UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAROLINE SILVA MORELATO COLONI

Acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea: as necessidades de aprendizagem de enfermeiros da atenção primária à saúde

RIBEIRÃO PRETO

2018

CAROLINE SILVA MORELATO COLONI

Acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea: as necessidades de aprendizagem de enfermeiros da atenção primária à saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Educação, Tecnologia Educacional, Formação em docência, Saúde e Enfermagem.

Orientador: Rosangela Andrade Aukar de Camargo

RIBEIRÃO PRETO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

Ficha Catalográfica

Coloni, Caroline Silva Morelato
Acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea: as necessidades de aprendizagem de enfermeiros da atenção primária à saúde. Ribeirão Preto, 2018.
105 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
Orientador: Rosangela Andrade Aukar de Camargo

1. Aprendizagem. 2. Acolhimento. 3.Atenção Primaria à Saúde. 4.Humanização da Assintência. 5.Educação em Enfermagem.

COLONI, Caroline Silva Morelato

Acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea: as necessidades de aprendizagem de enfermeiros da atenção primária à saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

DEDICATÓRIA

A Deus,

Por estar sempre ao meu lado nessa longa caminhada, concebendo-me força, sabedoria e discernimento para que eu nunca desista.

A minha família, José Roberto, Mariana e João Ricardo,

Agradeço toda minha família por serem meu suporte e meus exemplos de vida!

Agradecimento especial para minha mãe Mariana, por ter sido a maior incentivadora da minha carreira. Sem seus conselhos e apoio nada disso seria possível.

Amo muito vocês!

Ao meu filho João Pedro

Minha inspiração, meu pequeno companheiro e motivo pelo qual batalho todos os dias, sem você eu não seria a pessoa que me tornei.

Mamãe te ama imensamente!

Ao meu namorado André Torres

Pelo companheirismo, amizade e amor incondicional. Obrigada por estar comigo em todos os momentos da minha vida e por ser um grande incentivador. Essa sem dúvida será mais uma conquista para nossa história.

Te amo meu amor!

AGRADECIMENTOS

*À minha grande orientadora, **Profa. Dra. Rosangela Andrade Aukar de Camargo,** muito obrigada por ter tido paciência de ensinar-me e ressignificar cada momento de aprendizagem. Se atualmente sou pesquisadora, professora e enfermeira, devo aos cinco anos de parceria ao seu lado, também pela sua competência profissional e por ser uma admirável docente.*

*A toda equipe do **Núcleo de Educação Permanente e Humanização** do Departamento Regional de Saúde XIII, por terem cedido esse espaço para o desenvolvimento dessa pesquisa, sem isso nada seria possível.*

*À minha grande amiga **Gabriela Bragagnollo,** por ser uma grande parceira nessa caminhada, pelos seus grandes conselhos e momentos compartilhados. Obrigada por ser essa pessoa especial e amiga!*

*Aos **amigos** que indiretamente e diretamente estiveram comigo nessa jornada. Meu muito obrigada!*

*Ao **CNPq/Projeto Universal 2017**, por ter financiado essa pesquisa!*

"Ninguém nasce feito: é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos"

(Paulo Freire)

RESUMO

COLONI, C. S. M. **Acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea: as necessidades de aprendizagem de enfermeiros da atenção primária à saúde**. 2018. 105f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Objetivo: identificar as necessidades de aprendizagem sobre o acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde. Método: estudo descritivo com abordagem qualitativa; coleta de dados realizada entre junho a agosto de 2017, com 15 enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e que participam de Núcleo de Educação Permanente e Humanização no interior do Estado de São Paulo. Resultados: os resultados foram organizados em categorias resultantes da análise de conteúdo, que são as seguintes: Entre a demanda de implantação do protocolo e a ausência de conhecimento teórico e prático; As incompreensões sobre a inserção do ACCR na Atenção Primaria à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde; Entre a agenda do ACCR e os encaminhamentos: o que fazer?; Da obstinação ao modelo curativista às possibilidades do ACCR da demanda espontânea no SUS; A (in)compreensão das necessidades de saúde dos usuários e os possíveis preconceitos da equipe; e A necessidade da Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento do ACCR. Assim, 80% nunca utilizaram o protocolo de Manchester; entre as necessidades de aprendizagem estão o conhecimento teórico-prático da clínica, em como articular as ações programáticas e as vulnerabilidades sociais com o atendimento da demanda espontânea, e como superar o modelo médico-centrado. Conclusão: o reconhecimento das limitações para implementação do protocolo, requer a sistematização de processo de educação permanente em saúde para problematizar a realidade da unidade de saúde e proporcionar a capacitação aos enfermeiros que são os responsáveis legais pelo protocolo de Manchester.

Descritores: Aprendizagem. Acolhimento. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

COLONI, C. S. M. **Host classification of the spontaneous demand risk: the learning needs of nurses from primary health care**. 2018. 105f. Dissertation (Master degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Objective: to identify learning needs about the host with spontaneous demand risk classification in Primary Health Care. Method: descriptive study with a qualitative approach; data collection between June and August of 2017, with 15 primary health care nurses participating in the Permanent Education and Humanization Center in the interior of the State of São Paulo. Results: the results were organized into categories resulting from content analysis, which are as follows: Between the demand for implementation of the protocol and the lack of theoretical and practical knowledge; The misunderstandings about the insertion of the ACCR in the Primary Attention to Health in the Networks of Attention to Health; Between the ACCR agenda and referrals: what to do ?; From the obstinacy of the curative model to the possibilities of the CCR of spontaneous demand in the SUS; The (in) understanding of the health needs of users and the possible prejudices of the team; and The need for continuing education in health to strengthen the CRA. Thus, 80% never used the Manchester protocol; among the learning needs are the theoretical-practical knowledge of the clinic, how to articulate programmatic actions and social vulnerabilities with the attendance of spontaneous demand, and how to overcome the medico-centered model. Conclusion: the recognition of the limitations for the implementation of the protocol requires the systematization of a permanent health education process to problematize the reality of the health unit and provide training to nurses who are legally responsible for the Manchester protocol.

Keywords: Learning. Welcome. Primary Health Care.

RESUMEN

COLONI, C. S. M. **Acogida con clasificación de riesgo de la demanda espontáneo: las necesidades de aprendizaje de enfermeros de la atención primaria a la salud**. 2018. 105f. Disertación (Master) - Escuela de enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Objetivo: identificar las necesidades de aprendizaje sobre la acogida con clasificación de riesgo de la demanda espontánea en la Atención Primaria a la Salud. Método: estudio descriptivo con abordaje cualitativo; recolección de datos realizada entre junio a agosto de 2017, con 15 enfermeros de la Atención Primaria a la Salud y que participan de Núcleo de Educación Permanente y Humanización en el interior del Estado de São Paulo. Resultados: los resultados fueron organizados en categorías resultantes del análisis de contenido, que son las siguientes: Entre la demanda de implantación del protocolo y la ausencia de conocimiento teórico y práctico; Las incomprensiones sobre la inserción del ACCR en la Atención Primaria a la Salud en las Redes de Atención a la Salud; Entre la agenda del ACCR y los encaminamientos: qué hacer? De la obstinación al modelo curativista a las posibilidades del ACCR de la demanda espontánea en el SUS; A (in) comprensión de las necesidades de salud de los usuarios y los posibles preconceptos del equipo; y la necesidad de la educación permanente en salud para el fortalecimiento del ACCR. Así, el 80% nunca utilizó el protocolo de Manchester; entre las necesidades de aprendizaje están el conocimiento teórico-práctico de la clínica, en cómo articular las acciones programáticas y las vulnerabilidades sociales con la atención de la demanda espontánea, y cómo superar el modelo médico-centrado. Conclusión: el reconocimiento de las limitaciones para la implementación del protocolo, requiere la sistematización del proceso de educación permanente en salud para problematizar la realidad de la unidad de salud y proporcionar la capacitación a los enfermeros que son los responsables legales por el protocolo de Manchester.

Descriptores: Aprendizaje. Host. Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Sinais de alerta que mais geraram dificuldades no momento da classificação, segundo os participantes da pesquisa..... 54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma da triagem na Emergency Severity Index..... 31

Figura 2- Marcos Legais: da criação do SUS ao Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde..... 36

Figura 3- Mapa referente a regional do DRS XIII-RP com os 26 municípios e as três microrregiões..... 44

Figura 4- Site do núcleo de educação permanente e humanização DRS-XIII..... 45

Figura 5- Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica..... 72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação de Risco estabelecido pelo Grupo de Triagem de Manchester..... 28

Quadro 2- Classificação de Risco estabelecida pelo Australasian Triage Scale..... 29

Quadro 3- Classificação de risco estabelecida pela Canadian Triage and Acuity Scale..... 30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACCR	Acolhimento Com Classificação de Risco
APS	Atenção Primaria à Saúde
ATS	Australasian Triage Scale
CEFOR	Centro Formador de Pessoal Para a Saúde
CIR	Comissão Intergestoras Regionais
CDQ	Centro de Desenvolvimento e Qualidade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTAS	Canadian Emergency Departament Triage and Acuity Scale
DRS	Departamento Regional de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESI	Emergency Severity Index
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GF	Grupo Focal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MAT	Model Andora de Triaje
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MTS	Manchester Triage System
NEPH	Núcleo de Educação Permanente e Humanização
PA	Pronto Atendimento
Pacs	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RHS	Rede de Humanização em Saúde
RP	Ribeirão Preto
SET	Sistema Espanhol de Triagem

SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TT	Treinamento Técnico
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO..... 16
2 INTRODUÇÃO..... 20
3 REVISÃO DA LITERATURA..... 27
3.1 Sistema de Triagem de Manchester..... 27
3.2 Australasian Triage Scale..... 29
3.3 Canadian Triage and Acuity Scale..... 30
3.4 Emergency Severity Index..... 30
3.5 Acolhimento com classificação de Risco na Atenção Primaria à Saúde no Brasil..... 31
4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO..... 38

5 OBJETIVO..... 40

6 MATERIAL E MÉTODO..... 41
6.1 Tipo de Estudo..... 42
6.2 Local e participantes do estudo..... 42
6.3 Critérios de inclusão e exclusão..... 45
6.4 Instrumento de coleta de dados..... 45
6.5 Validação do questionário..... 49
6.6 Procedimento de coleta de dados..... 50
6.7 Análise dos dados..... 51
6.8 Aspectos éticos..... 51

7 RESULTADOS..... 52
7.1 Caracterização dos participantes..... 53
7.2 Os desafios e as necessidades de aprendizagem..... 54
7.2.1 Entre a demanda de implantação do protocolo e a ausência de conhecimento teórico e prático..... 54
7.2.2 As incompreensões sobre a inserção do ACCR na Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde..... 55
7.2.3 Entre a agenda do ACCR e os encaminhamentos: o que fazer? 58
7.2.4 Da obstinação ao modelo curativista às possibilidades do ACCR da demanda espontânea no SUS..... 60
7.2.5 A (in)compreensão das necessidades de saúde dos usuários e os possíveis preconceitos da equipe..... 61
7.3 A necessidade de educação permanente em saúde para o fortalecimento do SUS..... 62

8 DISCUSSÃO..... 64

9 CONSIDERACÕES FINAIS..... 77

REFERENCIAS..... 80

APÊNDICES..... 92

ANEXOS..... 105

1. APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Durante o Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP tive a oportunidade de desenvolver uma iniciação científica, enquanto bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) sobre estratégias de ensino na Educação Profissional de Nível Médio em Enfermagem, em 2013. Esta inserção inicial na pesquisa na área da Educação, permitiu um aprofundamento sobre os aspectos pedagógicos e didáticos que cercam a Educação em Enfermagem, com foco no método e estratégias de ensino que embasam os recursos educativos, assim como as novas tecnologias da educação.

Posteriormente, como bolsista de treinamento técnico (TT) pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) inseri-me no Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPH), do Departamento Regional de Saúde XIII- Ribeirão Preto (SP), por meio do projeto intitulado "Website da Educação Permanente e Humanização: da interação na rede ao fortalecimento regional do Sistema Único de Saúde" (CAMARGO,2013). Pesquisa ação, cujo resultado pode ser visualizado na internet no seguinte endereço eletrônico: www.neph.com.br/site. O diálogo potencializado neste espaço com os trabalhadores da saúde, interlocutores das vinte e seis (26) cidades que compõem a região, propiciou-me uma aproximação com a realidade da saúde neste contexto regional. O espaço favoreceu-me com reflexões e aprendizagens sobre as potencialidades e fragilidades que permeiam a Política de Educação Permanente em Saúde e o Sistema Único de Saúde. Movimento caracterizado por um processo coletivo de busca por soluções dos problemas do cotidiano da prática de saúde na atenção primária, que eram e são levantados pelo grupo.

Esse contexto me fez compreender a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS), principalmente o quanto ela determina o dia a dia de trabalho dos diversos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS). Consegui visualizar o papel dos interlocutores que mensalmente traziam suas contribuições, sucessos, desafios e necessidades de cada município, e principalmente a dificuldade em disseminar a Educação Permanente como uma estratégia fundamental para o fortalecimento democrático do Sistema Único de Saúde (SUS).

Gradativamente, durante as reuniões mensais no NEPH, começei a observar com a problematização da realidade destes município, as dificuldades enfrentadas para atender e organizar a demanda espontânea dos usuários na APS, e o interesse pela implantação do protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Foram vários

questionamentos, com vivências que apontavam a necessidade de aprofundar a sua compreensão sobre o ACCR na demanda espontânea, uma vez que em muitos locais o protocolo fora instituído sem de fato ocorrer a compreensão do mesmo, com o preparo da equipe de saúde, e particularmente do enfermeiro.

Assim, inquietei-me com a situação, o que levou-me ao interesse de pesquisar sobre a temática com profundidade, porque no âmbito nacional as publicações a respeito do ACCR na APS são escassas, principalmente quando confrontadas com aquelas sobre a utilização desta estratégia no Pronto Atendimento.

Tais inquietações, me fez perceber a importância dessa problemática para o contexto do Sistema Único de Saúde e para a dinâmica da integralidade do cuidado em saúde.

Como enfermeira licenciada, percebi que poderia contribuir com o desenvolvimento de recursos educativos que propiciasse um apoio à construção de conhecimento sobre ACCR pelos enfermeiros. Pensando nos aspectos que cercam a aprendizagem, e na possibilidade de disseminação rápida, democrática e lúdica do conhecimento, optei por desenvolver uma pesquisa para a construção de uma tecnologia digital educacional sobre o tema – um *serious game*.

Compreendo que a proposta de um *serious game* poderá favorecer o processo educativo, porque simula ambientes reais da saúde, e ser altamente interativo. Além disso, o processo prevê necessariamente o seu refinamento científico com a validação do conteúdo, usabilidade e aparência, e posteriormente, uma avaliação experimental com o público-alvo. Espero que esta tecnologia possa nortear e potencializar o processo de ensino e aprendizagem no espaço da Educação Permanente em Saúde (EPS), assim como em outros ambientes educacionais da área da saúde.

Deste modo, para iniciar a primeira etapa do desenvolvimento científico de um *serious game* voltado para Acolhimento com classificação de Risco (ACCR) na APS, foi necessário conhecer as demandas de aprendizagem dos enfermeiros, interlocutores da EPS, sobre o tema. Etapa que considero fundamental para o planejamento didático da tecnologia educacional, e que hora resulta nesta dissertação de mestrado, porque reconhece o contexto em que o conhecimento será traduzido em prática de cuidado em saúde.

2.INTRODUÇÃO

2.1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde tem sido indagado como a mais bem-sucedida reforma na área social sob o regime democrático. Em sua concepção, podemos ressaltar a expressão do movimento sanitarista marcado pela resistência social no regime autoritário. A questão da saúde, liberdade civil e bens coletivos, e de acesso ao serviços públicos, foi um dos eixos da luta social e política durante as décadas de 1970 e 1980 (PAIM et al.,2011).

Nos anos em que mediaram a 8ª Conferência e a Assembléia Constituinte, ocorreu um complexo processo de negociação política que envolveu lideranças da área da saúde, parlamentares e Poder Executivo. Esta negociação, foi concretizada na nova constituição de 1988, em que o sistema de saúde tornou-se um direito de todos e que deve ser provido pelo Estado brasileiro. Desde então, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), políticas e programas de saúde buscam organizar o setor público para oferecer condições necessárias ao cidadão brasileiro para uma melhor qualidade de vida (ARAÚJO et al., 2014). Nesse sentido, os serviços de saúde tem o dever de desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, sustentadas pelos princípios doutrinário e organizativos da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação social (BRASIL, 2011).

Num passado recente, o modelo biomédico vigente até a implantação do SUS, já não se sustentava, pois não atendia as necessidades reais de saúde da população (FERTONANI et al., 2015). Tal modelo operava sob o atendimento curativo, hospitalocêntrico e médico-centrado, cuja organização excludente estruturada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), entrou em colapso financeiro nos anos 70 e 80 (PAIM et al., 2011).

Este modelo foi substituído em 1994, sob a lógica do SUS, pela Atenção Primaria a Saúde (APS), que passou a integrar as políticas de saúde no Brasil. Na APS, é de fundamental importância as ações de cuidado longitudinal que visem à melhoria da situação de saúde e amplie o acesso do usuário aos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Com o intuito de fortalecer essas novas práticas assistenciais, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de estabelecer o primeiro contato entre o usuário/família e o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o vínculo com a equipe de saúde se estabelece na escuta ao usuário, para proporcionar atenção qualificada, assistência humanizada, garantia de acesso, potencializando a capacidade de resposta e intervenção (BRASIL, 2012).
Desde a criação do PSF em 1994, o governo brasileiro destaca seu papel como instrumento de reforma política de saúde, que proporcionaram mudanças no modelo de atenção, de alocação

de recursos e na formação de recursos humanos (ANGELI SILVA et al., 2013; SANTOS et al., 2018).

Anterior a implantação do PSF, em 1991, já se consolidará o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), sendo implantado em 13 estados das regiões do Norte e Nordeste, 897 municípios, com 29 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nos anos 90 a cobertura populacional do Pacs e PSF começou a ampliar, expandindo-se para a região Centro-Oeste e para municípios de médio e pequeno porte (LIMA et al., 2005)

Com a expansão referendada nacionalmente, em 2006, o PSF deixa de ser um programa e transforma-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), potencializando as mudanças pretendidas no modelo assistencial, no sentido de fortalecer uma assistência à saúde centrada na família, assistência humanizada e trabalho em equipe (ROSA; LABATE, 2005). Contribuindo com isso, no fortalecimento da Atenção Primaria a Saúde (APS) e a estrutura de saúde que se constituiu.

Assim, os objetivos da Atenção Primaria a Saúde é oferecer um atendimento ambulatorial não especializado pelas unidades de saúde, caracterizado por diversas atividades clinicas de baixa densidade tecnológica, sendo considerado o primeiro contato do usuário ao sistema de saúde brasileiro e resolutividades de grande parte do problemas apresentado pela comunidade (LAVRAS, 2011).

Entretanto, estudo observou que apesar dos avanços em decorrência da criação do SUS e ESF, no qual se pensou em um sistema assistencial longitudinal, voltado para a prevenção, o modelo biomédico ainda está presente e produz uma tensão na produção do cuidado (ESMERALDO et al., 2017. Outro estudo desenvolvido por Santos et al (2018), analisaram que as equipes da ESF estão abertas às mudanças, por outro lado, saberes e tecnologias da clínica biomédica continuam a nortear o processo de trabalho, o que está limitando a possibilidade de (re)configuração de um modelo que atenda às necessidades de saúde para a produção da integralidade da atenção.

Retomando a história, em 2003, com o objetivo de qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS). A iniciativa visava a operacionalização dos princípios do SUS no cotidiano dos diversos serviços de saúde. Para Benevides e Passos (2005) a humanização têm como objetivo fundamental mudança das práticas de saúde nos serviços, de tal modo que o profissional da saúde possa ampliar sua visão de homem, diferente de um ser humano idealizado ou coisificado ou seja, passível de vulnerabilidades.

