justiça.

Honneth e Anderson (2011) afirmam que autonomia e respeito são concomitantes. No interior da esfera do direito os confrontos práticos geram conflitos à medida que há a experiência do reconhecimento desrespeitada, “visto que possuir direitos individuais significa poder colocar pretensões aceitas, eles dotam o sujeito individual com a possibilidade de uma atividade legítima, com base na qual ele pode constatar que goza do respeito de todos os demais”, as relações jurídicas não admitem privilégios e gradações (HONNETH, 2009, p. 197).

A estratégia de pesquisa oportunizou a escuta desses usuários e esclareceu suas dúvidas, promovendo reflexão conjunta entre usuários e enfermeira-pesquisadora, da mesma forma que possibilitou um momento de reflexão com os enfermeiros sobre a sua prática, o que convergiu para a transformação daquela realidade, contribuindo para que cada um dos participantes fortalecessem sua estima social e participação social.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados, pudemos observar que foi possível interferir naquele cenário em que havia diferentes concepções de justiça e pactuar com a concepção de justiça em ACCR, proposta pelo Ministério da Saúde, a partir da atitude dialogal com usuários. Para os enfermeiros, justiça estava diretamente relacionada ao coletivo, em que uns teriam prioridade ao atendimento por situações de agravos à saúde, enquanto que aos usuários, a justiça era tida como a urgência no seu atendimento, no tempo de espera, referindo uma visão individualista na sua concepção de justiça.

Com a aplicação do pré-teste e pós-teste, com os enfermeiros participantes da pesquisa, foi possível verificar a contribuição deste estudo que trouxe novos pensamentos, atitudes e ações dos profissionais, de modo a exercer uma escuta ativa e valorizar os saberes dos usuários, não o enxergando apenas em suas fragilidades. Assim, foi possível elucidar que, por vezes, os enfermeiros agiam de modo que suas condutas incidiam no sentido da heteronomia. Esses profissionais, e toda a equipe multidisciplinar, devem oferecer maior autonomia ao usuário e, com isso, resgatar o seu reconhecimento como sujeito de direito, repercutindo em concepção de justiça em ACCR. Minha atuação, nessa pesquisa, levou os enfermeiros a fazerem uma reflexão que poderá repercutir na permanência de uma mudança de conduta no fazer do enfermeiro no cenário estudado.

Com os usuários, a realização de pré-teste e pós-teste deu-se no sentido de intervir naquela realidade com uma possibilidade de análise crítica, convergindo com a metodologia pesquisa-ação que exige intervenção. Dessa forma, contribuímos com esses usuários e eles com o sistema como multiplicadores daquele conhecimento. Os resultados mostraram uma mudança de compreensão sobre as concepções dos usuários acerca do ACCR. Durante a interação da pesquisadora/enfermeira do ACCR naquele hospital de emergência, houve a possibilidade de contribuir com o reconhecimento dos usuários a partir da escuta ativa e informações acerca do ACCR, o que pôde ser confirmado com as falas. Especialmente contribuiu para a concepção de justiça que requer relações de amor, direito e solidariedade, ou seja, de reciprocidade para que haja o reconhecimento, conforme Honneth e integralidade da assistência, conforme o Ministério da Saúde, sem os quais a concepção de justiça torna-se

inviável. Assim, foi possível trabalhar descontruindo a visão da justiça individualista, que não deve ser aplicada em ACCR, sofrendo interferência das esferas do amor, do direito e da solidariedade referidas, em que está imbricada a justiça coletiva.

Convergindo os resultados do pré-teste e pós-teste, tanto dos usuários como dos enfermeiros, houve uma contribuição da pesquisadora de relacionar as demandas dos usuários com as ofertas do serviço. Assim, a pesquisa possibilitou uma nova postura dos usuários, como um sujeito conhecedor dos seus direitos. Todavia, é difícil em apenas algumas intervenções conseguir dizer que houve transformações com os usuários, mas aqueles que foram sensibilizados, demonstraram maior compreensão e senso de justiça. Tanto enfermeiros quanto usuários puderam otimizar a comunicação e melhorar o entendimento da proposta deste setor. Visto que a maioria dos usuários pertence às áreas adstritas, essas informações serão multiplicadas nessas regiões, o que otimizará a compreensão sobre o ACCR dos usuários que, com maior frequência, utilizam esse serviço de emergência. A construção do *folder* explicativo servirá para que haja um diálogo contínuo com os usuários e uma pactuação quanto a CR efetuada ou sobre qualquer tipo de orientação.

No tocante às concepções dos enfermeiros e usuários, notamos que há déficit de ambas as partes. Alguns profissionais compreendem parcialmente o ACCR, não valorizando a importância da escuta e orientação. Quanto aos usuários, há um desconhecimento sobre o que é o ACCR e não há uma apresentação dialogal do mesmo para que possam identificar verdadeiramente as dúvidas dos usuários acerca do ACCR. Para tanto, convergindo com a proposta da PNH, preconiza-se que seja construído um espaço dialogal para que haja uma ampliação das concepções e melhore a comunicação entre usuários, enfermeiros e equipe multiprofissional atuante em ACCR.

A partir do momento em que haja subordinação, como vimos, a relação de justiça fica comprometida. Nesse sentido, torna-se primordial a compreensão desses usuários sobre o funcionamento desse dispositivo, haja vista que somente por meio do conhecimento e sensibilização sobre seu papel social o usuário poderá sentir-se contemplado, solidarizado, dentro deste modelo assistencial.