De acordo com o Ministério da Saúde, "a implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade" (Brasil, 2008, p. 35). Dentre esses eixos destaca-se o da educação permanente em saúde (EPS), cujas orientações propõe que a PNH: 1) seja incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação; e 2) oriente processos de educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios serviços de saúde (Brasil, 2008, p. 36.

Segundo Solla (2005), a PNH institui o conceito "humanizar", buscando articular à palavra, a sua dignidade ética. Concordamos com Simões et al (2007), que esta é uma expressão polissêmica, subjetiva e complexa. Segundo estes autores, a humanização no contexto da saúde abrange:

> muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento. Dicionários (...) definem a palavra humanizar como: (...) dar condição humana. Portanto, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem (Simões et al., 2007, p. 440).

E para oferecer condição humana, tanto o Ministério da Saúde como a Organização Mundial da Saúde passaram a incentivar modelos de assistência voltados para humanização. Nesse modelo, se faz necessário que as unidades adequem seu ambiente, que haja uma organização sistemática das atividades individuais e em grupo, de modo que o trabalho assistencial seja mais focado nas unidades e na resolutividade das demandas de seus usuários (NORA & JUNGES, 2013)

Compreendemos que a EPS seja imprescindível para sustentar a formação dos trabalhadores no cotidiano de sua prática, para que esta proposta possa ser disseminada e fortalecida, como por exemplo a internalização dos eixos que compõem a PNH.

Para tanto, a humanização tem como diretrizes para sua operacionalização, a ambiência, o acolhimento, valorização do trabalhador, gestão participativa e a clínica ampliada, que consistem na articulação de diversas áreas em um determinado problema, para que possam qualificar a efetividade da assistência em saúde e assegurar que todos sejam atendidos com prioridade a partir de uma prévia avaliação (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2009).

Para a PNH, o acolhimento é um dos dispositivos de maior importância ética, estética, política e estruturante, além de ser uma ferramenta para organização do processo de trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2004a).

No Marco Teórico da PNH, é de extrema importância mapear e de dar visibilidade às iniciativas e ao programas de humanização na rede de atenção do SUS, no Ministério da Saúde, promovendo o intercâmbio e a articulação desses programas como estratégia fundamental para a construção da Rede de Humanização em Saúde (RHS) (BRASIL, 2008).

Medeiros e Batista (2016) após revisão de literatura em que analisaram 23 artigos sobre o tema, concluíram que na humanização em saúde, espera-se dos profissionais: afetividade, sensibilidade, escuta qualificada para o acolhimento do usuário, sendo sua atuação pautada pela ética nas relações de trabalho. E ainda que:

> .... A relação do profissional de saúde com seus usuários e com a comunidade é atravessada por percepções, valores e saberes e, se assumida em uma perspectiva emancipatória da humanização, deve-se configurar como uma relação na qual o conhecimento técnico precisa estar aliado à sensibilidade, à escuta e ao acolhimento. O termo humanização remete também à atitude, a um modo de entender, fazer, ser e conviver com as pessoas. É como o profissional se implica com as questões de saúde e as formas de resolubilidade das demandas. Assim, humanização revela-se como um processo complexo e amplo que envolve condições institucionais e pessoais, acolhimento, sensibilidade, valorização e interesse pela história do outro (MEDEIROS; BATISTA, 2016, p.945)

Entretanto, estudos atuais apontam dificuldades para a realização da PNH nos diversos serviços. Entre essas dificuldades, estão: a precariedade das instalações nos serviços de saúde e a formação de recursos humanos (BREHMER; VERDI, 2010; LIMA et al., 2007; MARIN; STORNIOLO; MORAVCIK, 2010; SANTOS; SOARES, 2010; TRAD; ESPERIDIÃO, 2010; TRAD; ROCHA, 2011; SANTOS et al., 2018).

Perante a dificuldade citada acima, outros aspectos referente ao processo de trabalho realizado nas unidades de saúde, estudos apontam número insuficiente de profissionais nas equipes de saúde, dificultando o acolhimento dos usuários (MARIN; STORNIOLO; MORAVCIK, 2010; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; NASCIMENTO; TESSER; POLI NETO, 2008; RAMOS; LIMA, 2003; SILVEIRA et al., 2004; SOUZA; MENDES, 2009). Outros estudos relatam as dificuldades no acesso ao serviços de saúde no que se refere na marcação de consultas com especialistas e demora na realização de alguns exames gerando descrença no papel ordenador da APS (CAMPOS et al, 2014; LIMA et al, 2015; MENEZES et al, 2017).

Assim, a humanização visa superar o modelo biomédico-hegemônico, centrando principalmente no sujeito. Para tal, deve-se lançar mão das ferramentas de construção de vinculo e práticas assistências que vão além da visão fragmentada (NORA; JUNGES, 2013).

Faz-se necessário, portanto, a adoção de novas práticas, voltado para o desenvolvimento de habilidades, capacidades e competências gerenciais, técnicas e de relacionamento, exigindo

ampla mobilização dos profissionais, gestores e sociedade civil para tornar possível o acesso com equidade e humanização (BRASIL, 2012).

No Brasil, o ACCR da demanda espontânea, proposto pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Política Nacional de Humanização, representa uma proposta de uma nova prática para potencializar a reorganização do atendimento dos serviços de urgência e implementar a produção de saúde em rede (BRASIL, 2009). Na reformulação desta Política, após dois (2) anos, o ACCR passou a compor a base do processo e dos fluxos assistenciais, requisito de todos os pontos de atenção legalizada pela Portaria nº.1.600 de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011).

Entendido como um dispositivo tecnológico relacional de intervenção, no ACCR, a escuta qualificada, a construção de vínculo, a garantia do acesso com responsabilização, a resolutividade dos serviços de saúde, bem como pela priorização dos pacientes mais graves para atendimento, são ações que deverão nortear a equipe de saúde (BRASIL, 2009). Esta forma de ressignificar o processo de triagem, inclui todos os espaços e o cuidado nos serviços de saúde, que não se esgota na recepção do paciente (INOUE et al., 2015). Nessa proposta, todos os profissionais de saúde estarão envolvidos no acolhimento do paciente e sua família, mas cabe ao enfermeiro a atividade de classificação de risco do paciente (BRASIL, 2009). Esta atividade privativa do enfermeiro foi legalizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) quando aprovou a Resolução n.o 423/2012 (COFEN, 2012).

O ACCR, pressupõe uma tecnologia leve, que reorganiza o processo de trabalho, otimiza a oferta de serviços, promove vínculo entre profissionais da saúde e usuário, e acima de tudo fortalece os princípios do SUS (GARUZI et al., 2014; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Na opinião de Silveira et al (2018):

> Para que o enfermeiro atue na Classificação de Risco se faz necessário o desenvolvimento de habilidades e competências que estimulem o raciocínio crítico e o atendimento específico, como observação do paciente, escuta qualificada, tomada de decisão, priorização do atendimento de acordo com as necessidades dos usuários, bem como delegar funções, a fim de proporcionar uma assistência eficiente, eficaz e efetiva (SILVEIRA et al., 2018, p.22).

Observa-se que, enquanto ACCR é uma estratégia já estabelecida nas unidades de saúde que realizam o Pronto Atendimento, na APS sua compreensão e prática ainda é frágil ou inexistente, e a produção de uma tecnologia educacional poderá incentivar o diálogo na educação permanente neste contexto e potencializar a sua utilização na resolutividade da demanda espontânea.

Este estudo, considera esta demanda, tendo em vista que ao profissional enfermeiro(a), cabe a responsabilidade de acolher a demanda espontânea, gerenciar a equipe de enfermagem

e de saúde que atuam na APS (BRASIL, 2012). Portanto, justifica-se entender as principais necessidades de aprendizagem a respeito do ACCR da demanda espontânea na APS, para que esse profissional possa atuar de forma mais qualificada, nas diversas situações em que a comunidade procura esse tipo de serviço, uma vez que o conhecimento prévio é fundamental para a aprendizagem significativa.

Assim, questiona-se: qual o conhecimento prévio do enfermeiro que atua na APS sobre ACCR e as necessidades de aprendizagem para potencializar a sua ação neste contexto?

3.REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Sistema de Triagem de Manchester (STM)

O termo triagem foi sempre associado as guerras e grandes catástrofes, pois nesses ambientes o método era utilizado para avaliar rapidamente os soldados que necessitavam de atendimento médico e os que poderiam voltar para os campos de batalha (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

Ao longo dos anos, a utilização do sistema de triagem sistematizada nos serviços de urgência possibilitou aos países desenvolvidos uma forma de solucionar a superlotação nestes serviços, com o objetivo de adequar os recursos disponíveis a demanda assegurando uma gestão eficaz, a partir da organização do fluxo (JIMÉNEZ, 2003; FERNANDES et al.,2005; FITZGERALD et al., 2010).

Nos países, Canadá, Austrália, Espanha, Estados Unidos da América, especificamente, na cidade de Manchester na Inglaterra, em 1994, criou-se um Grupo de Classificação de Risco de Manchester, com o objetivo de estabelecer um consenso entre enfermeiros e médicos do serviço de urgência, com a finalidade de padronizar a classificação de risco. O grupo tinha como objetivos: criar um nomenclatura comum, definições comuns, uma metodologia de triagem consolidada, desenvolver programa de capacitação e um guia de auditoria para a triagem (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010)

Posteriormente, as escalas de triagem foram desenvolvidas e implementadas em vários países. Entre as principais escalas estão a pioneira *Australasian Triage Scale (ATS)*, desenvolvida na Austrália; o *Canadian Emergency Departament Triage and Acuity Scale (CTAS)* implantada no Canadá; o *Manchester triage System (MTS)* no Reino Unido e países da Europa e o *Emergency Severity Index (ESI)* instituído nos Estados Unidos da América (EUA). O *Model Andorrá de Triatje (MAT)* foi desenvolvido no principado de Andorra nos anos 2000. Na Espanha foi instituído o Sistema Espanhol de Triagem (SET), adaptado do MAT (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; DURO, 2014; GUEDES, 2014).

Em um modelo de sistema de triagem qualificada, a urgência é definida como uma situação que pode gerar perigo ou deterioração da condição de saúde do usuário, considerando no tempo transcorrido desde o aparecimento dos sintomas e chegada até o serviço para o tratamento adequado e a otimização de recursos para solucionar o problema (DIOGO, 2007).

Dessa maneira, a estrutura fundamental de qualquer modelo de triagem é estipular níveis ou categorias de triagem a partir dos sinais e sintomas expressos pelo usuário e pelos sinais que são avaliados pelos profissionais. Os sinais mostram a situação clínica fisiológica do usuário

que procuram o atendimento, e norteiam a velocidade com que a intervenção deve ser implementada pelo serviço (FRY; BURR, 2002).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) classifica o paciente em cinco níveis, divido por números, cores, nomes e tempo máximo de espera para o atendimento adequado. Por meio dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, o profissional responsável direciona as prioridades, e a partir daí organiza os pacientes para o atendimento de acordo com os níveis de urgência, expresso no Quadro 1.

Quadro 1-Classificação de Risco estabelecido pelo Grupo de Triagem de Manchester

Número	Nome	Cor	Tempo-resposta máximo (min)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

Fonte: Mackway-Jones; Marsden; Windle, 2010. p.26.

Para realizar tal classificação, o profissional da saúde avalia a queixa ou o motivo pelo qual o usuário está procurando o serviço de urgência, seleciona um dos 52 índices do fluxograma do protocolo de Manchester e identifica os sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica. Cada nível de prioridade clínica como o emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente apresenta sinais e sintomas que os diferenciam, sendo esse nomeados discriminadores e estão apresentados no formato de fluxograma para a condição clínica apresentada pelo paciente. Ao realizar a classificação, os discriminadores que sinalizam níveis de prioridade mais altos são os primeiros a serem identificados, a ausência do mesmo de forma pertinente irá alocar grande parte dos usuários classificados como não urgentes (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O STM possui uma grande difusão internacional, sendo um possível preditor da evolução das condições do usuário durante o tempo de espera. Estudo que avaliou o desempenho do Sistema de Triagem de Manchester para a população geral de pacientes atendidos no departamento de emergência e especificamente para crianças e idosos, os grupos de pacientes mais vulneráveis, na Holanda e Portugal, constatou que sua validade está entre moderada e boa. Os resultados apontaram um pior desempenho no atendimento de jovens e

idosos. Foram incluídos no estudo 288.663 pacientes atendidos, em três hospitais que utilizavam o protocolo há mais de três (3) anos. A validade foi analisada a partir das triagens que foram realizadas corretamente, mas os resultados tiveram uma variabilidade significativa, por isso os autores sugerem sua validação multicêntrica para o aprimoramento posterior da triagem (ZACHARIASSE et al., 2017).

No Brasil, estudo descreveu a avaliação de estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco de Manchester na perspectiva dos médicos e enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento em Santa Catarina, por meio de um instrumento baseado nas concepções donabedianas de avaliação de serviços de saúde. Para os 37 participantes entre médicos e enfermeiros, as dimensões foram avaliadas como precárias, sendo pior a dimensão Processo, seguida de Estrutura e Resultado. No cenário deste estudo, a melhor avaliação foi do atendimento primário por gravidade do caso e da priorização dos casos graves (HERMIDA et al., 2018).

Outro fator relevante sobre o protocolo de Manchester, está no aumento de nível de prioridade dos usuários, demostrando ser um protocolo mais inclusivo. Entretanto, a implementação do protocolo em países em desenvolvimento sofre fortes influencias sociais, culturais e econômicas, logo necessitam de uma adaptação em sua dimensão política (SOUZA et al, 2011; FILHO, 2013).

Esses fatores serão discutidos no tópico seguinte, quando tratamos da inserção do protocolo de Manchester no Sistema Único de Saúde, mas especificamente na Atenção Primária à Saúde.

3.2 *Australasian Triage Scale* (ATS)

Implementado em 1994, o modelo de triagem australiano foi o pioneiro entre os protocolos de triagem de risco. Esta escala classifica e determina o tempo para atendimento em níveis de prioridade relacionando aos achados clínicos do paciente (PIRES, 2003).

Quadro 2- Classificação de Risco estabelecida pelo *Australasian Triage Scale*

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

Fonte: OLIVEIRA, 2014.

3.3 *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS)

O modelo de triagem canadense, criado em 1998, tem como fundamento classificar os pacientes através dos sinais e sintomas, e a partir desta classificação direcionar os casos mais graves ao atendimento imediato (COUTINHO, 2012).

Considerado um modelo triagem mais complexo do que o australiano, o CTAS classifica em cinco níveis de prioridade de maneira detalhada as queixas dos pacientes.

Quadro 3- Classificação de risco estabelecida pela *Canadian Triage and Acuity Scale.*

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

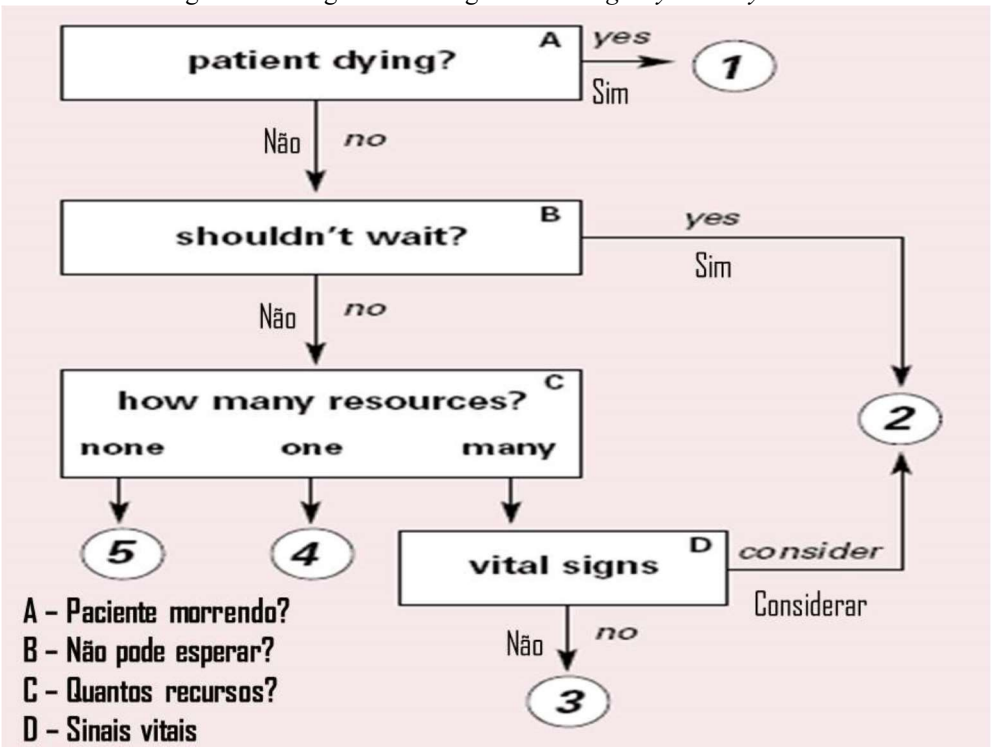
Fonte: COUTINHO, 2012; PIRES, 2003.

3.4 *Emergency Severity Index* (ESI)

O ESI é um modelo de triagem americana, criado 1998, foi revisado duas vezes por médicos americanos, porém em 2000 foram incluídos critérios para pediatria e no ano de 2001 surgiu a terceira versão (JUNIOR, 2009).

A lógica de funcionamento do ESI baseia-se em um único fluxograma sem estabelecer tempo para atendimento médico. É um protocolo utilizado para direcionar o paciente, conforme seu quadro clínico, ao atendimento adequado (GILBOY et al., 2011).

Figura 1-Fluxograma da triagem na *Emergency Severity Index*



Fonte: GILBOY et al., 2011.

3.5 Acolhimento com classificação de Risco na Atenção Primaria à Saúde no Brasil

Reafirmando o que foi expresso anteriormente, no Brasil, o acesso a saúde é um direito universal, sendo dever das instancias federativas fomentar a qualidade e a integralidade da atenção prestada a comunidade (BRITO-SILA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Sua operacionalização teve por base o princípio da descentralização do sistema de saúde, que ampliou a assistência oferecida pelos municípios, principalmente com a criação da Atenção Primaria à Saúde (APS), fundamentado no cuidado longitudinal e na ampliação do acesso, que incorpora as políticas e ações governamentais. Desta maneira, a APS tornou-se a referência fundamental da comunidade, com o objetivo de proporcionar resolutividade a assistência à saúde (SOUSA; HAMANN, 2009).

Com o advento da APS, o foco assistencial visa superar o modelo de saúde assistencialista, médico centrada, curativista, individual e hospitalocêntrica, como apresentado anteriormente, ao implantar e consolidar as bases para a integralidade do cuidado à saúde em todo ciclo vital na comunidade, contemplando prioritariamente a promoção da saúde e prevenção de doenças, sem descuidar do tratamento e reabilitação. A perspectiva passa a ocorrer na esfera coletiva e do cuidado ao usuário. O objetivo é construir uma relação de vínculo com a população e proporcionar uma assistência condizente com cada realidade (STARFIELD, 2002).

Posteriormente, com a implantação Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, os progressos na APS foram vários, com relação as experiências quanto às tentativas de organização da saúde nos níveis municipal e regional (MOREIRA et al., 2017). Entretanto, deve-se considerar que o maior desafio que a APS passou a desempenhar foi de coordenadora da assistência à saúde. Para alguns estudiosos dos SUS, está entre estes desafios, a fragilidade no equilíbrio entre a demanda espontânea e a programada, diminuindo a efetivação da APS como porta de entrada do sistema de saúde (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Conceitualmente, demanda é a solicitação explícita que o usuário faz no serviço de saúde, a partir de suas necessidades de saúde. Necessidades de saúde, por sua vez, significa ter condições satisfatórias de vida; acesso e consumo de tecnologia de saúde capaz de qualificar e prolongar a vida; vínculos afetivos e efetivos entre usuários, equipe e profissional; além de ter as condições de saúde respeitadas e graus crescentes de autonomia. Ao valorizar a demanda organizada, a busca espontânea do usuário ao serviço de saúde foi negligenciada, pois não havia consenso sobre como as equipes de saúde deveriam atuar frente aos imprevistos, e qual fluxo de atendimento a pessoa deveria seguir, o que gerava demandas reprimidas e repetidos retornos à unidade de saúde (CECÍLIO, 1997).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (2012) ao considerar que a APS necessita prestar atendimento às urgências, refletiu sobre as peculiaridades deste nível de atenção, que deve ir além da queixa-conduta, e concluiu que o cuidado prestado deve ser pautado no acolhimento e na escuta qualificada, tendo como pano de fundo o atendimento humanizado e com resolutividade para a população.

Para além das políticas de saúde, no contexto da APS, a Política Nacional de Humanização (PNH), passou a atuar de forma transversal, com o objetivo de impactá-las e interferir na qualidade da assistência e gestão do SUS.

A humanização é descrita, no contexto da saúde, como uma aposta ético-estético-político. É uma aposta ética porque envolve uma postura de usuários, gestores e profissionais da saúde participativos e co-responsáveis. É estética pois se refere ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. E é política porque está associada as práticas de atenção e gestão do SUS (BRASIL, 2004a). Entre os objetivos traçados pelo PNH, ressalta-se, a redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco (grifo nosso). Para atingir tais objetivos, a classificação de risco tornou-se um instrumento para nortear a organização dos serviços de

urgência e também na APS no Brasil, a fim de proporcionar a integralidade na assistência (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, o Decreto nº 7508 de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu as Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo consideradas como portas de entrada às ações e aos serviços de saúde: a atenção básica; a atenção de urgências e emergências; a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto. Para contribuir com o fortalecimento e funcionamento da lógica de redes, a normativa expressa que a APS deve ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2011).

Neste processo, optou-se pelo Protocolo de Manchester, que pode oferecer subsídios para as condutas a serem tomadas com consciência e responsabilidade. Entretanto, o Ministério da Saúde (2012) refere que os protocolos podem ser uma referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da Atenção Básica, esta necessidade remete as características particulares adscritas nesse nível de atenção (BRASIL, 2012).

Tal protocolo foi recomendado pela primeira vez no Brasil em 2002, por meio da Portaria GM 2.048, que trata da organização dos sistemas de urgências. Sendo implantado em 2008, no Hospital Odilon Behrens, na cidade de Belo Horizonte – MG. O protocolo, denominado como triagem classificatória de risco, tornou-se referência para o Ministério da Saúde, sendo um disparador para as discussões a respeito das melhorias no atendimento de urgência e emergência (RIBEIRO, 2008).

Entretanto, Santos (2016) e Coutinho et al (2012) compreendem que para operacionalizar o ACCR, se faz necessário que a equipe de saúde seja treinada e alinhada a este processo de assistência à saúde, para que possam atender de maneira adequada as demandas impostas pela população, garantido assim o atendimento daqueles que mais precisam (SANTOS, 2016; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

De fato, para a adoção de novas práticas de trabalho, o desenvolvimento de habilidades, capacidades e competências gerenciais, técnicas e de relacionamento, precisa ser contemplado com a ampla mobilização dos profissionais de saúde, dos gestores e da sociedade civil (BRASIL, 2012).

Compreende-se neste ínterim, que dar significado e sentido ao acolhimento na reorganização das práticas de trabalho tem um papel determinante na integralidade da assistência à saúde, principalmente nas relações interpessoais, no ato de receber e escutar as pessoas; ao passo que se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (BRASIL, 2013).

Ademais, a importância de acolher a demanda espontânea na APS nos remete a perceber que nem as instituições de saúde e nem os profissionais são os únicos a determinar as necessidades de saúde, mas também os usuários, com forma e graus variados (BRASIL, 2013).

Considera-se que o acolhimento da demanda espontânea, reorganiza o processo de trabalho, otimiza a oferta de serviços, desvia o foco biomédico, compartilhando a responsabilização do cuidado para toda a equipe, além de proporcionar melhor conhecimento a quem é assistido e quais suas reais necessidades (BRASIL, 2011).

Neste sentido, o ACCR da demanda espontânea deve ser entendida como um processo dinâmico e reflexivo, de identificação dos pacientes que necessitam de assistência imediato, de acordo com potencial de risco, agravos a saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004b)

Legalmente, o processo de ACCR nas unidades de atendimento às urgências, de acordo com a Resolução do COFEN nº 423/2012 "deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (COFEN, 2012).

A responsabilidade do ACCR pelo enfermeiro já regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem, como foi descrito anteriormente, é uma atribuição relativamente nova para o enfermeiro (SOUZA et al., 2011). Vale ressaltar que, ao enfermeiro cabe, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência em enfermagem; consulta de enfermagem, prescrição da assistência em enfermagem e cuidados a pacientes graves com risco de vida exigindo conhecimento técnico e científicos para tomada de decisões imediatas. A tomada de decisões incluem uma série de passos para chegar a uma conclusão quais sejam: identificar o problema, analisar a possível solução implementar e avaliar os resultados. Soma-se também, que cabe ao enfermeiro esclarecer os diferentes tempos de espera de acordo com cada caso (COFEN, 2012).

Para a classificação, o enfermeiro ou profissional competente, deve considerar queixas, sinais, sintomas, sinais vitais, saturação de O_2, escala de dor, glicemia entre outros. Após a avaliação, para garantir a segurança do processo, os pacientes devem ser identificados com pulseiras de cores correspondentes a avaliação prestada pelo profissional de nível superior (BRASIL, 2004b). Nesse sistema é atribuído uma cor de acordo com o sinais e sintomas do paciente previamente avaliado, com se segue: vermelha, prioridade zero (emergência) tem atendimento imediato; amarela, prioridade 1 (urgência) atendimento o mais rápido possível; verde, prioridade 2 (prioridade não urgente) e azul, prioridade 3 (consultas de baixa complexidade) atendimento de acordo com ordem de chegada. (BRASIL, 2004b).

Entretanto, estudos atuais evidenciou entraves no processo de implementação do Protocolo de Manchester na APS, que são: imposição vertical do protocolo pelos gestores, ambiente inadequado, falta de recursos humanos, dificuldade de adesão do protocolo pela equipe de enfermeiros, aumento da demanda de trabalho e burocratização, e inviabilidade do ACCR pela equipe (MOREIRA, 2014; OLIVEIRA et al., 2013; MOREIRA et al., 2017).

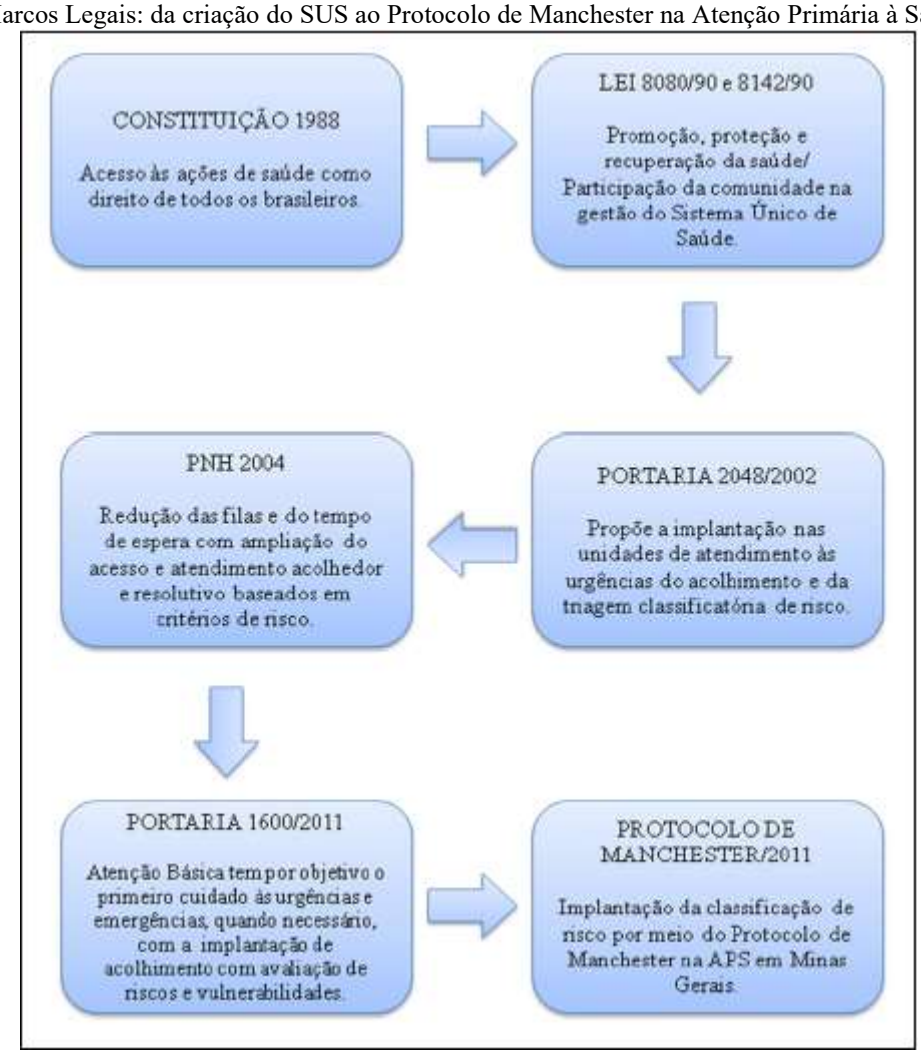
Na visão de Duro et al (2014), para sanar tais dificuldades seria necessário melhorias na estrutura física dos serviços, aumento do número de recursos humanos e também da elaboração de políticas públicas que assegure melhor articulação entre os diversos serviços de saúde. Tais melhorias possibilitariam a atuação do enfermeiro e a possibilidade de êxito do acolhimento com classificação de risco.

Para Moreira (2014) a classificação de risco pelo protocolo de Manchester estabelece a priorização do atendimento, mas é fundamental estar atento ao "engessamento" perante as práticas. Pois, o protocolo se trata de uma estratégia para dar suporte ao profissional na organização do serviço, com objetivo de eliminar as filas de espera, e não uma barreira para a resolutividade das demandas postas pelos usuários.

Pensando nisso, espera-se que no processo de trabalho todos os membros da equipe de enfermagem estejam alinhados para a utilização do ACCR com o propósito do cuidado integral em saúde. Portanto, se faz necessário envolver estes atores em ambientes educacionais dentro e fora da unidade, para que os mesmos possam compreender e contribuir com a disseminação e avanço desta estratégia organizacional.

Apresenta-se na (Figura 2) construída por Moreira (2014) os marcos legais percorridos pela política de saúde no Brasil até a implantação do Protocolo de Manchester na Atenção Primária a Saúde, com o propósito de organizar o conhecimento sobre o tema.

Figura 2- Marcos Legais: da criação do SUS ao Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde



Fonte: MOREIRA, 2014.

4. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

4.1 Justificativa e Relevância do Estudo

Considera-se que o aprimoramento da competência profissional do enfermeiro para realizar o Acolhimento com Classificação de Risco da demanda espontânea, seja fundamental para fortalecer a Política Nacional de Humanização e os próprios princípios dos SUS. Compreender a inserção do ACCR na Atenção Primária à Saúde e na Rede de Assistência à Saúde (RAS), significa problematizar o contexto em que se dá as práticas do cuidado em enfermagem/saúde. Porta de entrada do SUS, a APS também é responsável pela gestão do cuidado na RAS, papel que tem vivenciado entraves históricos e culturais pela equipe de saúde e pelos próprios usuários. Nesta perspectiva, este estudo pretende contribuir com a transformação da realidade com vistas à qualificar a integralidade do cuidado em saúde e o trabalho dos enfermeiros que atuam na APS, no que se refere ao ACCR da demanda espontânea.

Para tanto, uma tecnologia educacional, poderá favorecer o diálogo e a construção de novos conhecimentos sobre a temática. Ao considerar o processo de aprendizagem, a produção de qualquer material didático, passa pelo levantamento das lacunas de conhecimento do público-alvo, que precisa ter como foco o objetivo da proposta educativa. Assim, questões sobre por que aprender um protocolo e como implementá-lo exigi uma postura problematizadora, crítica e reflexiva sobre o contexto estudado, vivida por aqueles que trabalham diretamente no provimento do cuidado em saúde/enfermagem. Além disso, se for agregado à Educação Permanente em Saúde poderá fortalecer os diálogos democráticos da equipe de saúde, que são essenciais nas mudanças das práticas de trabalho do cuidado em saúde, ao estabelecer um ciclo de análise da ação que ocorre no cotidiano das unidades de saúde, a reflexão crítica sobre a mesma, e sua ressignificação ao construir um novo conhecimento.

O alcance da tecnologia educacional nos remete reafirmar a importância dos ambientes virtuais como recurso auxiliar para formação educacional em geral, mas principalmente, de profissionais que atuam no contexto da área da saúde, em especial da equipe de enfermagem. Jogos que simulam a realidade, proporcionam situações problema no qual possibilitará ao profissional da área da saúde desenvolver tarefas semelhantes as vivenciadas no cotidiano do trabalho. Deste modo, a relevância desta pesquisa, está articulada à produção de tecnologia educativa com bases científicas sobre ACCR, que possa prover atividades que permitam avançar no processo formativo do enfermeiro da APS do SUS.

5. OBJETIVO

5.1 OBJETIVO

Levantar as necessidades de aprendizagem de enfermeiros, relacionadas ao Acolhimento com Classificação de Risco da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde.

6. MATERIAL E MÉTODO

6.1Tipo de estudo

Optou-se por um estudo descritivo com abordagem qualitativa, para o levantamento das necessidades de aprendizagem dos enfermeiros que atuam na APS, relacionado ao ACCR da demanda espontânea.

A pesquisa qualitativa na educação para Johnson & Onwuegbuzie (2004, p.18) tem como características a "indução, a descoberta, a exploração, a produção de teorias e de hipóteses, a centração no pesquisador como primeiro instrumento de coleta de dados e a análise qualitativa". Estes autores, apontam como potencialidades neste tipo de abordagem que: os dados são baseados em categorias de pensamento dos participantes e coletados em contexto natural; possibilita o estudo profundo de um número limitado de casos; possui uma rica descrição de fenômenos complexos em seu contexto local; possibilita a análise dinâmica do processo e identificar como o participante interpreta os significados atribuídos aos dados. Por outro lado, dentre as fragilidades, apontam: a impossibilidade frequente de generalização, de transferência dos resultados, de predições, de verificar hipóteses e teorias. Além disso, ocorre por vezes a credibilidade problemática dos resultados, a necessidade de um tempo prolongado para coletar e analisar os resultados, e também a possibilidade de falta de distanciamento do pesquisador na leitura dos mesmos.

A problemática deste estudo fortalece a escolha desta abordagem, uma vez que a produção de uma tecnologia educacional sobre ACCR da demanda espontânea num futuro próximo, exige do pesquisador um reconhecimento do fenômeno no contexto local em que atuam os enfermeiros da APS, quando os participantes do processo tem a oportunidade de expressar as suas necessidades de aprendizagem. Dar significado e sentido a esta construção, exige do pesquisador um aprofundamento na compreensão a partir dos pensamentos dos enfermeiros/participantes, de seu conhecimento prévio sobre o tema e das demandas a serem trabalhadas (GOES et al., 2015).

Por sua vez, as pesquisas descritivas são utilizadas para encontrar e descrever características de certa população. Gil (2008, p.44) explica que "são inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados", apresentadas na sequência do texto.

6.2 Local e participantes do estudo

O campo de estudo foi a Departamento Regional de Saúde XIII de Ribeirão Preto (DRS XIII-RP). A Figura 3 mostra os 26 municípios e as três microrregiões (Vale das Cachoeiras, Horizonte Verde e Aquífero Guarany) que constituem a regional do DRS XIII- RP.

Foram convidados 15 enfermeiros representantes de municípios que integram o Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPH) da regional, para participar do presente estudo, e todos aceitaram ao convite com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) (CAAE: 59734316.1.0000.5393).

O NEPH é um espaço coletivo que agrupa saberes técnicos sobre educação permanente em saúde (EPS), para o desenvolvimento, a qualificação e a formação de trabalhadores da saúde que atuam no SUS. Também apóia as necessidades das realidades locais e regionais de saúde, em especial, os municípios e as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) para garantir a disseminação das diretrizes da Política Nacional e da Política Estadual da Educação Permanente em Saúde, assim como da Política Nacional de Humanização em Saúde (BRASIL, 2007).

O NEPH tem como estratégia qualificar a discussão da EPS, da humanização e da gestão para o enfrentamento de problemas locais e regionais, na revalorização e ressignificação do processo de trabalho para o cuidado integral (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde propõe a EPS como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde (BRASIL, 2007).

Com a pactuação na Comissão Intergestora Tripartite e a aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no segundo semestre 2003, a Política de Educação Permanente em Saúde, deixou de ser uma proposta do Ministério da Saúde para ser uma política do SUS (BRASIL, 2007).

Desta forma, os Centros de desenvolvimento e Qualificação para o SUS, ou CDQ, foram criados no Estado de São Paulo, como braço institucional da gestão estadual nas regiões. O objetivo dos 17 CDQs é articular duas políticas: Educação Permanente e Humanização, orientadas pela Portaria MS 1.996 publicada em 20 agosto de 2007.

O NEPH do Departamento Regional da Saúde (DRS XIII) de Ribeirão Preto teve início no ano de 2007 e têm como membros, os técnicos do CDQ, os trabalhadores da saúde dos municípios indicados como interlocutores, os docentes das instituições de Ensino Superior e Escola Técnica do SUS, e articuladores da Atenção Básica e Humanização.

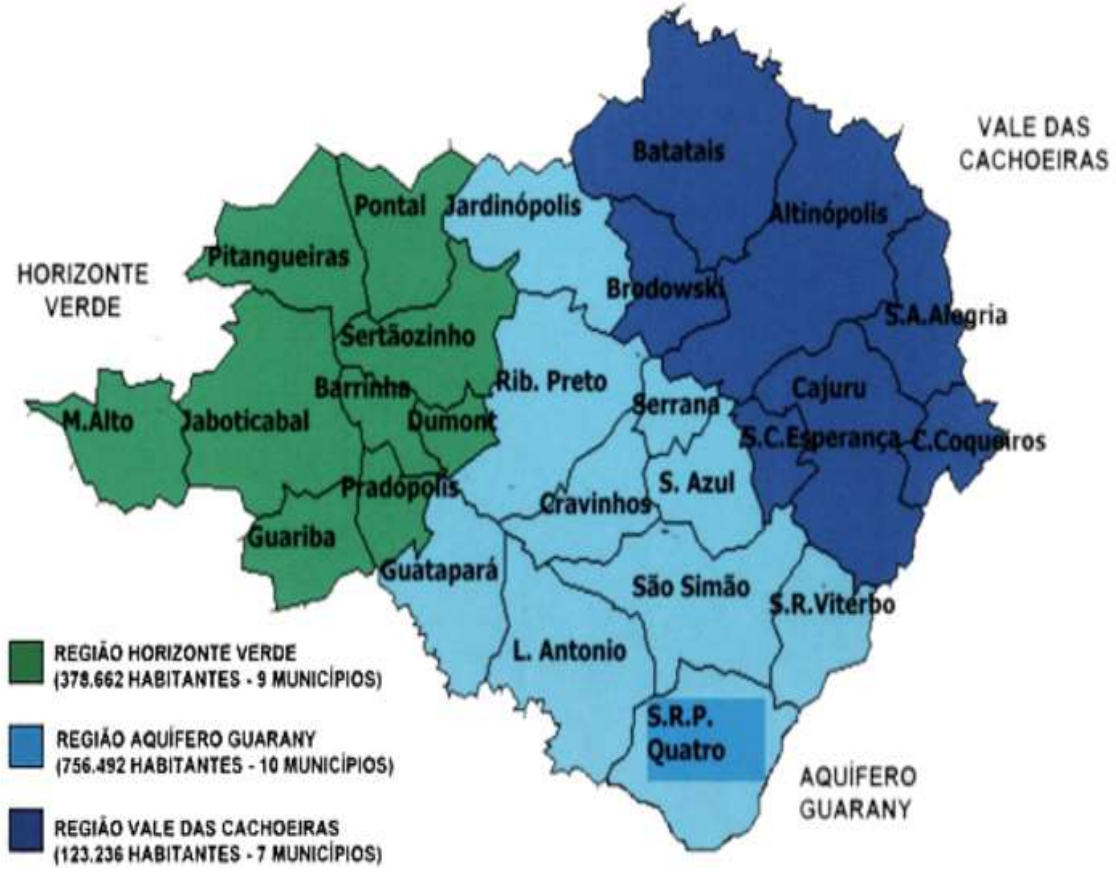
O grupo é composto por 45 integrantes, sendo 5 integrantes do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ) do próprio DRS-XIII, 33 representantes dos municípios que compreende a área de abrangência do DRS-XIII (Figura 2), 4 docentes e 3 alunos representantes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Conceitualmente, todos os integrantes do NEPH Regional são considerados Interlocutores.