O ACCR requer acolher em um local de grande rotatividade, em que as pessoas estão aflitas, vulneráveis, em que devem ser consideradas questões de implicações humanas e

situações de vida. Com esta pesquisa, buscamos aprimorar essa forma de atendimento, em que se parte da perspectiva de um posicionamento ético, relacional, com a preocupação com a melhoria da qualidade do atendimento ao usuário e condições de trabalho para o profissional.

Uma escuta ativa faz com que os profissionais tenham outra compreensão sobre o usuário, bem como compreender o ACCR faz com que os usuários se sintam contemplados de forma justa por esse dispositivo. Nem sempre esclarecer algo é acolher, em determinados momentos atitudes como olhar nos olhos, chamar pelo nome, cumprimentar, reconhecendo suas concepções, respondendo suas dúvidas, sendo resolutivo, faz com que a pessoa se sinta acolhida, ou seja, faltam as questões humanas do sujeito e não as questões políticas. Junto com a competência técnica-científica essas questões éticas precisam ser consideradas, mesmo reconhecendo que as competências técnicas sejam questão ética, principalmente quando se fala em senso de justiça. O enfermeiro deve ser um aliado da comunidade, dos usuários, nesse processo, que é um trabalho educativo, dialógico e também cultural.

Este estudo buscou estabelecer condições para que o usuário seja mais ouvido e atuante como multiplicador de estratégias para que o ACCR funcione melhor, atendendo mais as demandas dos próprios usuários a partir de relações mais firmes de amor, solidariedade e direitos entre si, enfermeiros e toda a equipe multiprofissional. .

Esta investigação contribuiu com a proposta de estratégias dialogais, momentos de esclarecimentos sobre as questões de justiça e injustiça, minimizando esses problemas. Foi possível mostrar aos usuários o papel do enfermeiro em ACCR e uma oportunidade de aprimoramento junto à comunidade. Porém, este ato isolado não é suficiente para extinguir essas tensões e conflitos. Sugere-se a implantação de ações de educação em saúde em sala de espera com os usuários de forma contínua com a concomitante distribuição do *folder* explicativo de forma dialogal em consulta ou sala de espera, construído neste estudo para a realidade daquela comunidade, podendo ser adaptado a outros cenários, desde que ouvidos os usuários e profissionais, para transformar concepções de usuários e enfermeiros na busca de mudança para a justiça social na implementação da Classificação de Risco em emergência. Também se faz necessária a constante capacitação permanente da equipe multiprofissional.

Conforme os resultados foi possível comprovar que os usuários não compreendem os critérios de classificação de risco e priorização de atendimentos, o que gera os sentimentos de

subordinação e exclusão aos usuários. Um dos aspectos que marcam a concepção de injustiça é a carência de informações e a má comunicação entre usuários, equipe multiprofissional e instituição, assim, não há um conhecimento por parte dos usuários sobre o que é ou sobre como é realizado o ACCR. Também foram evidenciados casos de conflitos de interesse, que vão de encontro com a proposta deste dispositivo. Deste modo, a hipótese descritiva deste estudo foi acolhida.

Essa pesquisa buscou colaborar efetivamente com a construção de um ambiente mais justo, com uma ética que valorize a vida humana. Na Teoria de Honneth, a justiça emerge a partir do momento em que haja o reconhecimento da autonomia do outro e, para tanto, a abertura de espaços dialogais torna-se essencial para que o usuário seja contemplado como sujeito de direito.

REFERÊNCIAS

- ALBORNOZ, S.G. As esferas do reconhecimento: uma introdução a Axel Honneth. **Cad. Psicol. Soc. Trab**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 127-143, jun. 2011
- ARAÚJO, F.P. **Cidadania e cuidado à saúde e de enfermagem na ótica dos usuários hospitalizados**. 2012. 195 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
- BELLUCCI JUNIOR, J.A; MATSUDA, L.M. Implantação do Sistema de Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e OSU fazer Fluxograma Analisador. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 217-225, mar. 2012.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – **Resumo Executivo**. [s.d.a]. Disponível em: <http://www.bireme.br/bvs/P/pdoc.htm>. Acesso em 07 jul. 2015.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – **Terminologia em Saúde**. [s.d.b]. Disponível em: <http://modelo.bvsalud.org/vhl/metodologias-e-aplicativos/terminologia-em-saude>. Acesso em: 07 jun. 2015.
- BRASIL. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CAMACHO, N.R. Bioética y gerencia de la salud ocupacional. **Rev de Gestión, Salud y Trabajo - EstarBien**, Bogotá, v. 1, n. 7, p. 33-43, jan.-mar. 2014.

CAZOLA, L.H.O; MAURER, N.M.J.S; PÍCOLI, R.P. Service users classified as risk level 'blue' in an emergency department. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 01-07, jan.-mar. 2016.

CENCI, A.V. Autonomia, reconhecimento e educação. **Rev. Prax. Educ**, Ponta Grossa, v. 10, n. 1, p. 253-274, jan./jun. 2015.

COELHO, P.S; SILVA, R.N.S. Um estudo exploratório sobre as metodologias empregadas em pesquisas na área de contabilidade no EnANPAD. **Rev. Contemp. de Contabilidade**, Santa Catarina, v. 1, n. 8, p. 139-159, jul./dez. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 423 de 9 de abril 2012. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 abr. 2012. Seção 1, p. 195-196

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Parecer técnico nº 01, de 09 de março de 2016. **Câmara técnica urgência e emergência**. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

DESLANDES, S.I.F; MINAYO, M.C.S; LIMA, M.L.C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 6, p. 430-440, dez. 2008.

DEVECHI, C.P.V; TREVISAN, A.L. Sobre a proximidade do senso comum das pesquisas qualitativas em educação: positividade ou simples decadência? **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 43, p. 148-161, abr. 2010.

DRIESSNACK, M; SOUSA, V.D; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 684-688, ago. 2007.

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

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 134 p.

FRANCO, M.A.S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, dez. 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 18.ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1988. 184 p.

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T (Organizadoras). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009. 120 p.

GRITTEM, L; MEIER, M.J; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-770, dez. 2008.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **História da classificação de risco: no mundo e no Brasil**. Minas Gerais, 2007. Disponível

em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=108. Acesso em 5 maio 2015.

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

HAGUETTE, T.M. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. Trad: Luis Repa. 2.ed. São Paulo: Editora 34, 2009^a. 296 p.

HONNETH, A. A textura da justiça: sobre os limites do procedimentalismo contemporâneo. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 345-368, dez. 2009b.

HONNETH, A; ANDERSON, J. Autonomia, Vulnerabilidade, Reconhecimento e Justiça. **Cad. Filos. Alem.**, São Paulo, n. 17, p. 81-112, jun. 2011.

MANZINI, EJ. **A entrevista na pesquisa social**. v. 26/27. São Paulo: Didática. 1990/1991. 149-158 p.

NOVOA, P.C.R. O que muda na Ética em Pesquisa no Brasil: resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 1, mar. 2014.

OLIVEIRA, M.F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**. Catalão: UFG, 2011. 72 p.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Minas Gerais, [s.d]. Disponível em: http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf. Acesso em: 08 de nov 2016.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P; trad. GARCEZ, R.M. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011. 670 p.

QUEIROZ, D.T; VALL, J; SOUZA, A.M.A; VIEIRA, M.F.C. Observação participante na Pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-283. 2007.

REIS, A.G; SAUTHIER, M; SOARES, A.M.M. **O cuidado de enfermagem como ampliação das relações de reconhecimento: uma abordagem a partir da perspectiva de Axel Honneth**. In: SOARES, A.M.M (Org.). Outro ângulo: reflexões acerca do humano. 1.ed. Rio de Janeiro: Publit, 2015. p. 93-100.

SALVADORI, M. HONNETH, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. **Conjectura: filosofia e educação**, v. 16, n. 1, p. 189-192, jan./abr. 2011.

SOARES, A.M.M. **A lógica do método: uma breve exposição sobre as etapas do desenvolvimento do trabalho científico**. In: SOARES, A.M.M. et al. Conhecimento e sociedade II: reflexões transversais. Rio de Janeiro: Editora Real Engenho, 2012. p. 45-75.

SOARES, A.M.M. **Bioética e secularização: sobre a identidade conceitual dos paradigmas bioéticos contemporâneos**. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Real Engenho, 2011. 236 p.

SOBOTTKA, Emil A. Liberdade, reconhecimento e emancipação: raízes da teoria da justiça de Axel Honneth. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 15, n. 33, p. 142-168, ago. 2013.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18.ed. São Paulo: Cortez, 2008. 132 p.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, dez. 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Biblioteca Central do Centro de Ciências da Saúde. **Acesso gratuito a base CINAHL Plus with Full Text**. Rio de Janeiro [s.d.]. Disponível em: <http://www.bib.ccs.ufrj.br/?p=739>. Acesso em 07 jul. 2015.

ZAGANELLI, M.V; SOUZA, C.H.M; CABRAL, H.L.T.B; SANCHES, L.C. Eutanásia social: “morte miserável” e a judicialização da saúde. **Derecho y Cambio Social**, v. 1, p. 1-18, fev. 2016.

APÊNDICES

Apêndice A – Cronograma da pesquisa

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Curso de Mestrado em Enfermagem

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE)

Pesquisa: Acolhimento com Classificação de Risco em Emergência: relação de justiça com o usuário

Mestranda: Andrea Stella Barbosa Lacerda

Orientadora: Marta Sauthier

Cronograma de atividades

Ano Bim Atividade	2015					2016						2017
	Mar- Abr	Mai- Jun	Jul- Ago	Set- Out	Nov- Dez	Jan- Fev	Mar- Abr	Mai- Jun	Jul- Ago	Set- Out	Nov- Dez	Jan- Fev
Projeto	X	X	X									
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Suporte teórico	X	X	X	X	X	X	X	X				
Metodologia	X	X	X	X	X							
Defesa do projeto			X									
CEP – Aspectos éticos				X	X							

Coleta de dados						X	X	X				
Preparo e análise dos dados						X	X	X	X	X	X	X
Qualificação do projeto									X			
Considerações finais						X	X	X	X	X	X	X
Defesa Final												X