Como interlocutores do NEPH regional e representantes de seus serviços na área da saúde, é fundamental compreender a complementaridade entre os setores educação, saúde e trabalho, buscando uma compreensão ampliada das relações sociais e políticas que envolvem os problemas da prática de saúde, e consequentemente a aplicação dos princípios da Política de Educação Permanente em Saúde.

O NEPH regional reúne-se mensalmente e o trabalho do grupo é norteado pelo Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), produzido anualmente por seus interlocutores.

Integrado ao PAREPS está a produção de pesquisas, entre elas, o desenvolvimento de tecnologia para o fortalecimento das ações de EP e sua disseminação. O site www.nephrp.com.br é um exemplo de uma produção que ocorreu neste espaço, fruto do Edital FAPESP/PPSUS 2013 (figura 4). Podemos visualizar no site várias informações sobre a Política de Educação Permanente e a Política de Humanização, bem como as ações desenvolvidas nas cidades que compõem o DRS-XIII de Ribeirão Preto.

Figura 3: Mapa da região do DRS XIII-RP com os 26 municípios e as três microrregiões.



Fonte: Internet

Figura 4- Site do núcleo de educação permanente e humanização DRS-XIII

Fonte: Site neph

6.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa: enfermeiros que atuam na APS há pelo menos seis (6) meses, que participam como interlocutores municipais no NEPH e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE 1.

Foram excluídos os enfermeiros que por algum motivo faltaram das datas agendadas para a coleta de dados, e os demais interlocutores que não exercem função de enfermeiro na APS.

6.4 Instrumento de coleta de dados

Optou-se neste estudo para a coleta de informações por questionário semiestruturado, pelo grupo focal (GF) e pela observação participante registrada num diário de campo, instrumentos considerados adequados para o alcance dos objetivos da pesquisa.

Segundo Gil (2008), o questionário pode ser definido como a técnica de investigação composta por um número de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, entre outras.

Para este autor supracitado, o questionário apresenta as seguintes vantagens: possibilita atingir grande número de pessoas, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica muito extensa; implica em menores gastos com deslocamentos; garante o anonimato das respostas; permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente; não expõe os pesquisadores à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado. Por outro lado, aponta as seguintes desvantagens: impede o auxílio ao participante quando este não entende corretamente as instruções ou perguntas; impede o conhecimento das

circunstâncias em que foi respondido, o que pode ser importante na avaliação da qualidade das respostas; e não oferece a garantia de que a maioria das pessoas devolvam-no devidamente preenchido; envolve, geralmente, número relativamente pequeno de perguntas, porque é sabido que questionários muito extensos apresentam alta probabilidade de não serem respondidos; e por fim, proporciona resultados bastante críticos em relação à objetividade, pois os itens podem ter significados diferentes para cada sujeito pesquisado.

O questionário semiestruturado (APÊNDICE 2) construído para esta pesquisa, foi composto na primeira parte por questões sociodemográficas para caracterizar os participantes da pesquisa e seu contexto social; e na segunda parte, por questões que permitiram identificar as necessidades de aprendizagem sobre ACCR da demanda espontânea e o conhecimento prévio sobre este tema, com perguntas abertas e fechadas que possibilitaram ao participante discorrer sobre o tema proposto. Para minimizar as desvantagens sobre está técnica, foi realizada a validação do mesmo por cinco (5) especialista no tema, conforme será descrito posteriormente.

Justifica-se a opção pela aplicação inicial do questionário e não pela entrevista face a face, tendo em vista que os espaços de conversa com os participantes, interlocutores do NEPH, eram reduzidos a um (1) encontro mensal, quando estes deslocam-se de suas cidades para Regional. Logo, as possibilidades do pesquisador de negociar espaços destinados à coleta de dados de forma individualizada foram frustradas.

Entretanto, para fortalecer e ampliar a coleta de informações foi estruturado um grupo focal com os participantes.

Segundo Morgan (1997), o grupo focal é uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio de interações grupais ao se discutir um tópico especial de pesquisa. Este autor compreende, que o GF enquanto técnica de pesquisa, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Caracteriza-se como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (VEIGA & GONDIM, 2001).

Barbour (2009) descreve que o GF, consiste na realização de uma discussão em grupo que contenha um pesquisador ativo e presente para fazer o papel de moderador, encorajando o grupo, estimulando os debates e coordenando a fluidez da discussão. Dessa forma, para que ocorra uma coleta de informações eficiente, o pesquisador deve estar sempre atento às falas dos participantes, com um olhar amplamente crítico e reflexivo sobre o vocabulário, o tom de voz e a expressão corporal desses participantes, bem como compreender sua cultura e costumes, o

que fará com que o moderador explore o potencial do grupo e tenha subsídios para realizar uma boa análise.

A realização do GF foi viabilizada pelo CDQ. Cabe destacar, que está articulação ocorre a partir dos entendimentos realizados nas reuniões com os interlocutores e a compreensão dos objetivos e da trajetória da pesquisa. E também, que a dinâmica das decisões no grupo buscam fortalecer o processo dialógico e democrático da educação permanente. Portanto, os exercícios de compreensão e reflexão das ações grupais tem sido valorizados neste espaço estratégico de construção do SUS.

Tratou-se de um GF com abordagem exploratória e vivencial, que segundo Fern (2001) não são excludentes. O autor esclarece que o GF exploratório está centrado na produção de conteúdo, e sua orientação está voltada para a identificação das necessidades e expectativas. Sua ênfase está no plano intersubjetivo, na possibilidade de identificar aspectos comuns de um grupo alvo. Por sua vez, o GF vivencial o foco está no processo interno de seu funcionamento, e permite a comparação das informações com os resultados de entrevistas. Além de oportunizar o entendimento específico da linguagem do grupo, nas suas formas de comunicação, preferências compartilhadas e no impacto de estratégias, e programas nas pessoas. A ênfase aqui recai na análise intragrupal.

Segundo Gondim (2003), o GF deve ter clareza de propósito. Neste estudo, o planejamento do GF foi norteado pela seguinte questão: Como tem sido a compreensão e vivência dos participantes relativa ao ACCR da demanda espontânea?

A mesma autora citada acima, acrescenta que o desenvolvimento da pesquisa por meio de GF está intimamente relacionado com a maneira do pesquisador lidar com o processo de discussão intragrupo. Conforme Morgan (1997), o moderador deve incentivar a discussão produtiva dos tópicos relevantes. Sendo assim, precisa ter auto regulação e permitir que a discussão flua, só intervindo para introduzir novas questões e para facilitar o processo em curso. Outro cuidado a ser tomado pelo pesquisador, é a explicitação das regras do GF. São elas: a) só uma pessoa fala de cada vez; b) evitam-se discussões paralelas para que todos participem; c) ninguém pode dominar a discussão; d) todos têm o direito de dizer o que pensam (GONDIM, 2003, p.154).

Entretanto, Fern (2001) nos alerta que o GF pode sofrer interferências, entre elas estão: o bloqueio de produção, a influência social, o pegar carona, a influência normativa. No bloqueio da produção o participante tem dificuldade em pensar (o que se vai dizer) e ouvir (o que os

outros estão dizendo), ou seja, prestar atenção e acompanhar a discussão, ao mesmo tempo em que tenta organizar o seu pensamento para intervir. A influência social está vinculada ao medo da desaprovação social, o que comprometeria a sinceridade das opiniões no grupo.

Gondim (2003, p.156) analisa, que em contextos de discussões grupais as pessoas comparam suas opiniões, crenças, valores, estereótipos, preconceitos e atribuições e ao constatarem inconsistências podem assumir atitudes positivas ou negativas. Por sua vez, a influência normativa, relaciona-se à comparação que se faz com as normas ou padrões sociais, neste caso o participante adota uma atitude para obter melhor avaliação do grupo e posições divergentes são evitadas. Por fim, os pegadores de carona "são aquelas pessoas que se beneficiam do grupo, mas dão pouco em troca" (GONDIM, 2003, p.157). Ao perceber estas interferências, o moderador podem contribuir para minimizá-las, ao realizar ponderações com os participantes para se sintam à vontade, dizendo o que pensa. A autora também alerta para a importância da divergência, comum em grupos focais, pois uma opinião discordante pode provocar um redirecionamento dos posicionamentos até então compartilhados.

A literatura aponta várias críticas à utilização do GF, entre elas o tamanho reduzido do grupo, o que o tornaria não representativo, somado a fato de ser constituído por conveniência, interferindo na generalização do fenômeno estudado. Entretanto, a realização do GF tem baixo custo, e justifica-se na abordagem qualitativa por estar comprometido com a compreensão e o entendimento do fenômeno inserido em um contexto particular e, sendo assim, a representatividade estatística não é o mais importante. Outra crítica dirige-se a uma possível falta de controle do desempenho do moderador, o que exige preparo e flexibilidade do mesmo para compreender a dinâmica grupal (FERN, 2001).

Neste estudo, o tamanho do GF foi de 15 participantes, sendo realizado nas dependências do DRS-XIII de Ribeirão Preto, e conduzido pela pesquisadora principal e orientadora do projeto. O registro do GF foi feito por meio de gravação em mídia digital e posteriormente as discussões foram transcritas pela pesquisadora. Para não expor a identidade dos participantes, nas transcrições, utilizou-se de nomes fictícios.

Nesta pesquisa, a pesquisadora principal e orientadora são interlocutoras do NEPH, o que justifica a escolha da observação participante, com o registro das informações num diário de campo.

Este estudo, apropriou-se da definição de Minayo (2013) sobre observação participante, a fim de compreendê-la:

> Definimos observação participante como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente. (MINAYO, 2013, p. 70).

Na perspectiva de Gil (2010), a observação participante permite uma visão mais ampla da comunidade estudada, e supõe interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. Assim, os dados obtidos dependem do comportamento do pesquisador e das relações que desenvolve com o grupo pesquisado. Mas isso não significa a perda da objetividade. Defende, que pode haver subjetividade na maneira de enxergar a realidade, mas isso não significa concordar com o subjetivismo na análise social.

Minayo (2013), argumenta que a observação tem um sentido prático, pois permite ao pesquisador desvencilhar-se de prejulgamentos e de interpretações prontas, uma vez que é no convívio com o grupo estudado que o observador percebe as questões realmente relevantes e que compreende aspectos que emergem, que seriam inacessíveis para um pesquisador que trabalha com questionários totalmente estruturados e antecipadamente padronizados. A observação participante ajuda, portanto, a "desvendar as contradições entre as normas e regras e as práticas vividas cotidianamente pelo grupo ou instituição observados" (MINAYO, 2013, p. 71). Na observação participante é preciso que o pesquisador organize formas de registro desses dados em campo, para serem posteriormente analisados, e o diário de campo é o instrumento básico de registro de dados do pesquisador.

6.5 Validação do questionário

Nessa etapa, ocorreu a validação de conteúdo do questionário por meio da análise dos itens por 5 juízes. Foram selecionados especialistas na área, considerando a experiência em elaboração e validação de instrumento de coleta de dados e/ou na área da saúde pública ou educação permanente em saúde ou APS.

O contato e o convite para participação nessa fase da pesquisa foi realizado via e-mail. Encaminharam-se a carta convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que todos os que aceitassem participar pudessem assiná-lo, juntamente com o instrumento a ser validado e questionário de validação (APÊNDICES 3,4,5,6).

A avaliação pelos juízes constou de análise relacionada à clareza, a forma como os itens foram agrupados, coerências entre as questões apresentadas, objetividade dos itens e facilidade de leitura e compreensão.

Após a consideração dos juízes, os itens abordados foram analisados e a segunda versão do instrumento (APÊNDICE 2) foi definida.

6.6 Procedimentos de coleta de dados

O procedimento de coleta de dados iniciou-se em agosto de 2016, com a observação participante, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes (APÊNDICE 1), e foi encerrada em setembro de 2017. Para tanto, a pesquisadora participou de 12 reuniões ordinárias do NEPH. Cabe ressaltar, que a convivência com o grupo antecede a formalização deste estudo, e ocorre desde 2014 durante sua atividade como bolsista FAPESP em outro projeto coordenado pela mesma orientadora. As informações das observações foram registradas num diário de campo, que subsidiaram a construção do questionário e o norteamento do GF, assim como, compuseram o momento da análise. As interferências encontradas para a coleta das informações nas observações são relativas a constituição do NEPH, porque o mesmo é um grupo em que participam interlocutores com outras funções, além de enfermeiros. Portanto, durante as reuniões a coleta das informações foi contaminada pela dinâmica inerente ao funcionamento do NEPH, com a participação dos demais integrantes do grupo. A solução encontrada foi acompanhar as discussões que tinham como foco a ACCR da demanda espontânea realizada pelos enfermeiros, e os movimentos realizados nos municípios sobre está problemática.

A aplicação do questionário (APÊNDICE 2) foi realizada entre os meses de junho e julho de 2017. Este foi entregue pessoalmente pela pesquisadora para cada participante após a sua validação, no dia reunião ordinária do NEPH. Todos retornaram respondidos no próximo encontro, e não foi registrado perdas.

O GF foi agendado previamente com os participantes, e realizado em agosto de 2017 nas dependências do DRS-XIII de Ribeirão Preto. Foi mediado pela pesquisadora principal com o apoio da orientadora. Participaram do GF os 15 enfermeiros que também responderam ao questionário. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas. As interferências observadas recaíram sobre a participação mais intensa de nove (9) participantes, e a ausência de contribuições dos demais. Cabe ressaltar, que dos vinte e seis (26) municípios apenas um (1) implantou o ACCR em quatro (4) unidades de saúde da APS.

6.7 Análise dos dados

Selecionou-se para esta pesquisa a Análise de Conteúdo de Bardin (2010, p.280), que percorreu as seguintes fases na sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados. Na organização da análise, realizou-se uma pré-análise do material que se tornou útil ao estudo. Para tanto, realizou-se a leitura flutuante para familiarizar-se com o material que estava arquivado num banco de dados após ser digitado. Na sequência, realizou-se a seleção dos documentos que fizeram parte do corpus da análise de conteúdo, com a marcação da essência das mensagens e foi recortado do texto as unidades comparáveis de categorização para análise temática. A partir daí, o material foi submetido a um estudo aprofundado norteado pelo referencial teórico, quando foi definida as categorias pelo conjunto caracterizados por diferenciação. E, também, realizou-se o reagrupamento por analogia por meio de critérios definidos previamente no sentido de propiciar a realização da inferência. Neste sentido, esta ação permitiu identificar as unidades de significação ao captar os sentidos das comunicações, segmentos de conteúdo que se mostraram como unidade base.

Por fim, desenvolveu-se a interpretação dos resultados na Análise de Conteúdo, por meio da inferência, que para Bardin (2010, p. 41) é a "operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras". Para tanto, foi fundamental o pleno domínio do referencial teórico, no sentido de obter as respostas que precisa diante dos problemas que a metodologia está apta a responder como recomenda Bardin (2010), ou seja: O que é que levou a determinado enunciado? e quais as consequências que determinado enunciado vai provavelmente provocar? (BARDIN, 2010, p. 41).

Por fim, os dados sociodemográficos foram analisados a partir da estatística descritiva, por meio do cálculo de frequência e médias.

6.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado sob parecer número CAAE: 59734316.1.0000.5393 (ANEXO 1).

Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi ressaltado aos participantes os objetivos da pesquisa e a garantia que os dados pessoais serão preservados, além de outros esclarecimentos que foram solicitados e pertinentes ao processo de coleta de informações na pesquisa em questão.

7.RESULTADOS

Os resultados deste estudo são expressos em subitens. No primeiro apresenta-se as caracterização dos participantes, e no segundo os desafios percebidos e as necessidades de aprendizagem**,** categorias resultantes da análise de conteúdo, modalidade temática, das informações coletadas nos questionários, grupo focal e observação participante, conforme descrito anteriormente, que são as seguintes: *Entre a demanda de implantação do protocolo e a ausência de conhecimento teórico e prático; As incompreensões sobre a inserção do ACCR na Atenção Primaria à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde; Entre a agenda do ACCR e os encaminhamentos: o que fazer?; Da obstinação ao modelo curativista às possibilidades do ACCR da demanda espontânea no SUS; A (in)compreensão das necessidades de saúde dos usuários e os possíveis preconceitos da equipe; e A necessidade da Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento do ACCR.*

7.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 15 enfermeiros(as), sendo 13 (86,66%) do gênero feminino, com a média de 39 anos de idade. Quanto ao tempo que esses enfermeiros estavam participando do NEPH, 2 (13,33%) frequentam o grupo há menos de 3 meses, 4 (23,33%) participam há pelos menos 3 meses, 3 (20%) aproximadamente 6 meses, e 6 (40%) há mais de 2 anos. Quando questionados sobre possuírem alguma pós graduação, 5 (33,33%) relataram que não possuem nenhum tipo de pós-graduação, 2 (13,33%) possuem pós-graduação *stricto sensu* e 8 (53,33 %) pós-graduação *latu sensu*. A média de tempo de atuação na área da enfermagem é de 12 anos, porém podemos destacar 2 (13,33%) participantes dentre eles, que atuam a mais de 25 anos no contexto profissional da saúde. Em relação ao local, 12 (80%) participantes atuam somente na AB, 2(13,33%) atuam na AB e na atenção hospitalar, e um (1) atua na AB e como docente na formação profissional técnica de nível médio em enfermagem.

Quando indagados se já trabalharam em unidade de pronto atendimento, 11 (73,33%) informaram que sim. Sobre o protocolo de Manchester, 11 (73,33%) relataram conhecer, porém 12 (80%) informaram que nunca utilizaram o mesmo. Quanto ao uso de internet em seu ambiente de trabalho, 12 (80%) fazem uso diariamente. Apenas um (1) enfermeiro relatou ter utilizado algum jogo na internet ou aplicativo que simule a assistência à saúde, porém, 14 (93,33%) demonstraram interesse nesse tipo de recurso educativo.

7.2 Os desafios percebidos e as necessidades de aprendizagem

A construção das categorias decorreram de uma heterogeneidade de ideias identificadas nas falas dos participantes do GF e registros provenientes dos questionários sobre os desafios

que a implantação do ACCR pode acarretar no processo de trabalho da unidade de saúde e como realizá-lo. Várias questões foram levantadas sobre as limitações da infraestrutura, sobre o preparo da equipe de saúde, sobre a cultura dos usuários do SUS e dúvidas que decorrem da compreensão do modelo de atenção. Constatou-se que as discussões ficaram concentradas em nove (9) participantes, e que os demais não tinham elementos para debater o assunto por falta de experiência e conhecimento, como declararam nos questionários e no decorrer do GF.

7.2.1 Entre a demanda de implantação do protocolo e a ausência de conhecimento teórico e prático

Na construção desta categoria, considerou-se as carências do enfermeiro/participante declaradas sobre a necessidade de compreensão do protocolo do ACCR. E também, as dúvidas que permeiam a formação clínica e que dificultam a tomada de decisão para atender a demanda espontânea na unidade básica de saúde e/ou na estratégia saúde da família. Nos registros, as inconsistências são transferidas também para equipe de saúde. As falas transcritas abaixo ilustram o cerne destas preocupações:

> Necessito aprender todo o processo relacionado ao acolhimento. Nunca trabalhei e pelo pouco que sei tenho muitas dificuldades em implementar na unidade (E6).
>
> Aplicabilidade da classificação de risco. Como utilizá-la? [...] Como capacitar a equipe? [...] Instrumentos a serem utilizados neste processo (E12).
>
> Como organizar a equipe da unidade de saúde, como realizar a estratificação de risco adequadamente (E7).
>
> Necessito de mais informações de como implantar o acolhimento na Saúde da Família (E11).
>
> Desde como construir um protocolo até como aplicar (E13).
>
> Manejo do paciente! (E5).

Os participantes ainda compartilharam objetivamente no questionário, as dúvidas que envolvem os sinais de alerta, sintetizadas na Tabela 1, entre elas, algumas foram descritas com exemplos de situações que caracterizam o porquê das escolhas, apresentadas na sequência.

Tabela 1: Sinais de alerta que mais geram dificuldades no momento da classificação, segundo os participantes da pesquisa. Ribeirão Preto, 2018.

Vermelho	Amarelo	Verde	Azul

- Dor torácica de início Súbito (<1 hora) principalmente hipertensos, diabéticos e cardiopatas. - Dor de cabeça ou tontura, alteração de sinais vitais. - Perda de força, movimento ou sensibilidade de qualquer parte do corpo. - Crise convulsiva.	- Gestante com qualquer sintoma. - Febre (TAX. 39ºC)	- Dor crônica com piora recente.	- Intervenção de Enfermagem. - Problemas ou queixas a mais de 15 dias.

Fonte: pesquisador

> Dependendo a formação e da experiência de quem realiza a classificação de risco, avaliar a dor pode ser bastante difícil, pois necessita de outros saberes para distinguir origem e intensidade da dor (E1).
>
> Gestante com qualquer sintoma[...] dependendo da situação fico na dúvida se não é vermelho, como por exemplo quando alega hemorragia (E11).
>
> Dor crônica com piora recente, fica a dúvida no amarelo porque muitas vezes os pacientes não relatam realmente a necessidade que está passando (E11).
>
> Identificar se a falta de movimento etc são sequelas de alguma ocorrência prévia ou se trata-se de uma situação clínica atual (E12).
>
> Parestesias são queixas difíceis de classificar (E13).

7.2.2 As incompreensões sobre a inserção do ACCR na Atenção Primaria à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde

Nesta categoria destacamos as incompreensões sobre o contexto dos participantes para a inserção do ACCR e o papel das equipes da APS na coordenação do cuidado na RAS. O Sistema de Triagem de Manchester é percebido como uma ameaça para as ações programáticas realizadas na ESF e nas Unidades Básicas de Saúde. Ou seja, parte dos participantes preocupa-se com as atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças na atenção básica, que

envolvem as vulnerabilidades sociais, e que poderão ser descaracterizadas com o atendimento da demanda espontânea dos casos agudos no sistema de triagem de Manchester. As falas transcritas abaixo, qualificam esta unidade temática.

Um dos pesquisados indaga:

> Como conciliar as ações programáticas com a classificação de risco dos casos agudos, sem permitir que o acolhimento dos casos agudos "transforme a UBS/ESF num PA/PS"? (E1).

Outros demonstram preocupação com direcionamento do protocolo na APS, apesar de reconhecer a possibilidade dos benefícios para o atendimento, as falas são de insegurança e desconfiança:

> [...] e o meu medo é transformar num grande PA [...] não vai ser mudança de modelo, vai ser mudança de endereço, PA na AB, eu acho que a gente tem que se debruçar sem preconceitos, e eu tô tentando quebrar os meus, sem preconceito a gente se aproximar, eu acho que tem muita coisa boa que eles trazem no acesso avançado, mas eu tenho muito receio com a realidade que a gente tem [...] (GF).

> Na minha concepção para ser implantado Classificação de Risco na Atenção Básica, tem que ser utilizado apenas o "princípio" de Manchester, até mesmo por conta dos recursos disponíveis nas unidades de pronto atendimento que não são preconizados na AB (E3).

Também avançam nos argumentos de que no pronto atendimento a integralidade e as vulnerabilidades não tem lugar, como nos trechos transcritos abaixo:

> [...] a classificação de risco no pronto atendimento é diferente da classificação de risco da atenção básica, quando a gente coloca essa palavra AB na frente, tem a integralidade do paciente, por isso que penso que é um pouco mais complexo, que classificar na tal cor, a gente tem todo um contexto, né.
> Há também uma diferença no modelo de atenção, e a atenção básica possui características próprias e mais amplas para além da avaliação física. As vulnerabilidades da população deve, ao meu ver, ser parte importante na classificação (E4).

> [...] Eu queria trazer uma questão que eu tenho, que essa escala de Manchester, na verdade, ela dá conta do agudo, né? ela é mais objetiva, né, e ai nas estratégias, nas unidades, a gente se depara muito com essas situações, mas também com as vulnerabilidades sociais, então como a gente traz isso, conversa com essa outra classificação social e das vulnerabilidades? (GF).

> A AB tem um olhar diferente do pronto atendimento, portanto ao meu ver não pode se utilizar de instrumentos construídos para o pronto atendimento, exclusivamente a AB possui características complexas e a equipe que lá atua deve ter um olhar para as vulnerabilidades encontradas por indivíduos que bem conhece e buscar somar ou minimizar as necessidades através da oferta de toda a equipe (GF).

Entretanto, um dos participantes tenta contextualizar as incompreensões das ações fragmentadas e de gestão em que os enfermeiros estão envolvidos no município, e lembra do desafio complexo de protocolos que ainda não foram incorporados à realidade da APS:

> No município, os enfermeiros [...], exemplo de mim, tem muita ação administrativa, [...] e adora ações pontuais, fazer curativo, fazer consulta de pré-natal, puericultura. Passou dessas questões a gente se "engastalha". Então consultas mesmos para intercalar consulta com o médico, pré-natal de baixo risco, é, pacientes diabéticos de baixo risco, é pacientes hipertensos de baixo risco, só pra gente poder citar algumas coisas né, a gente não tem isso, eu não tenho nem o protocolo no município que respalda o enfermeiro pra fazer isso, né, eu tenho protocolos no município de hipertensão e diabetes, protocolos de pré-natal, de puericultura, mas que me deram a primeira consulta, depois disso não tem (GF).

E ainda, chama a atenção para a importância da construção do protocolo segundo a realidade de cada local, e explica como funciona o ACCR no seu próprio município:

> Todos contribuem para uma assistência qualificada e isso deve estar contemplado no protocolo municipal, elaborado de acordo com a realidade de cada local/município (E4).
>
> [...] a construção do nosso protocolo foi em cima do que as equipes trouxeram pra gente. A gente se baseou em algumas situações, mas foi em cima do que as equipes trouxeram pra gente, inclusive o que entraria em vermelho, o que entraria em amarelo, em verde ou azul. A nossa classificação foi produzida pelos profissionais [...] nosso protocolo ele é assim, vermelho atende na hora; amarelo atende no dia; verde em até 7 dias e o azul ele entra na rotina. Esse verde ele entra nessas vagas de acolhimento [...] ninguém mais entra nela [...] (GF).

Quando isto acontece, explica a importância de conversar com o paciente, de maneira a dar resolutividade ao problema. E continua:

> Outra coisa que o nosso protocolo ele prevê, o nosso absenteísmo é grande, ele gira em torno de 30%, que as faltas a essas consultas podem ser colocadas os pacientes do verde, então assim, o nosso acolhimento ele também tem uma avaliação em cima de sinais e sintomas, a gente não trabalha com classificação de risco, porque classificação de risco é enfermeiro e médico, a gente trabalha com classificação de sinais e sintomas que são os auxiliares e técnicos enfermagem com supervisão do enfermeiro quem faz, e mediante a essa classificação a gente vai fazendo os agendamentos (GF).

Por fim conclui:

> [...] se o enfermeiro não tiver uma olhar clínico, de fazer atendimento de enfermeiros, agendar consultas de enfermeiros, não dá certo o acesso avançado (GF).

Uma questão destacada durante o grupo focal, é a dificuldade em classificar situações como a violência física ou até mesmo pacientes que constantemente procuram a unidade de

saúde, demostrando que esse tipo de problemática pode gerar certa confusão pela equipe no momento da classificação. Expresso na seguinte fala:

> [...] Aqui, ó, no amarelo, agressão física, violência doméstica, se chegar um paciente lá, vai ser classificada como amarela, mas se a paciente estiver com roupas super pequenas, extravagante, se ela tiver bem diferente, será que a equipe vai classificar ela como amarelo, uma pergunta? (GF).

7.2.3 Entre a agenda do ACCR e os encaminhamentos: o que fazer?

Uma questão comum que surgiu nos relatos, e que consubstanciou-se nesta categoria, foi a questão da fila de espera nas unidades da APS, o agendamento de consultas do ACCR na demanda espontânea, e as formas de encaminhamentos para outras unidades.

Uma das participantes compartilha o que acontecia na sua unidade antes de começar a discussão para a construção do ACCR:

> [...] a gestão cobrava da gente uma adequação do nosso fluxo de trabalho, os profissionais não estavam aguentando, porque havia briga entre os profissionais, eu vou no médico bonzinho ele aceita, o ruinzinho ele não aceita, então o bonzinho ficava sobrecarregado, cai tudo em cima da enfermagem, né, há tempos a gente tinha tirado o papel da recepção de dispensa de paciente [...] então tudo que chegasse na unidade era mesmo para ser ouvido, mas não era formalizado [...] (GF).

E também a importância que é dada à agenda médica:

> [...] tem uma unidade grande, com uma demanda grande, é a questão da gente diminuir o que essa colega chama de "consultação" [...] a gente fez toda uma discussão [...] o grupo aqui tem essa visão ampliada da saúde, cuidado ampliado [...] e como a gente fica preso nessa agenda médica (GF).

Entretanto, para muitos o destino dos pacientes da demanda espontânea ainda é o pronto atendimento ou o hospital pela falta das vagas dos eventuais, a falas abaixo exemplificam esta conduta:

> Na maioria do casos, os pacientes comparecem com queixas a mais de 15 dias e querem consulta no momento que vai a UBS, e normalmente não tem vaga para este dia, tem a opção do paciente aguardar vaga, mas pode ser que não sobre, acarretando em discussão do paciente para com a equipe e o desfecho é o mesmo, manda para o pronto atendimento porque o paciente muitas vezes não quer aguardar o agendamento (E5).

> Busca-se acolher e resolver na UBS, porém a falta de vagas dos "eventuais" são encaminhadas para pronto atendimento (E2).

> No caso de chegar um paciente com TAX 39ºC e a UBS não tem um médico no momento para prescrever antitérmico [...] o paciente foi para o pronto atendimento municipal (E5).
>
> No município onde trabalho, encaminhamos os casos de maior complexidade ao hospital, já que é o único local que tem suporte para receber este tipo de paciente (E3).
>
> No caso de chegar na UBS uma criança com crise convulsiva afebril, senti a necessidade da equipe estar mais preparada pois houve um desespero dos técnicos de enfermagem. Foi chamado o SAMU (E5).

Na unidades em que não foi introduzido o protocolo, os participantes relatam que a conduta da demanda espontânea é encaminhar para o médico que está na unidade, ou compartilhar o problema com o mesmo, como expressos nas seguintes frases:

> Encaminho para o atendimento médico como prioridade (E6).
>
> Na minha unidade não implantamos acolhimento, então essas dúvidas [...] geralmente discuto com a médica e passamos na frente dos demais pacientes (E11).

Para outros enfermeiros que já vivenciam o protocolo parcialmente, as condutas são pautadas por instrumentos, e o compartilhamento das dúvidas contribui com a tomada de decisão. Os trechos das falas abaixo, ilustram estes posicionamentos:

> No município que trabalho possuímos protocolo para o acolhimento na atenção básica, temos instrumentos de estratificação de sinais vitais que auxiliam a tomada de decisão (E4).
>
> Orienta-se a buscar ajuda de demais membros da equipe sempre que o profissional tiver alguma dúvida na hora de fazer classificação (E1).
>
> Na dúvida em relação à classificação de risco, eu sempre comunico o médico presente na unidade (E15).

Entretanto, um dos participantes argumenta que o ACCR pode transformar-se num instrumento formalizado para dispensar o paciente:

> [...] pode ser uma armadilha, né, a gente de repente começar usar a classificação de risco pra dispensar, para poder dizer que não é ali, mas agora eu tô respaldada (GF).

Argumento que foi refutado por outro participante, ao valorizar a possibilidade do ACCR contribuir com a organização do processo de trabalho:

> Mas eu acho que o inverso é verdadeiro, ao mesmo tempo ele vai dispensar o amarelo e o vermelho na classificação, mas o que é azul e verde ele vai ter que resolver ali,

> entende, ele não vai poder dispensar. Na verdade, o protocolo, ele vem ajudar a organizar o serviço (GF).

O mesmo participante, que tem uma experiência maior com o ACCR, pondera com os demais do GF sobre como iniciar o processo e a necessidade de reorganizar a agenda do enfermeiro:

> Ao você iniciar o processo do acolhimento com classificação de risco, ao você sentar com a equipe, ter essa oportunidade, então você já consegui fazer uma avaliação para valorização de várias outras questões dentro das unidades da atenção básica. Não dá para implantar só o acolhimento, se você não fizer uma reorganização de agendas da enfermeira, se você não fizer uma territorialização, para você conhecer aquela população ter o diagnóstico inicial daquelas pessoas que moram em torno daquela área de abrangência da UBS [...] qualquer ferramenta [...] ela vai ser um processo de organização (GF).

7.2.4 Da obstinação ao modelo curativista às possibilidades do ACCR da demanda espontânea no SUS

Esta categoria retrata os entraves originados pelo contexto histórico e cultural do sistema de saúde brasileiro, que ainda permeiam as ações cotidianas da equipe de saúde, como foi apontado pelos participantes. Estes reconhecem a persistência do modelo curativista e os entraves para a sua superação, como nos trechos abaixo:

> [...] Por mais que a gente queira, por mais que a gente fale, por mais que a gente tenha unidades que trabalhe de uma forma diferenciada, a grande maioria é isso, o modelo de assistência que a gente oferta, ele é ainda um modelo de assistência centrada no profissional médico, centrado nas especialidades, centrado na urgência e emergência (GF).

> [...] o cotidiano gira em torno do horário que o médico estará na unidade, em tudo o que acontece na unidade vai depender da disponibilidade dele, ou seja, a equipe, ela funciona em função ainda de uma pessoa de referência e não com a necessidade de fato da população, ou seja, nossa lógica de prática assistencial ainda é vertical no sentido de impor o que nós entendemos que é possível naquele momento e não de fato que ele precisa (GF).

Esta questão é reafirmada por um dos participantes, que compreende a necessidade de mudança no modelo de assistência e a adoção do ACCR no SUS, e por outro lado, como a sua própria história educacional e profissional contribuíram para a persistência das ações centradas no médico da unidade, ainda que o desejo seja outro:

> [...] o que eu acho que falta, é a mudança no modelo da assistência. [...] A assistência que eu vou oferecer não é aquela que eu tenho, é aquela que a população está precisando, se ele tá recorrendo a farmácia ou a unidade de emergência, é porque a

> atenção básica não tá respondendo àquela necessidade. [...] Porque a gente ainda teima em trabalhar no modelo médico centrado, tudo o que chega na unidade, da unha encravada a PCR ele vai desembocar na consulta com o médico, isso é o que eu convivo [...] um modelo de assistência centrada no profissional médico, centrado nas especialidades, centrado na urgência e emergência [...] alguns anos da minha vida, nesses 20 anos eu ajudei a educar a população a procurar o médico e procurar o PA (GF).

E continua:

> Quando chegava no médico, era 12 pacientes agendados e mais dois de eventuais; já foram os eventuais, os que faltaram, faltaram, não vai colocar ninguém aqui. Então a gente tinha uma resistência do profissional médico de uma forma geral, alguns receptivos, outros não receptivos. Alguns enfermeiros mais ousados, tô falando num contexto geral [...] tô com febre, tô com dor na unha, tô com disúria…pronto atendimento. Tá com dificuldade de ir pra lá, pera ai que a gente vai colocar uma viatura daqui da UBS lá pra UBDS. Porque isso era orientação do município, não erro orientação do protocolo, a gente sabe o que tá no chão da fábrica tem mais poder do que o papel, o protocolo que a gente instalou (GF).

Por fim, outro participante discute sobre o ritmo das mudanças na implantação do ACCR da demanda espontânea, e o trabalho de equipe na construção do SUS:

> [...] tô falando, que a gente tem essa mudança, não ocorre do dia para a noite, né, não adormeço SUDS e acordo SUS, é tudo uma maravilha, essas mudanças devem acontecer, mas para ter uma assistência integral do jeito que tá lá na Política Nacional de Atenção Básica, né, que a gente tenha uma atenção multiprofissional, do jeito que tá lá no nosso Sistema Único de Saúde, o olhar que a gente tem que ter, a mudança tem que acontecer primeiramente dentro de cada um de nós, prá gente poder aprender a trabalhar em equipe (GF).

E completa:

> [...] se a gente não tiver o trabalho em equipe, e nós não temos, porque o melhor termômetro é a equipe, então se você tem um protocolo seja ele qual for, ele só vai dar certo se a gente utilizá-lo adequadamente, e a nossa equipe vai nos apontar (GF).

7.2.5 A (in)compreensão das necessidades de saúde dos usuários e os possíveis preconceitos da equipe

A percepção dos participantes do estudo sobre a falta de credibilidade da comunidade com a resolutividade da APS, caracteriza esta categoria, como se nesse nível de atenção não fosse possível resolver seus problemas de saúde mais complexos, ou seja, ainda se tem a visão da APS como local de ações em saúde corriqueiras. Destacam, que independente da mudança ocorrida pela criação do SUS, para a população ainda não é suficiente, tendo em vista que o mesmo procure meios mais rápidos de oferta de assistência. Um dos participantes justifica o

atraso da população para as dificuldades que ocorrem na APS, como expresso no trecho a seguir:

> [...] como paciente nosso, brasileiro, ele não tem o costume de se cuidar, fazer uma consulta agendada, fazer um periódico. A nossa população tem o conhecimento em saúde bem atrasado, sabe, eles preferem procurar o pronto atendimento ou até procurar uma farmácia que é muito mais rápido, preciso disso aqui para esse prurido aqui ó, o farmacêutico passa a medicação e ele vai embora para casa, entendeu, eles querem uma resolução rápida, e as vezes essa procura pelo pronto atendimento muitas vezes é isso, é falta de educação em saúde, para cuidar da sua saúde e prevenção (GF).

7.3 A necessidade da Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento do ACCR

A Educação Permanente em Saúde caracteriza esta categoria, uma vez que os participantes revelam a sua importância como a estratégia que irá fortalecer e permitir avanços no ACCR, e também a quebra de paradigmas do cotidiano das unidades de saúde. A fala abaixo traduz esta questão:

> [...] Então eu acho que isso é uma coisa que me pega muito, tinha que ter uma capacitação mesmo, que envolta toda a equipe, é muito difícil lidar com isso, esses vícios, principalmente desses profissionais que estão há muito tempo e fechados para o conhecimento novo (GF).
>
> [...] em termos de capacitação ai, que eu acho que a gente pode trabalhar, nós estamos num espaço de educação permanente (GF).