Cronograma de disseminação

Atividade \ Ano \ Bim	2015					2016						2017
	Mar- Abr	Mai- Jun	Jul- Ago	Set- Out	Nov- Dez	Jan- Fev	Mar- Abr	Mai- Jun	Jul- Ago	Set- Out	Nov- Dez	Jan- Fev
Participação em eventos de Enfermagem e multidisciplinares		X		X				X		X		
Artigo RIL			X	X	X							
Artigo qualificação Qualis A						X	X	X				
Artigo Qualis A									X	X	X	X

Apêndice B – Instrumento para o seminário com os usuários

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Curso de Mestrado em Enfermagem

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE)

Pesquisa: **Acolhimento com Classificação de Risco em emergência: relação de justiça com o usuário**

Mestranda: Andrea Stella Barbosa Lacerda

Orientadora: Marta Sauthier

ROTEIRO DE SEMINÁRIO COM OS USUÁRIOS (CONTEM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM OS USUÁRIOS E ROTEIRO PARA INFORMAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DO ACCR)

Dados sócio-demográficos (individuais)

Data: _____ Nº de identificação _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Escolaridade: _____ Renda Familiar (em salários mínimos) _____

Classificação: _____

- 1). Como vocês chegaram a esta instituição de saúde? Como vocês tomaram conhecimento deste hospital?
- 2). Quem recebeu vocês na unidade?
- 3). Vocês poderiam falar como foi o atendimento desde sua chegada até aqui? Explique
- 4). Qual a sua classificação? (Cor do encaminhamento)
- 5). Vocês compreendem essa classificação? Como é?
- 6). Vocês consideram justa sua classificação? Por quê?
- 7). Houve alguma troca de classificação (cor) nesse período? Por quê? Quem?
- 8). Vocês já presenciaram alguma injustiça quanto à classificação?
- 9). Como vocês avaliam o ACCR nesse setor? Justifique

(Explicação sobre o que é o ACCR e esclarecimento de dúvidas dos usuários conforme a demanda: O Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, do Ministério da Saúde, que visa acolher a

todos os usuários e classifica-los, priorizando os casos com maior potencial de risco de vida, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e não a ordem de chegada. Os critérios de avaliação são realizados conforme a situação/queixa/duração dos sinais e sintomas, um breve histórico, se ele faz uso de algum tipo de medicamento, a verificação dos sinais vitais, exame físico objetivo, verificação da glicemia (glicose) e o eletrocardiograma quando necessário. A Classificação de Risco é dividida em pelo menos 4 cores: vermelha, que são aqueles usuários que necessitam de atendimento imediato (ex.: Parada Cardiorrespiratória/batimentos do coração e respiração param, perfurações no abdômen, em crise convulsiva); amarela, que podem aguardar até 20 min pelo atendimento (ex.: Feridas corto-contusas/cortes, crise de bronquite/falta de ar, diabéticos descompensados/glicose muito alta - $>320\text{mg/dl}$, pico hipertensivo/pressão muito alta - $>180 \times 100\text{ mmHg}$); verde, que podem aguardar em média 60 min (ex.: vômitos e diarreia sem estar desidratado, dor abdominal moderada/dor na barriga, apresentando febre $< 38,5^\circ\text{C}$; e azul, que podem ser redirecionados para as Unidades Básicas de Saúde, ou serem atendimentos, conforme a ordem de chegada, após os usuários vermelhos, amarelos e verdes, por não serem casos de emergência (ex.: lombalgia crônica/dor nas costas de longa data, coriza, insônia/dificuldade para dormir, curativos).

- Após, questionar o que eles compreenderam.

Apêndice C – Instrumento de coleta de dados para enfermeiros

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Curso de Mestrado em Enfermagem

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE)

Pesquisa: **Acolhimento com Classificação de Risco em Emergência: relação de justiça com o usuário**

Mestranda: Andrea Stella Barbosa Lacerda

Orientadora: Marta Sauthier

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ENFERMEIROS

Data: _____ N° de identificação: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Tempo de formação: _____ Tempo de serviço no SPA deste hospital: _____

- 1). O Sr.(a) poderia dizer como acontece o ACCR realizado nesse setor? Procure contar todo o processo.
- 2). Na sua opinião, esse ACCR está adequado à proposta da Política Nacional de Humanização?
- 3). Esse ACCR tem sido justo? Atende aos direitos dos usuários?
- 4). O Sr.a encontra alguma dificuldade para atender os usuários? Dê exemplos.
- 5). Houve algum momento em que a reclassificação fosse necessária e realizada?
- 6). Em caso positivo, houve justiça nessa reclassificação? Por quê?
- 7). Já aconteceu alguma situação em que a classificação de risco foi desrespeitada? Em caso positivo, conte como ocorreu.

Apêndice D – Diário de campo

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Curso de Mestrado em Enfermagem

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE)

Pesquisa: **Acolhimento com Classificação de Risco em Emergência: relação de justiça com o usuário**

Mestranda: Andrea Stella Barbosa Lacerda

Orientadora: Marta Sauthier

Diário de campo

Data/horário/local	Atores envolvidos	Descrição pormenorizada do que observou (observar situações em que os usuários apresentem sentimento de injustiça com a CR: insatisfação com a espera do atendimento; desacordo com a CR recebida. Observar reclassificações indevidas; etc).