Além disso, os participantes citam a necessidade dos espaços de discussão dentro das unidades de saúde, para que a equipe possa compartilhar as dificuldades e as conquistas vivenciadas.

> [...] Então quais os espaços que a gente têm organizado nos nossos serviços que propicie para a gente poder conversar sobre essas questões, que a equipe a princípio vai achar uma baboseira, mas que são extremamente necessário no nosso processo de trabalho. Para o nosso entendimento, eu digo até mais, trabalhar as nossas próprias diferenças, né, nossas próprias fragilidades que a gente tem, que dificulta nossa assistência, a gente precisava criar nos nossos municípios esses espaços, né, e dentro das nossas unidades a gente tem espaço para sentar e dialogar, conversar sobre essas questões, que muito dificultam. Então, você chegou lá, né, e você faz e os demais? Como a gente vai conseguir quebrar esse gelo? Através de uma capacitação? Uns sim né. Se a gente conseguir espaço para conversar do nosso dia-a-dia, onde que esbarra. Eu acho que isso vai nos auxiliar também, muito, pra gente não se sentir sozinhos também, né (GF).

Finalmente, um dos participantes defende a necessidade das seguintes aprendizagens:

> Gostaria que aprofundássemos a discussão sobre como fortalecer o Acolhimento com Classificação de Risco das condições agudas, com o Acolhimento com Classificação das vulnerabilidades sociais e do acompanhamento das condições crônicas (E1).

8.DISCUSSÃO

As necessidades de aprendizagem que emergiram a partir das categorias descritas nos resultados desta pesquisa, descortinam mais uma vez o paradoxo das mudanças que são historicamente construídas no contexto do SUS no Brasil. Esta discussão fundamentou-se de uma maneira geral, no pêndulo em que os enfermeiros nos seus movimentos diários vivenciam entre as práticas do passado e as possibilidades de mudanças nas unidades da APS. Também constataram a demanda dos participantes pelo conhecimento teórico-prático para avançar na implantação do ACCR da demanda espontânea, sem desconsiderar as demais políticas e o próprio contexto da APS.

A caracterização dos participantes desta pesquisa confirma o perfil histórico da enfermagem, ao identificar que a sua maioria é do gênero feminino. Dados mostram que dos (85,1%) são do gênero feminino e (14,4%) são do gênero masculino (MACHADO et al., 2015).

Em relação a idade média de 39 anos, apresenta-se um perfil jovem. Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul em 2016 com enfermeiros da Atenção Primária, corrobora com este resultado e refere que a idade média dos pesquisados é de 36,6 anos (NORA; ZOBOLI; VIEIRA; 2017). Segundo pesquisa de Machado et al (2015), a profissão da enfermagem está em pleno rejuvenescimento, porque seu maior contingente de profissionais está com idade entre 36-50 anos.

Sobre o tempo de participação no NEPH, observamos que 9 (46,66%) dos participantes estão frequentando as reuniões do grupo há menos de um ano, ou seja, são interlocutores novos. Dessa forma podemos inferir que há uma rotatividade significativa desses enfermeiros no contexto estudado. Para Viana et al (2015), esta dificuldade de manter os interlocutores neste espaço de conversa e implementar ações de EP, decorre da ausência de reflexão e valorização por parte dos gestores municipais sobre a relevância da Política Nacional de Educação Permanente. Sendo os responsáveis diretos pela indicação desses representantes, ao alternar os mesmos, pode comprometer a continuidade de ações planejadas para qualificar as boas práticas no contexto da saúde e social. Sendo assim, concordamos com os autores quando indicam a necessidade de um processo de conscientização dos gestores da saúde para o fortalecimento desta Política.

Sobre a área de atuação, a Atenção Básica, critério de seleção dos participantes, cabe destacar que a maioria dos profissionais que atuam neste contexto apresentam um nível de satisfação elevado em relação a esse universo profissional. Foi o que encontrou um estudo sobre nível de satisfação profissional dos enfermeiros(as) que atuam na Atenção Básica em Saúde, mesmo considerando os limites estruturais, que fogem muitas vezes dos princípios do SUS.

Para os enfermeiros desta pesquisa, as ações realizadas têm representado para aqueles que estão diretamente engajados, uma nova realidade para a sociedade brasileira (ARAÚJO & OLIVEIRA, 2009).

Com isso, compreende-se que vínculo que os enfermeiros da pesquisa tem com a AB pode ser um fator importante no desenvolvimento de ações na EP, porque potencializa o comprometimento e o compartilhamento de experiências, assim como pode favorecer na construção de novos conhecimentos. Especialmente porque a grande maioria dos participantes possuem pós-graduação, mais especificamente, especialização em alguma área de conhecimento da enfermagem. Isso demostra, uma forte perspectiva no aperfeiçoamento do enfermeiro, tanto no que se refere a satisfação no trabalho, como na assistência oferecida para os usuários (OLIVEIRA et al, 2009). Assim, os cursos de pós-graduação *lato sensu* na área da enfermagem, tem por objetivo uma formação direcionada em uma área determinada visando aprimorar a prática do cuidado ao usuário, família e comunidade. Por outro lado, aponta o valor atribuído à continuidade da formação, o que possivelmente favorece a sua inserção na construção da EP na unidade de saúde da APS, como foi encontrado nesta pesquisa.

No contexto da prática profissional, a maioria dos participantes já atuaram em unidade de PA. Quando questionados sobre o protocolo de Manchester a maioria o conhece, entretanto 80 % dos pesquisados relataram nunca terem utilizado o protocolo. Estes dados nos faz refletir sobre um possível limitação destes profissionais em relação à compreensão do protocolo, ou mesmo um desconhecimento sobre a Política Nacional de Humanização, que preconiza que os serviços de PA, bem como todos os serviços de urgências, desde 2004, determina o ACCR como estratégia de organização do trabalho (OLIVEIRA et al., 2013). Este achado, confirma o descompasso entre a publicação de uma política de saúde, sua disseminação e incorporação às unidades de saúde no cuidado de enfermagem/saúde. Considera-se que a complexidade do sistema de saúde brasileiro pode ser um fator limitante, porém qualquer política ou programa de saúde requer uma estratégia de disseminação, e, principalmente, recursos materiais e a formação de recursos humanos. Portanto, não basta a sua formulação, mas como a mesma de fato irá transformar o cotidiano das unidades de saúde e a qualificar o cuidado em saúde.

No quesito acesso à internet, 80% faz uso diário desta ferramenta, o que nos possibilita abrir margem para infinitas reflexões, principalmente porque estes avanços facilita um maior acesso às informações, inclusive dentro do ambiente profissional. Corroborando com isso, podemos destacar o crescente aumento na produção e divulgação do conhecimento na área da saúde nas últimas décadas, por meio de *games*, aplicativos, *e-books*, bibliotecas virtuais, entre outros (PISSAIA et al., 2017).

Com relação a utilização de jogos e aplicativos que simulem a assistência à enfermagem, um participante referiu ter utilizado em sua vivencia profissional, e 14 participantes relataram ter interesse nesse tipo de jogo ou aplicativo. A simulação tem sido utilizada internacionalmente no contexto da saúde, mesmo sendo uma prática relativamente nova na educação. Estudos apontam a sua efetividade no processo de aprendizagem dessas tecnologias, e os jogos digitais favorecem diversas características, dentre elas, a atenção, além de proporcionar um ambiente educativo motivador e lúdico (CORRREIA; ALVES; CORREIA, 2016).

Concordamos ao analisar estes estudos, que simular a prática profissional proporciona uma assistência mais segura e sem riscos reais. Portanto, estas informações inicias confirmam a possibilidade dos participantes de valorizar e apropriar-se de uma tecnologia educativa voltada para o ACCR da demanda espontânea. Também, na discussão que se segue, a articulação dos resultados do contexto estudado aos achados da literatura, fornecerão os subsídios científicos para o desenvolvimento de uma tecnologia educativa sobre ACCR da demanda espontânea, para possivelmente atender, em parte, às necessidades de aprendizagem destes interlocutores/enfermeiros. Contudo, compreende-se que no processo de aprendizagem, nenhuma tecnologia por mais sofisticada que ela seja, possa substituir as interações sociais, pois seu objetivo maior é propiciar a disseminação de conhecimentos e favorecer a discussão sobre os conteúdos cognitivos, procedimentais e atitudinais sobre a questão. Portanto, é um recurso que poderá compor um processo organizado, sistematizado e dialógico de EP na unidade de saúde, e propiciar as mudanças esperadas no processo de trabalho da equipe, ao adotar uma nova política ou programa de saúde.

Outra questão que foi levantada nesta discussão, é de que as categorias construídas neste estudo, articulam-se naturalmente, pois são interdependentes. O olhar pontual para os resultados ajudaram a interpretação do contexto maior em que o ACCR da demanda espontânea está inserido na APS, e no SUS.

Assim, quando questionamos aos participantes sobre o conhecimento do protocolo do ACCR, 10 (66%) relataram conhecer e 5 (33%) desconhecem. Com esta informação, pode-se inferir que pelo menos um terço das unidades de saúde em que trabalham estes enfermeiros, não possui o ACCR da demanda espontânea, e possivelmente ainda não discutem a possibilidade de organizar o processo de trabalho a partir desta tecnologia. Trata-se de uma prática relativamente nova no Brasil para potencializar a efetividade no processo de gestão do cuidado. Cabe legalmente ao enfermeiro, o papel principal no acolhimento, que de forma

preponderante também lidera o processo de mudança na educação da equipe de saúde e da comunidade (COFEN, 2012).

No Brasil, o papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco está instituído na Resolução COFEN nº 423/2012 do Ministério da Saúde que regulamentam os serviços de urgência e emergência (CAVALCANTE, 2012). Existe o reconhecimento de que este papel "ultrapassa os conhecimentos técnicos científicos à capacidade de liderança, ao mesmo tempo em que desenvolve o senso crítico para avaliar, ordenar e cuidar" (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2010).

Entretanto ao realizar ACCR da demanda espontânea, esses enfermeiros destacam as dificuldades em como realizá-lo de forma prática, ou seja, no manejo do paciente desde a sua chegada na APS até a resolutividade do problema. Apontaram também as barreiras gerenciais enfrentadas, até mesmo na capacitação da equipe de saúde para ACCR e a escassez de recursos humanos. O próprio conhecimento sobre o protocolo ainda suscita dúvidas, neste sentido os participantes percebem a necessidade de aprofundar os aspectos teórico-práticos da clínica, para realizar a classificação com segurança e mitigar os riscos de uma tomada de decisão equivocada.

Para enfrentar tais barreiras e o sucesso das ações em equipe, é de extrema importância realizar o planejamento a partir do conhecimento da demanda de cada unidade. Este diagnóstico inicial deve conter o perfil do usuário, os problemas de saúde mais recorrentes, característica do território, as formas de acesso e os serviços e ações oferecidas pelo centro de saúde. Deve ser realizado também, diagnóstico dos recursos da unidade e da comunidade e processo de trabalho, modo que a assistência seja focada na realidade de cada serviço (BRASIL, 2013).

Organizar-se na perspectiva do acolhimento dos usuários exige reflexão pela equipe sobre a oferta que ela tem apresentado para atender as necessidades de saúde da comunidade. Tais ofertas devem estar disponíveis para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada, neste sentido, é importante que a equipe discuta e defina a maneira como cada profissional participará do acolhimento. Assumir o acolhimento como diretriz consiste em um processo que demanda transformações intensas na APS. Isso requer ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois o acolhimento não se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado (BRASIL, 2013).

É importante estabelecer um fluxo de atendimento, partindo do pressuposto que de que a recepção é o primeiro contato do usuário na unidade da APS, mas que não é o local adequado para sanar os problemas trazidos pela comunidade. Desta maneira deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base nas necessidades de

saúde, e em alguns casos, intervenção imediata ou a curto prazo. O mais importante, não é a definição da ordem e o local onde será realizado cada ação, mas a lógica dela, ou seja:

> 1) Que usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina, por exemplo) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção;
>
> 2) Que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas;
>
> 3) Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários (BRASIL, 2013, p.26).

O acolhimento pode ser compreendido como atitude e tecnologia do cuidado, como mecanismo de ampliação do acesso e como ação de (re)organização do processo de trabalho das equipes de saúde, estes novos sentidos são fundamentais na ação de receber e escutar, e principalmente na construção de vínculo com os usuários (CATARINO, 2013).

Nas falas dos enfermeiros participantes da pesquisa, a consulta médica ainda persiste como o centro do processo na maioria dos municípios, mesmo para aqueles em que os avanços são reconhecidos, esta questão desequilibra as ações na unidade de saúde na APS. Nesta perspectiva, a demanda espontânea e o atendimento dos eventuais tornou-se uma negociação que depende da compreensão do médico sobre o ACCR, mas principalmente pelos demais profissionais da equipe de saúde.

As cotas de consultas limitadas do dia geram diversos desconfortos e falta de garantia de acesso às unidades de saúde, contrariando o princípio da equidade (LIMA et al., 2015).

O princípio da equidade consiste em uma preocupação constante durante o acolhimento. A equidade, permite tratar diferentemente os desiguais ou de acordo com cada necessidade, impedindo que atendimentos injustos sejam realizados (BRASIL, 2012).

Deste modo, as vulnerabilidades em que se apresentam nesse tipo de serviço, constituem situações que também preocupam os participantes da pesquisa, pensando também na lógica da equidade, de modo que o ACCR poderá negligenciar tais problemáticas apresentadas durante o atendimento. Entretanto, o ACCR articulado com a avaliação de vulnerabilidades orientarão a intervenção necessária. É importante priorizar o atendimento de alguns casos, com o intuito de não manter a pessoas em sofrimento por muito tempo (BRASIL, 2013)

O olhar biológico nessa perspectiva não é suficiente, tendo em vista que existem algumas situações que se intensificam frente as vulnerabilidades sociais, desta maneira o acolhimento pode ser o momento em que esses usuários serão incluídos nos planos de cuidados, pois está mais aberto ao diálogo para com a equipe de saúde (BRASIL, 2013).

A competência técnica, o bom senso e a sensibilidade constituem atitudes primordiais e suficientes para avaliar os casos, considerando o risco e a vulnerabilidade. Entretanto pode ocorrer dificuldades durante o ACCR, seja de cunho técnico, seja em relação a própria aceitação pela equipe. Assim, a equipe deve discutir os casos, para que haja troca de conhecimentos, em que os critérios e sinais sejam pactuados para a o ACCR e também para as vulnerabilidades (BRASIL, 2013).

Outra questão apontada pelos participantes da pesquisa se refere em como articular as ações programática com o ACCR, como se o protocolo fosse descaracterizar as ações em saúde realizadas nesse nível de atenção.

O acolhimento à demanda espontânea e o atendimento as urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento a uma unidade de PA, pelo simples fato da APS trabalhar em equipe, por conhecer toda a população, possui registro em prontuário, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, acompanhamento do quadro e estabelecimento de vínculo com o usuário, e não somente um atendimento pontual (CASSETARI; MELLO, 2017).

Para que a rotina da unidade não seja prejudicada pela nova remodelagem do ACCR, é importante reorganizar o trabalho da equipe de saúde, de forma a evitar as filas e ou a distribuição de senhas. O ajuste no fluxograma da unidade será necessário, ou seja, o número de equipes da unidade, quando pequeno, provavelmente fará que algum membro da equipe realize a escuta e, possivelmente, algumas intervenções (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde (2012) apresenta um fluxo de atendimento como ponto de partida, uma estratégia com intuito de organizar o trabalho em equipe que deve ser adaptado, enriquecido, remodelado de modo a facilitar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, dar resolutividade as suas necessidades e otimizar o processo de trabalho.

Segue abaixo (figura 5) a classificação de risco encontra no Caderno de Atenção Básica, nº 28, Ministério da Saúde, 2012.

Figura 5 – Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica

CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPOTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

Situação não aguda

Condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).
- Agendamento/programação de intervenções.
- Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

Situação aguda ou crônica agudizada

Condutas possíveis:

- Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratoria, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.

- Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.

- Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Fonte: BRASIL, 2012.

Quando abordamos sobre os principais sinais de alerta que geram dificuldades no momento da classificação, identificamos os desconhecimento e despreparo pelos participantes em relação ao protocolo, tendo em vista que o mesmo é muito claro em relação ao fluxo do ACCR da demanda espontânea.

As principais dificuldades apontadas estão presentes nas demandas dos usuários classificados como vermelho, ou seja, os pacientes que devem ser atendidos imediatamente.

A longo prazo isso pode acarretar diversos prejuízos durante o acolhimento, pois na prática, há o risco do profissional ficar apenas na queixa-conduta, ou seja, nos aspectos biológicos e clínicos do problema, levando ao usuário exagerar na sua queixa, dando entender se o profissional irá atender ou não. É fundamental que o profissional saiba usar corretamente o protocolo, de maneira a realizar uma escuta qualificada e ampliada para que não haja insatisfação e abreviação da autonomia dos usuários (MITRE; ANDRADE; MITRE, 2012).

A classificação de risco deve ser utilizado como uma estratégia que não alimente a contradição entre a organização da demanda espontânea e o direito ao acesso universal (BREHMER; VERDI, 2010).

Sobre o encaminhamento dos casos que ocorrem maior dificuldade durante o ACCR, mais uma vez nos deparamos com a prática assistencial centrada no médico, o modelo da consultação como trouxe uma dos participantes da pesquisa. Isso gera falta de autonomia e insegurança pela equipe de saúde, tendo em vista que o atendimento clínico se resume apenas a uma categoria profissional.

Tais dificuldades podem ser enfrentadas pela valorização da competência clínica de toda a equipe, a partir do suporte e orientação, mediante protocolos previamente definidos que garantam maior autonomia e capacidade de intervenção. Esse processo é favorecido quando há implantação participativa, envolvendo colegiados locais da própria ESF, permitindo aos profissionais maior qualificação no seu trabalho e na produção do cuidado por meio da educação permanente e da manutenção de proporções adequadas de população adscrita por equipe (OLIVEIRA; TUNINI; SILVA; 2008; SANTOS; SANTOS, 2011; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010).

Em estudo realizado por Santos et al (2016), os autores reiteram que o trabalho em equipe influencia o atendimento na APS. A falta de planejamento e compartilhamento das informações mostra que esses dois desafios devem ser encarados para que o trabalho em equipe seja efetivo.

Os autores ainda apontam que para a transformação do modelo assistencial vigente, ou seja, que a continuidade do atendimento só será garantida quando ocorrer a valorização do trabalho do outro. Destaca-se, que o trabalho em equipe deve ser constituído com a articulação dos trabalhadores, sem que haja individualização do trabalho e compartimentalização das ações em saúde (SANTOS et al., 2016)

O papel do profissional enfermeiro se constitui fundamental dentro da APS, principalmente para a transformação do modelo medico-centrado. Entretanto, um estudo de revisão destaca que a autonomia do profissional enfermeiro dentro da ESF encontra-se em processo de consolidação, seja pelas características do profissional, ou as condições do trabalho (CHAVES et al., 2014).

Esta pesquisa indica, que embora se tenha uma perspectiva da clínica ampliada e da PNH muita presente na APS, o modelo tradicional se encontra muito presente dentro dos grandes centros de saúde, impossibilitando maior autonomia, principalmente, da equipe de enfermagem, persistindo uma lógica clínica curativista, independente da inserção de um protocolo como do ACCR.

Essas perspectivas apontadas acima, corroboram com outra problemática apontada pelos participantes, a desvalorização da APS, ou seja, quando a população não consegue um atendimento prontamente, os mesmos procuram outra forma de atendimento mais rápido e "facilitado", como por exemplo os serviços de pronto atendimento ou mesmo a farmácia.

Considera-se a APS como um nível de atenção com alto nível de complexidade, todavia observamos nas falas dos enfermeiros um equívoco a respeito das ações da APS, como se a mesma não fosse responsável pela coordenação do cuidado na rede assistencial à saúde e porta de entrada do sistema.