Apêndice E – Pré e pós-teste para enfermeiros

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Curso de Mestrado em Enfermagem

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE)

Pesquisa: Acolhimento com Classificação de Risco em Emergência: relação de justiça com o usuário

Mestranda: Andrea Stella Barbosa Lacerda

Orientadora: Marta Sauthier

Pré-teste (antes da entrevista):

B.M.O., 23 anos, chega ao setor de Acolhimento com Classificação de Risco, andando, aparentemente ansiosa, com queixa de dor abdominal. O enfermeiro que a atende questiona quando começou essa dor e sua intensidade, ao que ela informar ter iniciado hoje e ser de intensidade moderada. Sinais Vitais: PA: 110 x 70 mmHg, FR: 21 irpm, FC: 96 bpm, Tax: 36 °C. É classificada como verde pelo enfermeiro. A conduta desse profissional foi correta? Explique.

Resposta correta (será informada apenas após a entrevista para não influenciar nas respostas): O enfermeiro deveria questionar se a usuária já havia sentido essa dor antes, se faz uso de algum tipo de medicamento, se fez ingestão de algum alimento/bebida, ou qualquer outro tipo de substância, diferente, se possui alguma doença já diagnosticada. No caso acima a usuária fez ingestão de veneno de rato como tentativa de suicídio, devendo ser classificada como vermelho e encaminhada para a grande emergência. Porém essa informação não foi coletada pelo enfermeiro.

(Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004^a. Com modificações da pesquisadora).

(Após/durante a entrevista ocorrerão explanações de como melhorar a realização do ACCR, exemplos: abordar o usuário para além dos sinais e sintomas, importância da escuta ativa, tornar esse usuário um sujeito ativo do seu cuidado garantindo sua autonomia, etc.)

Pós-teste: responder novamente ao caso anterior para comprovar se houve alguma transformação na conduta, caso não esteja correta.

Apêndice F – Folder explicativo para usuários

Etapas da Classificação de Risco



1ª verificação de sinais vitais pelo técnico de Enfermagem

2ª classificação de risco: é realizada, pelo enfermeiro, conforme os sinais e sintomas que você estiver apresentando

3ª você será encaminhado para o atendimento médico de acordo com o seu nível de urgência

OS USUÁRIOS MAIS GRAVES SERÃO ATENDIDOS PRIMEIRO

Quem será atendido primeiro?



(X)

Queixa: sensação de
dor em aperto no peito.
PA: 180x100 mmHg,



()

Queixa: dor nas costas.
PA: 120x80 mmHg

Nem sempre é possível olhar e identificar a prioridade! Por isso todos os sinais e sintomas são avaliados pelo enfermeiro



Entenda as cores

- Vermelho (emergência): risco imediato de morte
- Laranja (muito urgente): risco imediato de perda de função de órgãos ou membros do corpo
- Amarelo (urgente): necessita de atendimento rápido, mas pode aguardar um pouco
- Verde (pouco urgente): baixo risco de agravo à saúde
- Azul (não urgente): sem risco de agravo à saúde

Elaborado pela: Enfª Andrea Stella Barbosa Lacerda. Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-graduada em Enfermagem em Terapia Intensiva.

Imagens extraídas de: <https://images.google.com/>

ANEXOS

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para profissionais

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Escola de Enfermagem Anna Nery
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Acolhimento com Classificação de Risco em emergência: relação de justiça com o usuário**, que tem como objetivos: descrever saberes e práticas de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em emergência com enfoque na concepção sobre justiça; analisar a relação de justiça na implementação da Classificação de Risco na emergência para o reconhecimento do usuário; discutir, com base na Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, a justiça na Classificação de Risco unidade de emergência; propor estratégia para transformar saberes e práticas de usuários e enfermeiros para que haja justiça na implementação da CR em emergência. A pesquisa terá duração de 24 meses, com o término previsto para dezembro de 2016.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semiestruturada, e gravadas por aparelho eletrônico para o registro dos dados importantes, que será arquivada e incinerada após 5 anos. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo. Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de desconforto em responder as questões, algum constrangimento, ou emoção em recordar de casos que tenham marcado suas vidas. Nesses casos, o participante poderá declinar da entrevista, ou temporariamente abdicar de responder e retornar quando lhe for conveniente, sem consequências. O(A) responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa será o de aumentar o conhecimento científico para a área de Enfermagem, bem como, promover reflexões e transformações nos saberes e práticas do cenário efetivamente a partir de intervenções como explicações e ações educativas, em que ambos apreendem a realidade e aprendem uns com os outros.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Você receberá uma via deste Termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Mestranda da EEAN/UFRJ: Andrea Stella Barbosa Lacerda, (021) 975040706 – andreasblacerda@gmail.com

Professora Doutora pertencente ao DEF/EEAN/UFRJ: Marta Sauthier - martasauthier@hotmail.com.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____ .

Nome legível do(a) participante: _____

Assinatura do(a) Participante: _____

Rubrica do Pesquisador: _____

Rubrica do Participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899. E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com.
Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro - Cep - 20031-040. Telefone: 2215-1485. E- mail: cepsms@rio.rj.gov.br/cepsmsrj@yahoo.com.br

Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para usuários



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO Escola de Enfermagem Anna Nery TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Acolhimento com Classificação de Risco em emergência: relação de justiça com o usuário**. Com duração de 24 meses, com o término previsto para dezembro de 2016.

OBJETIVO DO ESTUDO: descrever saberes e práticas de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em emergência com enfoque na concepção sobre justiça; analisar a relação de justiça na implementação da Classificação de Risco na emergência para o reconhecimento do usuário; discutir, com base na Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, a justiça na Classificação de Risco unidade de emergência; propor estratégia para transformar saberes e práticas de usuários e enfermeiros para que haja justiça na implementação da CR em emergência.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: sua participação não é obrigatória e consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semiestruturada, e gravadas por aparelho eletrônico para o registro dos dados importantes. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo. Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

RISCOS: os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de desconforto em responder as questões, algum constrangimento, ou emoção em recordar de casos que tenham marcado suas vidas. Nesses casos, o participante poderá declinar da entrevista, ou temporariamente abdicar de responder e retornar quando lhe for conveniente, sem consequências. O(A) responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa.

BENEFÍCIOS: os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa será o de aumentar o conhecimento científico para a área de Enfermagem, bem como, promover reflexões e transformações nos saberes e práticas do cenário efetivamente a partir de intervenções como explicações e ações educativas, em que ambos apreendem a realidade e aprendem uns com os outros.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS: os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período. Você receberá uma via deste Termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Mestranda da EEAN/UFRJ: Andrea Stella Barbosa Lacerda, (021) 975040706 – andreasblacerda@gmail.com

Professora Doutora pertencente ao DEF/EEAN/UFRJ: Marta Sauthier - martasauthier@hotmail.com.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____ .

Nome legível do(a) participante: _____

Assinatura do(a) Participante: _____

Rubrica do Pesquisador: _____

Rubrica do Participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899. E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com.
Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro - Cep - 20031-040. Telefone: 2215-1485. E- mail: cepsms@rio.rj.gov.br/cepsmsrj@yahoo.com.br

Anexo C – Carta de anuência para autorização de pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY



CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA**: relação de justiça com o usuário, pela pesquisadora Andrea Stella Barbosa Lacerda, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Marta Sauthier, com os seguintes objetivos: Descrever saberes e práticas de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em emergência com enfoque na concepção sobre justiça; analisar a relação de justiça na implementação da Classificação de Risco na emergência para o reconhecimento do usuário; discutir, com base na Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, a justiça com o usuário na Classificação de Risco em unidade de emergência; propor estratégia para transformar saberes e práticas de usuários e enfermeiros para que haja justiça na implementação da Classificação de Risco em emergência.

Será necessário o acesso aos usuários e aos enfermeiros do setor de Acolhimento com Classificação de Risco do Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (HMFST) para coleta de dados. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 08 de setembro de 2015.

Andrea Stella Barbosa Lacerda

Andrea Stella Barbosa Lacerda
Pesquisadora Responsável pelo Projeto

☒ Concordamos com a solicitação

☐ Não concordamos com a solicitação

Dr. Alexandre Chaia
SMS-H.M. Francisco da Silva Telles
Diretor Geral
CR016.597 matrícula 11.225.068-8

Alexandre Chaia
Dr. Alexandre Chaia
Diretor Geral do HMFST

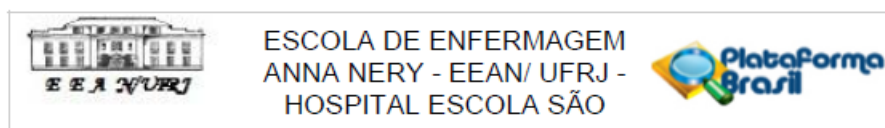
Marise Lago Medeiros
Diretora de Enfermagem do HMFST
Matr. 11.225.068-8

Enf. Marise Lago Medeiros
Diretora de Enfermagem do HMFST



Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova - Rio de Janeiro - RJ - 20211-110
Telefax: (021) 293-8098 293-8999 293-0528 293-8148 293-8048 293-8899
C.G.C.: 33.663.683/0002-05

Anexo D – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa proponente



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA: relação de justiça com o usuário

Pesquisador: Andrea Stella Barbosa Lacerda

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49038515.9.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.359.667

Apresentação do Projeto:

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) vem sendo difundido por meio de publicações e de sua tentativa de implementação em várias unidades de emergência no Rio de Janeiro e no Brasil, tendo como base o termo polissêmico "Humanização", que tem em seu significado o reconhecimento do outro como sujeito de direitos e responsabilidades. Assim, presume a realização de uma assistência ética e resolutiva, na medida em que os usuários são atendidos conforme o seu potencial de risco, de acordo com seu estado clínico. No processo de Classificação de Risco (CR) é importante uma comunicação eficiente entre profissionais e usuários, para que possam expor suas queixas e dúvidas sobre seu quadro clínico e classificação, pois a inserção em uma determinada categoria nem sempre implica em uma efetiva compreensão da ação. É notório que após serem classificados, alguns pacientes ficam apreensivos e muito preocupados ao receberem uma classificação amarela, por exemplo, pois haviam procurado o hospital de emergência por algo simples, na sua ótica, e fora detectado algo de maior relevância no momento, e essa ansiedade pode ocasionar malefícios como elevação de pressão arterial e piora do seu estado geral. Por outro lado, casos de menor gravidade são incompreendidos pelo usuário que exige atendimento imediato e mudança de classificação, o que nos remete a dificuldade de compreensão sobre o funcionamento e o que é o ACCR, bem como por motivos pessoais e falta de