A responsabilidade pela coordenação do cuidado tem sido destinado a APS e atribui a ela uma assistência robusta e de qualidade (LIMA et al., 2015; STARFIELD et al., 2005). Coordenação refere-se aos prestadores da APS, que são: as equipes de saúde da família (ESF) e/ou equipe de AB/ UBS. Estas equipes são responsáveis pela coordenação de outros níveis de atenção para resolver necessidades mais complexas garantindo qualidade no cuidado e redução nos custos (LIMA et al., 2015).

Por mais que a APS tenha todos os atributos referidos acima, os participantes relatam que os usuários deixam de fazer um seguimento periódico nas unidades de saúde para tratarem apenas suas queixas agudas.

Considerando toda estrutura política e institucional, e de uma legislação existente para a concretização do acesso aos usuários aos diversos serviços de saúde do SUS, é possível afirmar que existem barreiras que necessitam ser enfrentadas pelas instituições públicas para ofertar assistência a todos, respeitando todos os princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade (LIMA et al., 2015).

As demandas ainda são muito centradas no modelo biomédico, cuja as ações são curativistas e sempre centradas na figura do médico, desta forma para a população o acesso ao

sistema de saúde é sinônimo de acesso ao profissional médico, de modo que as ações realizadas anteriormente se caracterizam como triagem, de represamento da demanda com relação a um tipo de profissional (CAMPOS et al., 2014). Esta pesquisa reafirma esta prática, ou seja, os desejos de mudanças dos participantes, reiteradamente é atravessado por um processo eminentemente tarefeiro em que esgotar a fila é o principal objetivo.

Tal postura exercida pela comunidade, contribui para o excesso de demanda nos PA, que deveriam atender apenas as urgências e emergências. Entretanto a dificuldade de acesso a APS, faz com que a população tente outra forma de atendimento. A cultura de procurar hospitais para o atendimento que poderiam ser resolvidos na APS, não é uma questão inerente apenas a população brasileira (CAMPOS et el., 2014).

A procura pelos serviço de urgência e emergência para solucionar casos que poderiam ser atendidos nos serviços de menor densidade tecnológica, vai além do nível social e econômico dos países. Apesar da expansão da APS e da ESF, esse panorama não se modificou. Observa-se uma divergência no modo de compreender a urgência pelos gestores, profissionais da saúde e usuários. Tendo em vista a disponibilidade da porta de entrada proposto pelo sistema, a população ainda prefere recorrer ao serviço de urgência (RATI; GOULART; ALVIM, 2013; CASSETTARI, MELLO, 2017).

Nesse sentido a população busca aos serviços de urgência por considerar seus quadros clínicos como situação de urgência e emergência, apesar da realidade apresentada não considerar risco eminente de vida. Outro dado importante é que a maioria dos serviços de urgência ficam localizados mais perto das residências e possuem horário de atendimento mais flexível, tornando teoricamente o acesso mais fácil para a população (FREIRE et al; 2015).

Dada a complexidade abordada nessa pesquisa e como o ACCR pode ser uma estratégia de grande ajuda dentro da APS, discorremos também da necessidade da Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento dessa estratégia no dia-a-dia do trabalho. A partir da fala dos participantes percebemos a importância dos espaços de discussão e também de capacitação da equipe de saúde.

A educação permanente como prática de ensino-aprendizagem caracteriza a construção do conhecimento no cotidiano das instituições de saúde, partindo do pressuposto da realidade vivida pelos profissionais da saúde, tendo como pano de fundo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho (CECCIM, 2005). Se apoiando no ensino problematizador e da aprendizagem significativa voltada nas experiências anteriores e nas vivencias pessoais dos profissionais, o processo está focado na construção do conhecimento que respondam as dúvidas

que constituem ao universo vivenciado de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre ser e atuar no mundo do trabalho (CECCIM, 2005).

Segundo Paulo Freire (2015, p. 30) "Ao ser produzido, o conhecimento novo supera outro que antes foi novo e se fez velho e se "dispõe" a ser ultrapassado por outro amanhã".

Desta maneira, a EPS se fortalece como uma importante estratégia nesse contexto, pois a equipe terá oportunidade de discutir no grupo suas dificuldades inerentes ao trabalho e para além disso, poder refletir sobre novas possibilidades e conhecimentos que são possíveis a prática profissional, como foi apontado pelos participantes desta pesquisa.

A EPS constitui uma ação fundamental ás transformações no mundo do trabalho para que esse ambiente seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Entretanto, é necessário descentralizar e perpetuar capacidade pedagógica entre os trabalhadores, entre os gestores, serviços e sistemas de saúde e controle social. Esta ação nos permitiria fazer do SUS uma rede-escola (CECCIM, 2005).

A concretização da EPS dentro dos serviços de saúde depende que os processos educativos dos trabalhadores tenha como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, outra perspectiva é como orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos sujeitos-trabalhadores e das estratégias de transformação das práticas em saúde (CECCIM, 2005; MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

A EPS pode ser vista como transformadora das práticas profissionais, bem como do desenvolvimento do sujeito-trabalhador. Podemos refletir a necessidade dos espaços dentro dos serviço para que esses profissionais da APS possam discutir sobre as problemáticas, principalmente sobre o ACCR, ou seja, partir de uma perspectiva de que a educação deve ser inerente aos processos de trabalho.

Silva & Peduzzi (2011), apontam para a educação como um processo incorporado a organização do trabalho em saúde, que pode se constituir com um trabalho coletivo do saber, como revelar a concepção tradicional de educação enquanto transmissão e atualização de informações.

Concordamos com as autoras citadas acima, e destacamos a necessidade da inserção de novas tecnologias, como por exemplo a internet, citada pelos participantes da pesquisa, como estratégias para o fortalecimento do ACCR e da EPS.

Em educação, as tecnologias vem sendo utilizada desde antes do século XX, destacando a utilização do quadro negro e o livro texto. A partir da década de 20, os avanços relacionados

a transmissão de informações pelo rádio contribuíram ainda mais os interesses em relação as tecnologias como ferramenta para instrução. Em 1950 os interesses pelo uso da TV em ambientes educacionais aumentaram e a partir de 1980 o uso do computador também começou a ser utilizado na área educacional (REISER, 2001).

As tecnologias de informação e comunicação possibilitam o acesso facilitado de informações a milhares de pessoas em diferentes localizações no mundo, possuem capacidade de entender as necessidades dos trabalhadores, permite o acesso em tempo e local a critério de quem busca informações, o que facilita na troca de conhecimentos e a capacitação dos profissionais (MULLER et al., 2011).

Estudos apontam que a utilização das tecnologias da informação e comunicação facilitam na construção do conhecimento. Pois ela favorece que o educando tenha acesso a inúmeras possibilidade de ensino-aprendizagem que facilitam na aquisição e o entendimento de informações técnicas e científicas (CALIL et al., 2012; CARDOSO, 2013; ALBUQUERQUE, 2013; LEITE, 2014; SILVA, 2014; SILVA et al., 2015;).

Autores apontam ainda que as tecnologias no contexto do ensino e na assistência, demonstram uma perspectiva do mercado de trabalho atual, desempenhando um papel fundamental no apoio à prevenção, promoção da saúde, bem como no cuidado direto ao paciente (CARDOSO et al., 2017; GONSALEZ; LOURENÇÃO, 2017).

Desta forma, enfatizamos as diversas possibilidades de inserção das tecnologias de informação e comunicação, entre elas no contexto da educação, ou seja, na construção do conhecimento para o fortalecimento do SUS.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem inserida de forma preponderante nos processos que lutam para consubstanciar os princípios do SUS, e suas políticas no cotidiano da prática profissional, ainda convivem com os valores e práticas do passado, mas ansiosos e abertos para integralizar as mudanças que estrategicamente podem perpetrar transformações sociais.

As necessidades de aprendizagem relativas ao ACCR da demanda espontânea levantadas nesta pesquisa, traduz uma realidade de incertezas em que os enfermeiros convivem na APS. As práticas do passado ainda ecoam fortemente no cotidiano das unidades, e controlam a lógica do atendimento pela equipe de saúde. Neste cenário, a compreensão do ACCR passa por uma ressignificação do processo de trabalho na unidade de saúde, uma vez que para alguns irá descaracterizar a integralidade do cuidado em saúde, essência de suas práticas para a realização da promoção da saúde e prevenção das doenças. E para outros, irá organizar e dar resolutividade aos casos agudos vivenciados nas mesmas unidades. Este estudo encontrou uma incompreensão sobre esta questão, uma vez que parte dos participantes tem princípios arraigados de que a APS consiste no atendimento de pessoas saudáveis, por meio de políticas e programas que envolve a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Para estes enfermeiros, existe uma possibilidade real das unidades de saúde serem transformadas em pronto atendimento, pois compreendem que é neste local que deve ocorrer a assistência de usuários doentes.

Neste sentido, o acolhimento do usuário é compreendido como um meio de realizar o encaminhamento, sendo que o atendimento de casos agudos não caracteriza a integralidade do cuidado em saúde. Ou seja, os conceito de acolhimento e integralidade do cuidado em saúde foi revestido para uma prática de cuidado em saúde ainda fragmentada, e que pertencem ao universo da APS, e não cabe ao atendimento realizado no pronto atendimento e unidades de especialidades. Entretanto, é preciso considerar que se de fato não ocorrer uma articulação entre as diversas unidade de saúde do município, os papéis das mesmas poderão ser confundidos e a resolutividade dos problemas de saúde agudos ocupar de forma preponderante os espaços da saúde, numa acomodação em que a presença dos programa de prevenção podem ficar comprometidos ou secundarizados.

Logo, considera-se que as necessidades de aprendizagem de enfermeiros que atuam na APS sobre o ACCR estão articuladas à compreensão do papel gestor da APS na RAS, ao aprofundamento do conhecimento da clínica, às ações que propiciem a inserção de forma autônoma dos demais membros da equipe de saúde neste cenário, além do profissional médico, para a incorporação de um fluxo consciente da demanda espontânea. Ademais, considera-se que a mudança cultural do usuário do SUS, sobre as atividades que são inerentes à APS o que

inclui o ACCR da demanda espontânea, dependerão dos esforços de gestores e equipes de estrategicamente produzir uma assistência à saúde que de fato reconheça a importância da integralidade do cuidado em saúde.

Esse estudo contribuiu para o processo de construção do conhecimento para enfermagem/saúde, referente ao ACCR da demanda espontânea na APS, principalmente quando nos deparamos com a escassez de estudos em relação ao tema, e a importância dessa estratégia para o fortalecimento do SUS e para a qualificação dos profissionais que atuam nesse nível de atenção.

Quanto as limitações do estudo podemos citar o número de reduzido de participantes e fundamentalmente a complexidade dos resultados alcançados para serem interpretados e discutidos, característica de estudos qualitativos. Portanto, não houve pretensão de esgotar o assunto, mas de realizar aproximações para a compreensão do fenômeno ao extrair a essência dos registros para que no futuro possibilitar a construção de uma tecnologia educacional.

REFEREÊNCIAS

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivo Catarinense de Medicina**, 2010.

ALBUQUERQUE, R. V. **TELESSAÚDE: Potencialidades e Desafios de um projeto de incorporação de tecnologias de informação e comunicação em Saúde na Bahia**. 2013. 78f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ANGELI, S. L.; CASOTTI, C. A.; LIMA, C. S. C. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C.; A atuação do enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. CAOS – **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n.14, Setembro, 2009.

ARAUJO, L. U. A. et al. Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.

BARBOUR, R**. Grupos focais**. Tradução: Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF: O Ministério, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1864 GM/MS de 29 de setembro de 2003**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento**

para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Polos de educação permanente em saúde. Brasília, DF, p. 66. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996 GM/MS de 20 de agosto de 2007.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4ª ed. Brasília, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2 ed., 5 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenções às Urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28/06/2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990,** para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 19, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1.ed; 1. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 15, supl.3, p. 3569-3578, 2010.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O.Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, v.16, n.40, p.249-59, jan./mar. 2012.

CALIL, F. C. et al. A produção científica de objetos de aprendizagem no ensino em enfermagem. **Journal of Health Informatics**, v. 4, 2012.

CAMARGO, R.A.A. **Website da Educação Permanente e Humanização: da interação na rede ao fortalecimento regional do Sistema Único De Saúde**. Fundação de amparo a pesquisa do estado de são Paulo, PPSUS, 2013.

CAMPOS, R. T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, p. 252-264, OUT 2014.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** 30ª ed. São Paulo: Cortez; 2012.

CASSETTARI, S. S. R.; MELLO, A. L. S. F. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 1, 2017.

CAVALCANTE, R. B. et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro,** RECOM. 2012.

CARDOSO, S. D. L. **Tecnologias da Informação e Comunicação integradas à educação na saúde no Brasil: uma revisão sistemática**. 2013. 53f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. 2013.

CARDOSO, R. B. et al. Programa de educação permanente para o uso do prontuário eletrônico do paciente na enfermagem. **Journal of Health Informatics**, v. 9, n. 1, 2017.

CATARINO, L.C**. A importância do acolhimento na Atenção Básica**. 2013. 37 f. Monografia – Universidade Federal de Minas Gerais. 2013.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 469-478, Sept, 1997.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.4, p.975-86, 2005.

CHAGAS, H.M.A.; VASCONCELLOS, M.P.C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.377-388, 2013.

CHAVES, A. C. C. et al. Autonomia profissional do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 8(supl. 2): p. 3718-26, out, 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução COFEN n. 423/2012.** Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco [Internet]. Brasília: COFEN, 2012.

CORRREIA, T. M.; ALVES, M. F. C.; CORREIA, T. H. M. Revisão Bibliográfica Sobre o Aplicabilidade Educativa e Institucional dos Jogos Digitais. **Revista Educacional Interdisciplinar**. v.5, n. 1, 2016.

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

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, june, 2015.

DIOGO, C.S. **Impacto da realidade do cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS.** 2007. 214 f. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) - Escola de Gestão, Instituto superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2007.

DURO, C. L. M. et al. **Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento**. Rev Rene, Porto Alegre, v,15, n.3, p. 447-454, 2014.

ESMERALDO, G. R. O. V. et al. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: A visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**. v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017.

FERN, E. F. **Advanced focus group research**. California: Thousand Oaks, 2001.

FERNANDES, C.M. et al. **Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage task Force. Journal of Emergency Nursing**. St. Louis, v.31, n. 1, p. 39-50, fev, 2005.

FERTONANI, H. P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June, 2015.

FILHO, L. A. M. S. **Revisão Sistemática do Sistema de Triagem de Manchester.** 2013. 36 f. Manografia – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Fedeal da Bahia. Salvador: 2013.

FITZGERALD, G. et al. Emergency department triage revisited**. Emergency Medicine Journa**l, London, v.27, n.2, p. 86-92, Feb. 2010.

FREIRE, A. B. et al. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos**? Saúde (Santa Maria),** Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p.195-200, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 52ª ed – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FRY, M.; BURR, G. Review of the triage literature: past, presente, future? **Australasian Emergency Nursing Journal,** Amsterdam, v.5, nº. 2, p. 33-38, 2002.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica.** v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

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

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

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

GOES, F. S. N. et al. Necessidades de aprendizagem de alunos da Educação Profi ssional de

Nível Técnico em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**. V. 68, n. 1, p. 20-25, 2015.

GONDIM, S. M. G. **grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. Paidéia, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.

GONSALEZ, E. G.; LOURENÇÃO, L. G. Experiências da utilização de instrumentos computacionais no ensino de graduação de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 6, p. 315-322, 2017.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **História da Classificação de Risco.** Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39. Acesso em: 19 de nov de 2016.

GUEDES, H. M. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 1, p. 37-44, 2014.

HERMIDA, P.M.V. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev Esc Enferm USP**, 2018.

INOUE, K. C. et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 28, n. 5, p. 420-425, Aug. 2015.

JIMÉNEZ, G.J**. Clasificación de pacientes em los serviços de urgências y emergências: Hacia um modelo de triaje estructurado de urgências y emergências**. Emergencias, Madrid, v.15, p. 165-174, 2003.

JOHSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J. Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. **Educational Researcher**, v. 33, n. 7, p. 14-26, 2004.

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

LEITE, K. N. S. **A utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação pelos docentes de enfermagem e as dificuldades no processo de ensino-aprendizagem.** 2014. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2014.

LIMA, N. T. (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro:** Editora FIOCRUZ, Cap.2, p. 61. 2005.

LIMA, M.A.D.S. et al. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão do usuário**. Acta Paul Enferm. Porto Alegre, 20(1), p. 12-7, 2007.

LIMA, S.A.V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm Foco**, v. 6, n. ¼, p. 11-17,2015.

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

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

MARIN, M.J.S.; STORNIOLO, L.V.; MORAVCIK, M.Y**. A humanização do cuidado na ótica das equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior paulista**, Brasil. Rev Latino-Am. Enfermagem [internet], v. 18, n. 4, 2010.

MEDEIROS, L.M.O.P.; BATISTA, S.H.S.S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literature. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 925-951, set./dez. 2016.

MENEZES, E.L.C.; SCHERER, M.D.A.; VERDI, M.I.; PIRES, D.P. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. **Saúde soc**. V. 26, n. 4, Oct-Dec, 2017.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect**. V. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E. I. G.; MITRE, R. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate

da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. **Formação do Vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde.** Rev Esc Enferm USP, v.43, n.2, p. 358-364, 2009.

MOREIRA, D. A. **Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde: visão de profissionais, usuários e gestores**. 2014. 115 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

MOREIRA, D. A. et al. **O sistema de triagem de Manchester na atenção primária à saúde: ambiguidade e desafios relacionados ao acesso.** Texto Contexto Enferm, v. 26, n. 2, 2017.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. London: Sage, 1997.

MULLER, L. et al. Recursos das tecnologias de informação e comunicação mediando o ensino aprendizagem e configurando ecologias cognitivas de estudantes do Centro de Ciências Rurais. **Novas Tecnologias na Educação**, V. 9 Nº 2, dezembro, 2011.

NASCIMENTO, P.T.A.; TESSER, C.D.; POLI NETO, P. **Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis**. ACM Arq Catarin Med,v. 37, n.4, p.32-34, 2008.

NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R. **Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática**. Rev Saúde Pública, v.47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Sensibilidade moral dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm [Internet].** V. 70, n. 2, p. 326, 2017.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNINI, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista APS [Internet].** 2008.

OLIVEIRA, N. A.; et al. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 697-704, Dec. 2009

OLIVEIRA, G. N., et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 21, n. 2, p. 500-506, 2013.

OLIVEIRA, L. R. **Acolhimento com classificação de risco na atenção primária à saúde**. 2015. 76 f. Dissertação. Universidade Federal do Triangulo Mineiro. Minas Gerais, 2015.

PAIM, J. et al. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges. www.thelancet.com ,** V. 377, n. 21, May, 2011.

PISSAIA, L.F., et al. Impacto de tecnologias na implementação da sistematização da assistência de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa**. R Epidemiol Control Infec**, Santa Cruz do Sul, v.7, n. 4, p. 203-207, 2017.

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

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cad Saúde Pública, v.19, n.1, p.27-34, 2003.

RATI, R. M. S.; GOULART, L. M. H. F.; ALVIM, C. G. Criança não pode esperar: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes, **Ciênc Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)**. V. 18, n. 12, p. 3663-3672, 2013.

REISER, R. A. **A history of Instructional Design and Tecnhology: Part I: A history of instructional media**. Educational Technology Research and Development, v. 49, n. 1, p. 53-64, 2001.

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

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. **Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, Nov, 2005.
SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A, M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev Salud Pública**. V. 13, n. 4, p. 703-716, 2011.

SANTOS, E.V.; SOARES, N.V. **O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para enfermagem**. Nursing (São Paulo), v.12, n.144, p. 236-240, 2010.