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2293-8148 **E-mail:** cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.359.667

comunicação eficiente entre usuários e profissionais, conforme observação empírica. Diante dessa realidade, os usuários se sentem injustiçados quando recebem a classificação de risco que não represente atendimento imediato no setor de emergência em estudo, não entendendo os critérios de classificação de risco para maior ou menor gravidade. Por outro lado, quando o enfermeiro realiza uma reclassificação, nem sempre fica explícito o quadro clínico do paciente, ou seja, nem sempre o agravo da situação clínica do paciente é evidente aos olhos dos usuários, o que repercute também em sensação de injustiça. O problema deste estudo é, portanto, a sensação de injustiça por usuários e enfermeiros do setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro acerca da classificação e reclassificação de risco no ACCR proposto na Política Nacional de Humanização (PNH). Trata-se de um estudo de abordagem descritiva e exploratória, cujo cenário será o Hospital Municipal Francisco da Silva Telles da SMS/RJ. Os participantes serão enfermeiros (n=6) e usuários oriundos do ACCR (n=44), a partir de 21 anos, de ambos os sexos, alfabetizados e que aceitem participar voluntariamente. Os instrumentos serão: roteiros de seminário, entrevista semi-estruturada e diário de campo utilizado na observação participante, em que serão anotadas situações que contribuirão para análise dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

- Descrever saberes e práticas de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em emergência com enfoque na concepção sobre justiça;
- analisar a relação de justiça na implementação da Classificação de Risco na emergência para o reconhecimento do usuário;
- discutir, com base na Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, a justiça com o usuário na Classificação de Risco unidade de emergência;
- propor estratégia para transformar saberes e práticas de usuários e enfermeiros para que haja justiça na implementação da Classificação de Risco em emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos serão mínimos, como o desconforto em responder as questões, algum constrangimento, ou emoção em recordar de casos que tenham marcado suas vidas. Nesses casos, o participante poderá declinar da entrevista, ou temporariamente abdicar de responder e retornar quando lhe for conveniente, sem consequências.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeenhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.359.667

Benefícios:

Aumentar o conhecimento científico para a área de Enfermagem, bem como, promover reflexões e transformações nos saberes e práticas do cenário efetivamente a partir de intervenções como explicações e ações educativas, em que ambos apreendem a realidade e aprendem uns com os outros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta é de suma importância para uma melhor compreensão dos saberes e práticas do profissional de enfermagem e do paciente acerca do modelo de Acolhimento com Classificação de Risco, sob a ótica crítica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termos de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: adequado

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está de acordo com a Resolução 466/2012 e, portanto, apto a ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 29 de setembro de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeenhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.359.667

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_641481_E1.pdf	10/12/2015 00:55:07		Aceito
Cronograma	Cronograma_da_pesquisa_2.pdf	10/12/2015 00:46:34	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_2.pdf	10/12/2015 00:45:20	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios_2.pdf	10/12/2015 00:44:05	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_3.pdf	10/12/2015 00:41:37	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Instrumento_para_o_seminario_com_os_usuarios.pdf	09/09/2015 23:00:50	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Declaracao_da_Instituicao_coparticipant_e.pdf	09/09/2015 22:56:54	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_para_autorizacao_da_pesquisa.pdf	09/09/2015 22:55:26	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados_para_enfermeiros.pdf	09/09/2015 22:50:08	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Diario_de_campo.pdf	09/09/2015 22:49:06	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_da_orientadora_cep_sms.pdf	09/09/2015 22:47:43	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_da_orientadora_cep_eean.pdf	09/09/2015 22:46:03	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Orçamento	Orcamento_financeiro_da_pesquisa.pdf	09/09/2015 22:44:26	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	09/09/2015 22:29:06	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

UF: RJ

Telefone: (21)2293-8148

CEP: 20.211-110

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cepeeanhsefa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.359.667

RIO DE JANEIRO, 10 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeenhesfa@gmail.com

Anexo E – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa coparticipante

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA: relação de justiça com o usuário

Pesquisador: Andrea Stella Barbosa Lacerda

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49038515.9.3001.5279

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.339.284

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa para obtenção do título de mestre em enfermagem da EEAN da UFRJ. O projeto foi aprovado pela proponente pelo Parecer Consubstanciado 126583 de 19/10/15 com o qual concordamos em sua análise.

"O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) vem sendo difundido por meio de publicações e de sua tentativa de implementação em várias unidades de emergência no Rio de Janeiro e no Brasil, tendo como base o termo polissêmico "Humanização", que tem em seu significado o reconhecimento do outro como sujeito de direitos e responsabilidades. Assim, presume a realização de uma assistência ética e resolutiva, à medida em que os usuários são atendidos conforme o seu potencial de risco, de acordo com seu estado clínico. No processo de Classificação de Risco (CR) é importante uma comunicação eficiente entre profissionais e usuários, para que possam expor suas queixas e dúvidas sobre seu quadro clínico e classificação, pois a inserção em uma determinada categoria nem sempre implica em uma efetiva compreensão da ação. É notório que após serem classificados, alguns pacientes ficam apreensivos e muito preocupados ao receberem uma classificação amarela, por exemplo, pois haviam procurado o hospital de emergência por algo simples, na sua ótica, e fora detectado algo de maior relevância no momento,

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.339.284

e essa ansiedade pode ocasionar malefícios como elevação de pressão arterial e piora do seu estado geral. Por outro lado, casos de menor gravidade são incompreendidos pelo usuário que exige atendimento imediato e

mudança de classificação, o que nos remete a dificuldade de compreensão sobre o funcionamento e o que é o ACCR, bem como por motivos pessoais e falta de comunicação eficiente entre usuários e profissionais, conforme observação empírica. Diante dessa

realidade, os usuários se sentem injustiçados quando recebem a classificação de risco que não represente atendimento imediato no setor de emergência em estudo, não entendendo os critérios de classificação de risco para maior ou menor gravidade. Por outro lado, quando o enfermeiro realiza uma reclassificação, nem sempre fica explícito o quadro clínico do paciente, ou seja, nem sempre o agravamento da situação clínica do paciente é evidente aos olhos dos usuários, o que repercute também em sensação de injustiça. O problema deste estudo é, portanto, a sensação de injustiça por usuários e enfermeiros do setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro acerca da classificação e reclassificação de risco no ACCR proposto na Política Nacional de Humanização (PNH). Trata-se de um estudo de abordagem descritiva e exploratória, cujo cenário será o Hospital Municipal Francisco da Silva Telles da SMS/RJ. Os participantes serão enfermeiros (n=6) e usuários oriundos do ACCR (n=44), a partir de 21 anos, de ambos os sexos, alfabetizados e que aceitem participar voluntariamente. Os instrumentos serão: roteiros de seminário, entrevista semi-estruturada e diário de campo utilizado na observação participante, em que serão anotadas situações que contribuirão para análise dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

- Descrever saberes e práticas de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em emergência com enfoque na concepção sobre justiça;
- Analisar a relação de justiça na implementação da Classificação de Risco na emergência para o reconhecimento do usuário;
- Discutir, com base na Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, a justiça com o usuário na Classificação de Risco unidade de emergência;
- Propor estratégia para transformar saberes e práticas de usuários e enfermeiros para que haja justiça na implementação da Classificação de Risco em emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Os riscos serão mínimos, como o desconforto em responder as questões, algum constrangimento, ou emoção em recordar de casos que tenham marcado suas vidas. Nesses casos,

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.339.284

o participante poderá declinar da entrevista, ou temporariamente abdicar de responder e retomar quando lhe for conveniente, sem consequências.

Benefícios:

- Aumentar o conhecimento científico para a área de Enfermagem, bem como, promover reflexões e transformações nos saberes e práticas do cenário efetivamente a partir de intervenções como explicações e ações educativas, em que ambos apreendem a realidade e aprendem uns com os outros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Referencial teórico adequado. A metodologia proposta é adequada ao projeto apresentado. As questões éticas foram adequadamente previstas e os benefícios descritos.

O projeto está adequado para o nível de formação pretendido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os documentos obrigatórios.

Há duas pendências para as quais peço que o CEP aprove como recomendação e não impeçamos que a pesquisadora inicie seu trabalho. Um deles é quanto ao cronograma que deve ser atualizado a partir da aprovação do CEP. A outra é a necessária inclusão do CEP da SMS/Rio no TCLE. Se já tiver sido assinado por alguma participante a pesquisadora deverá entrar em contato e informar o endereço e contatos do CEP da SMS/Rio.

Recomendações:

Há duas pendências para as quais peço que o CEP aprove como recomendação e não impeçamos que a pesquisadora inicie seu trabalho. Um deles é quanto ao cronograma que deve ser atualizado a partir da aprovação do CEP.

A outra é a necessária inclusão do CEP da SMS Rio no TCLE. Se já tiver sido assinado por alguma participante a pesquisadora deverá entrar em contato e informar o endereço e contatos do CEP da SMS/Rio. Ressalte-se a qualidade técnica dos instrumentos de consentimento livre e esclarecido que nos faz recomendar e não colocar como pendência a sua aceitação.

A pesquisadora deverá comprovar as adequações com inclusão de documentação na plataforma

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: oepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.339.284

Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Já listadas como recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_576851.pdf	14/10/2015 22:18:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto2.pdf	14/10/2015 22:14:45	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	09/09/2015		Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ**



Continuação do Parecer: 1.339.284

Básicas do Projeto	ETO_576851.pdf	23:56:10		Aceito
Outros	Instrumento_para_o_seminario_com_os_usuarios.pdf	09/09/2015 23:00:50	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Declaracao_da_Instituicao_coparticipant_e.pdf	09/09/2015 22:56:54	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_para_autorizacao_da_pesquisa.pdf	09/09/2015 22:55:26	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados_para_enfermeiros.pdf	09/09/2015 22:50:08	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Diario_de_campo.pdf	09/09/2015 22:49:06	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/09/2015 22:48:19	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_da_orientadora_cep_sms.pdf	09/09/2015 22:47:43	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_da_orientadora_cep_eean.pdf	09/09/2015 22:46:03	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Orçamento	Orcamento_financeiro_da_pesquisa.pdf	09/09/2015 22:44:26	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_usuarios.pdf	09/09/2015 22:43:37	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_para_profissionais.pdf	09/09/2015 22:39:54	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Cronograma	Cronograma_da_pesquisa.pdf	09/09/2015 22:33:28	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	09/09/2015 22:29:06	Andrea Stella Barbosa Lacerda	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Novembro de 2015

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: oepsms@rio.rj.gov.br