SANTOS, M. A. **Acolhimento com Classificação de Risco: um fio guia da administração em enfermagem**. Revista Saúde e Desenvolvimento. v.6, n.3, 2014.

SANTOS, R.R.; et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n.1, p. 130-139, 2016.

SANTOS, D. D. et al. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, Mar. 2018.

SILVEIRA, S. M. et al. a aplicabilidade da classificação de risco no sistema único de saúde: revisão bibliográfica. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. Aracaju, v. 4, n. 3, p. 11-26, Abril, 2018.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Work Education in Primary Health Care: interfaces between permanent education in health and the communicative action. **Saúde Soc**. [Internet]. 2011.

SILVA, A. N., et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (eaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2015.

SILVEIRA, M.G.G.; et al. **Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde**. Cogitare Enferm, v.9, n.1, p.71-78, 2004.

SIMOES, A. L. A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 3, p. 439-444, Sept. 2007.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saú- de. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** V. 5, n. 4, p. 493- 503, 2005.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc Saúde Colet**. 2009.

SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. **O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH)**. Interface (Botucatu), 13 suppl 1, p. 681-688, 2009.

SOUZA et al. **Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19, n. 1, 2011.

SOUZA, C.C., et al. **Risk classification in a emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and Manchester Protocol**. Rev Latino-Am Enfermagem, 2011.

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

TRAD, L.A.B.; ESPERIDIÃO, M. A. **Sentidos e práticas de humanização na Estratégia Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste**. PHYSIS, v.20, n.4, p. 1099-1117, 2010.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. **Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde**. Ciênc Saúde Coletiva, v.16, n.3, p.1969-1980, 2011.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização demétodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**. V. 2, n. 1, p. 1-15, 2001.

VIANA, D.M.; ARAUJO, R.S.; VIEIRA, R.M.; et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **R. Enferm. Cent. O. Min**. V. 5, n. 2, p. 1658-1668, 2015.

VIE-DA-SILVA, L. M. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. Rev **Bras Saúde Matern Infant**. 2010.

ZACHARIASSE, J. M. **Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study.** Moll 1 PLOS ONE, February, 2017.

APÊNDICES

APÊNCIDICE 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Participantes

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de um estudo sobre "DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA DIGITAL EDUCACIONAL: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO". Este é parte de um estudo de pós-graduação (Mestrado) vinculado a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e têm como objetivo desenvolver um jogo que te auxilie no acolhimento com classificação de risco, ou seja, no seu cotidiano profissional. A sua participação irá contribuir para melhora dos diversos serviços de saúde e também para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, para participar, o (a) Sr (a) deverá auxiliar no desenvolvimento deste jogo, podendo contribuir: apresentando suas necessidades de aprendizagem em relação ao tema, observações, fazendo avaliações, sugestões e críticas sobre e diante o jogo, ao passo, que o mesmo possa ser muito parecido com a vossa realidade.

Para que isso aconteça a pesquisadora fará encontros, individuais ou em grupo, que terão duração, em média de 30 minutos. O (a) Sr (a) deverá participar de pelo menos um encontro para o levantamento das necessidades de aprendizagem e discussão.

As informações acerca de sua participação nessa atividade não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas com sigilo no conjunto dos demais participantes. Informamos também que a qualquer momento do estudo, você têm o direito a indenização se ocorrer qualquer dano que seja comprovadamente relacionado a participação da pesquisa, de não continuar participando e de retirar este consentimento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue a você em duas vias assinadas pela pós-graduanda e orientadora e por favor, devolva-nos uma delas assinada por você.

Para se comunicar a pós-graduanda e com a orientadora sobre qualquer esclarecimento, entre em contato com a Profa. Dra. Rosângela Andrade Aukur de Camargo do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública no endereço eletrônico: rcamargo@eerp.usp.br ou no endereço institucional: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. dos Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto, SP – Brasil. Telefone: 1633153381.Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer informação.

Para se comunicar com a Pós Graduanda no endereço eletrônico: Caroline.morelato@usp.br.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não terá prejuízo a mim e a outras pessoas.

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.

A garantia de que todas as informações geradas por este trabalho, para a construção da pesquisa, ficará sob a guarda do orientador e pós-graduando, podendo ser requisitado por mim a todo momento.

Uma cópia assinada desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Qualquer dúvida procure o CEP na Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP – Brasil. CEP: 14040-902. Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira, das 08h às 17h.

Ribeirão Preto, ____, de_____ de 2017

Assinatura do entrevistado _____

_____ _____

Prof.ª Dr.ª Rosângela Andrade Aukur Camargo Pós-Graduanda Caroline Silva Morelato Coloni

APÊNDICE 2: Instrumento de Coleta de Dados (2ª Versão)

Venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **"Desenvolvimento de um protótipo de *serious game* sobre acolhimento com classificação de risco na Atenção Básica em Saúde".** O presente estudo têm como objetivo: desenvolver um protótipo de *serious game* sobre Acolhimento com Classificação de risco que se insere na Política de Humanização em Saúde, junto com enfermeiros que atuam na Atenção Básica em Saúde. Deste modo, sua colaboração será de extrema importância para o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde, bem como do Sistema Único de Saúde.

Grata!

QUESTIONÁRIO ENFERMEIROS

PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade:_____

Sexo:_____

Há quanto tempo você participa como interlocutor no NEPH? _____

Possui alguma pós-graduação? Qual (is)? _____

Há quanto tempo atua como Enfermeiro? _____

Onde você trabalha como enfermeiro? (Se necessário, pode assinalar as duas opções)

- o Atenção Básica
- o Atenção Hospitalar

Outros _____

Você já trabalhou em unidades de Pronto Atendimento?

- o Sim
- o Não

Você conhece o protocolo de Manchester?

- o Sim
- o Não

Você já utilizou o protocolo em sua prática profissional?

- o Sim
- o Não

Se respondeu sim, onde? _____

Faz uso da internet em seu ambiente de trabalho?

- o Sim
- o Não
- o As vezes

Se sim, com que frequência? _____

Para quais fins _____

Você utiliza algum jogo na internet ou aplicativo de celular que simula à assistência à saúde/enfermagem?

- o Sim
  Se sim, com que frequência? _____
- o Não
- o As vezes

Qual? _____

Você gostaria que fosse disponibilizado na internet ou em forma de aplicativo de celular, jogos em que seria possível simular à assistência à saúde?

- o Sim
- o Não
- o Talvez /

Justificar _____

PARTE II – NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM SOBRE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Prezados participante, as questões a seguir, referem-se às necessidades de aprendizagem sobre acolhimento com classificação de risco na atenção básica em saúde para a construção do game. As dificuldades apontadas por vocês, lacunas do conhecimento e exemplos descritos serão os eixos norteadores para a seleção do conteúdo a ser tratado.

1) O que você entende que necessita aprender sobre Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica?

2) No momento do Acolhimento com **Classificação de Risco na Atenção Básica em Saúde, na sua experiência**, quais são os sinais de alerta, descritos abaixo, que dificultam a classificação por cores?

Por favor, explique o porquê de cada escolha. Se preferir, **dê um exemplo que caracterize a situação enfrentada.**

Vermelho

- Inconsciência
- Ausência de movimentos cardíacos e respiratórios
- Perda força, movimento ou sensibilidade de qualquer parte do corpo
- Trauma crânio encefálico grave (Glasgow <12)
- Atropelamento
- Traumas graves
- Fraturas, luxações, entorses
- Dor torácica de início súbito (<1 hora) principalmente hipertensos, diabéticos e cardiopatas
- Queimaduras graves
- Hipotermia
- Dispneia grave
- Hemorragia ativa
- Crise convulsiva
- Agitação, Alucinação, delirium
- Dor de cabeça ou tontura, alteração de sinais vitais
- Pressão arterial ≥ 170/100 mmHg ou ≤ 80/40 mmHg
- Intoxicação exógena/ overdose

Amarelo

- Dor torácica (> 2 horas)
- Hipertensão PA > 150/100 mmHg sintomática
- Glicemia > 300 mg/dl ou < 70 mg/dl
- Crise asmática
- Gestante com qualquer sintoma
- Febre (TAX. 39ºC)
- Suspeita de doença infectocontagiosas de cunho epidemiológico e notificação compulsória
- Diarreia aguda (mais de 5 episódios/ dia)
- Dor lombar com sintomas urinários ou febre
- Olho vermelho com sinais de irritação e dor
- Sintomas urinários (oligoanúria, anúria)
- Dor de ouvido
- Dor tipo cólica
- Alterações do estado mental a menos de 12 horas
- Agressão física/ violência domestica
- Imunodeprimidos

Verde

- Tosse
- Congestão nasal

- Coriza
- Dor de garganta
- TAX < 37,5 ºc
- Dor crônica com piora recente
- Atraso menstrual (mais de 30 dias, teste de gravidez não reagente)
- Constipação intestinal
- Assadura de bebês
- Suspeita de pediculose ou escabiose
- Inapetência e hipoatividade em crianças sem alterações de sinais vitais
- Resultados de exames com alteração previamente avaliados
- Disúria
- Prurido e hiperemia cutânea

Azul

- Problemas ou queixas a mais de 15 dias
- Renovação de receitas
- Requisição de exames
- Resultado de exames inalterados
- Solicitação de encaminhamento sem queixa
- Contra referências
- Intervenções de enfermagem
- Suspeita de gravidez

3) Considerando a dinâmica do processo de trabalho na Atenção Básica, como você têm encaminhado os casos em que ocorre está dificuldade inicial, apontada na questão anterior? (Descreva os procedimentos adotados e orientações)

4) Você gostaria de contribuir com mais alguma informação ou dúvida sobre o Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica?

APÊNDICE 3: Carta Convite – Juízes da Pesquisa

Prezado (a) Senhor (a)

Meu nome é Caroline Silva Morelato Colini, sou aluna de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **"Desenvolvimento de um protótipo de *serious game* sobre acolhimento com classificação de risco na Atenção Básica em Saúde"** para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sob a orientação da Profª Drª Rosângela Andrade Aukar de Camargo.

O presente estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e tem como objetivo geral: desenvolver um protótipo de *serious game* sobre Acolhimento com Classificação de risco, estratégia que se insere na Política de Humanização em Saúde, junto aos enfermeiros que atuam na Atenção Básica em Saúde.

Nesse momento, necessitamos da colaboração dos (as) senhores (as) como juízes para avaliar a relevância dos itens que compõem o instrumento de coleta de dados, através da análise de aparência e conteúdo do mesmo, ou seja, avaliar o instrumento quanto a aceitabilidade, compreensão, relevância, clareza e ambiguidade dos itens (FAYERS; MACHIN, 2007).

Encaminhamos em anexo um questionário para direcionar esta avaliação, podendo suas considerações ser realizadas nele ou no próprio instrumento de coleta de dados. Informo que após esta avaliação, as sugestões serão analisadas e as considerações necessárias realizadas.

Caso aceite participar, peço o favor de enviar o questionário preenchido e/ou o instrumento de coleta de dados com as considerações e uma via do termo de consentimento livre e esclarecido assinado, **até o dia 07 de julho,** via e-mail ou me informe a maneira mais adequada de recebê-lo (via correio, pessoalmente ou outros).

Certo de contar com a sua colaboração, agradeço desde já a colaboração e coloco-me a disposição para esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir.

Atenciosamente,
Caroline Silva Morelato Coloni
Orientanda EERP/USP

APÊNDICE 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos- Juízes da Pesquisa

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar do estudo intitulado "Desenvolvimento de um protótipo de *serious game* sobre acolhimento com classificação de risco na Atenção Básica em Saúde", que tem como objetivo desenvolver um jogo educativo para computador que auxilie na compreensão do acolhimento com classificação de risco na atenção básica em saúde.

Desse modo, para participar, o(a) Sr(a) terá que validar o conteúdo e aparência do instrumento de coleta de dados em construção, através de um questionário pré-elaborado.

Os riscos em participar são reduzidos, como desconforto durante a entrevista gerados por cansaço físico ou psicológico. Se isto ocorrer, você poderá conversar com o pesquisador, interromper ou adiar a entrevista, ou desistir da mesma, sem que isto acarrete prejuízos para você. Com relação aos benefícios do estudo, você terá a possibilidade de acompanhar o processo de produção do *game,* e com isso, possivelmente, agregar novos conhecimentos sobre o tema. Posteriormente, poderá utilizar a tecnologia para a educação permanente de seu local de trabalho e favorecer a formação de outros enfermeiros.

Esclarecemos também, que sua participação na pesquisa é voluntária e que você não será bonificado, porém não terá gastos de qualquer natureza, e que será indenizado caso ocorra algum dano, como prevê a legislação. Garantimos que a sua identificação pessoal será mantida em sigilo, e que as demais informações, com exceção dos dados pessoais, serão utilizadas e compartilhadas publicamente em eventos científicos, artigos e na dissertação de mestrado.

Para se comunicar com a pós-graduanda e com a orientadora da pesquisa para qualquer tipo de esclarecimento, entre em contato com a Profa. Rosângela Andrade Aukar de Camargo do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública no endereço eletrônico: rcamargo@eerp.usp.br ou no endereço institucional: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. dos Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto, SP – Brasil. Telefone: 16 33153403.

Para se comunicar com a Pós Graduanda utilize o endereço eletrônico: Caroline.morelato@usp.br. Telefone: 16 993158024.

Caso tenha mais alguma dúvida a esclarecer, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade. Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP – Brasil. CEP: 14040-902. Endereço eletrônico: cep@eerp.usp.br ou pelo telefone: 16 33159197. Horário de funcionamento do CEP: dias úteis - das 8 às 17 horas.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos, concordo em participar.

Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma será entregue a você.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer informação.

Ribeirão Preto, ____, de_____ de 2017

Assinatura do entrevistado_____

Prof.ª Dr.ª Rosângela Andrade Aukar Camargo Pós-Graduanda Caroline Silva Morelato Coloni

APÊNDICE 5: Questionário destina aos juízes para avaliação do instrumento de coleta de dados

Parte 1: Dados de Identificação

Ano de Formação:

Área de Atuação:

Local de Trabalho:

Nível de Qualificação Profissional:

Parte 2: Análise do Instrumento

Os itens do questionário estão agrupados de forma adequada?

( ) Sim ( )Não ( ) Em parte

Sugestões:

Houve coerência entres as questões apresentadas?

( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

Sugestões:

Os itens abordados no questionário são objetivos e claros?

( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

Sugestões:

Existe alguma questão que queira acrescentar ou excluir do questionário? Se sim, especifique e justifique:

O questionário possibilita identificar as necessidades de aprendizagem a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica em Saúde?

( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

Sugestões:

O questionário é de fácil leitura e compreensão?

( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

Sugestões:

Obrigada pela sua participação!!!

APÊNDICE 6: Instrumento de coleta de dados (1ª Versão)

Venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **"Desenvolvimento de um protótipo de *serious game* sobre acolhimento com classificação de risco na Atenção Básica em Saúde".** O presente estudo têm como objetivo: desenvolver um protótipo de *serious game* sobre Acolhimento com Classificação de risco que se insere na Política de Humanização em Saúde, junto com enfermeiros que atuam na Atenção Básica em Saúde. Deste modo, sua colaboração será de extrema importância para o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde, bem como do Sistema Único de Saúde.

Grata!

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO- ENFERMEIROS

Idade:_____

Sexo:_____

Há quanto tempo você participa como interlocutor no NEPH? _____

Você se formou em universidade pública ou privada? _____

Possui alguma pós-graduação? Qual (is)? _____

Há quanto tempo atua como Enfermeiro? _____

Onde você trabalha como enfermeiro?

- o Atenção Primária
- o Atenção Hospitalar
- o Gestão
- o Educação

Outros _____

Você já trabalhou em unidades de pronto atendimento, ou de urgência e emergência?

_____

Você conhece o protocolo de Manchester?

- o Sim
- o Não

Você já utilizou o protocolo em sua prática profissional?

- o Sim
- o Não

Se respondeu sim, onde? _____

Faz uso da internet em seu ambiente de trabalho?

- o Sim
- o Não

- Às vezes
- Sempre

Para quais fins _____

Você utiliza algum jogo na internet ou aplicativo de celular que simula à assistência à saúde/enfermagem?

- Sim
- Não
- Às vezes

Qual? _____

Você gostaria que fosse disponibilizado na internet ou em forma de aplicativo de celular, jogos em que seria possível simular à assistência à saúde?

- Sim
- Não
- Talvez

Justificar _____

Prezados participante, as questões a seguir, referem-se às necessidades de aprendizagem sobre acolhimento com classificação de risco na atenção básica em saúde para a construção do game. As dificuldades apontadas por vocês, lacunas do conhecimento e exemplos descritos serão os eixos norteadores para a seleção do conteúdo a ser tratado.

5) O que você entende que necessita aprender sobre Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica?

6) No momento do Acolhimento com Classificação de Risco, em sua experiência, quais são os sinais de alerta, descritos abaixo, que dificultam a classificação por cores?

Por favor, explique o porquê de cada escolha. Se preferir, **dê um exemplo que caracterize a situação enfrentada.**

Vermelho

- Inconsciência
- Ausência de movimentos cardíacos e respiratórios
- Perda de força, movimento ou sensibilidade de qualquer parte do corpo
- Trauma crânio encefálico grave (Glasgow <12)

- Atropelamento
- Traumas graves
- Fraturas, luxações, entorses
- Dor torácica de início súbito (<1 hora) principalmente hipertensos, diabéticos e cardiopatas
- Queimaduras graves
- Hipotermia
- Dispneia grave
- Hemorragia ativa
- Crise convulsiva
- Agitação, Alucinação, delirium
- Dor de cabeça ou tontura, alteração de sinais vitais
- Pressão arterial ≥ 170/100 mmHg ou ≤ 80/40 mmHg
- Intoxicação exógena/ overdose

Amarelo

- Dor torácica (> 2 horas)
- Hipertensão PA > 150/100 mmHg sintomática
- Glicemia > 300 mg/dl ou < 70 mg/dl
- Crise asmática
- Gestante com qualquer sintoma
- Febre (TAX. 39ºC)
- Suspeita de doença infectocontagiosas de cunho epidemiológico e notificação compulsória
- Diarreia aguda (mais de 5 episódios/ dia)
- Dor lombar com sintomas urinários ou febre
- Olho vermelho com sinais de irritação e dor
- Sintomas urinários (oligoanúria, anúria)
- Dor de ouvido
- Dor tipo cólica
- Alterações do estado mental a menos de 12 horas
- Agressão física/ violência domestica
- Imunodeprimidos

Verde

- Tosse
- Congestão nasal
- Coriza
- Dor de garganta
- TAX < 37,5 ºC
- Dor crônica com piora recente
- Atraso menstrual (mais de 30 dias, teste de gravidez não reagente)
- Constipação intestinal
- Assadura de bebês
- Suspeita de pediculose ou escabiose
- Inapetência e hipoatividade em crianças sem alterações de sinais vitais

- Resultados de exames com alteração previamente avaliados
- Disúria
- Prurido e hiperemia cutânea

Azul

- Problemas ou queixas a mais de 15 dias
- Renovação de receitas
- Requisição de exames
- Resultado de exames inalterados
- Solicitação de encaminhamento sem queixa
- Contra referências
- Intervenções de enfermagem
- Suspeita de gravidez

7) Considerando a dinâmica do processo de trabalho na Atenção Básica, como você têm encaminhado os casos em que ocorre esta dificuldade inicial? (Descreva os procedimentos adotados e orientações).

8) Você gostaria de contribuir com mais alguma informação ou dúvida sobre o Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica?

ANEXOS

ANEXO 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Ofício CEP-EERP/USP nº 348/2016, de 24.10.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 21 de outubro de 2016.

Protocolo CAAE: 59734316.1.0000.5393

Projeto: DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA DIGITAL EDUCACIONAL: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Pesquisadores: Caroline Silva Morelato Colomi
Rosangela Andrade Aukar de Camargo (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Rosangela Andrade Aukar de Camargo
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP