

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

HOSANA FERREIRA RATES

**O COTIDIANO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Belo Horizonte

2016

HOSANA FERREIRA RATES

**O COTIDIANO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Marília Alves

Co-orientador: Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante

Belo Horizonte

2016

Rates, Hosana Ferreira.

R233c O cotidiano de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento [manuscrito]. / Hosana Ferreira Rates. -- Belo Horizonte: 2016. 60f.: il.

Orientador: Marília Alves.
Coorientador: Ricardo Bezerra Cavalcante.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Acolhimento. 2. Serviços Médicos de Emergência. 3. Triagem. 4. Medição de Risco. 5. Enfermeiros. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Cavalcante, Ricardo Bezerra. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WB 105

ATA DE NÚMERO 79 (SETENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA HOSANA FERREIRA RATES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 29 (vinte e nove) dias do mês de novembro de dois mil e dezesseis, às 10:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "O COTIDIANO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO", da aluna **Hosana Ferreira Rates**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem"; linha de pesquisa "Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Ricardo Bezerra Cavalcante (coorientador), Selma Maria Fonseca Viegas, Maria Alice Dias da Silva Lima, Kênia Lara Silva e Kely César Martins de Paiva, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de novembro de 2016.

Profª. Drª. Marília Alves
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante
(Coorientador)

Profª. Drª. Selma Maria Fonseca Viegas
(UFSJ)

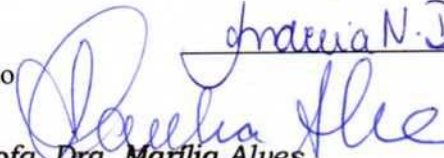
Profª. Drª. Maria Alice Dias da Silva Lima
(UFRGS)

Profª. Drª. Kênia Lara Silva
(Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Kely César Martins de Paiva
(FACE/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 05/12/2016


Prof.ª. Dra. Marília Alves
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG



Dedico este estudo ao meu pai (in memoriam) herói anônimo que na arte de suas catiras utilizava de astúcias táticas na (re)invenção do cotidiano.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o meu guia.

Ao meu filho, minha mãe, e meus irmãos pelo apoio.

À minha querida Dinha Ângela que incentivou minha entrada na docência.

À Prof. Marília Alves que me aceitou nessa caminhada compartilhando saberes.

Ao meu “Mestre” Prof. Ricardo Cavalcante, pelos ensinamentos.

Aos colegas da UFSJ e, principalmente do DINTER e do GAD Saúde do Adulto/Idoso pela parceria na busca do conhecimento.

Aos dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, pelo apoio institucional.

Aos enfermeiros da UPA, minha gratidão por fazerem parte deste estudo; sem vocês ele não existiria.

E a todos que, de uma forma ou de outra, estiveram comigo nesta fase de minha vida.

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso único de abordagem qualitativa que buscou analisar o cotidiano de trabalho de enfermeiros no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Utilizou-se o referencial teórico de Michel de Certeau acerca do cotidiano, em especial os conceitos de lugar, espaço, tática e estratégia. O cenário de estudo foi uma UPA de um município de médio porte, polo da região ampliada de saúde oeste de Minas Gerais. Os participantes da pesquisa foram 20 enfermeiros da UPA que realizavam o ACCR no período diurno e noturno. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e observação do cotidiano de trabalho. Os dados coletados foram organizados e analisados por meio da Análise de Conteúdo, modalidade Temático-Categorial. Constatamos que o ACCR constitui-se como um lugar impregnado por símbolos que remontam à sua história e finalidade, além de possuir um sistema cultural definido, a priori, por meio de políticas, normas, protocolos e regras. Nesse lugar, existem elementos de estratégia que o circunscrevem, além de situações circunstanciais que pressionam os sujeitos ali presentes. Há ainda um *modus operandi* do trabalho que se processa no ACCR, seus elementos constitutivos são movimentados e interpretados pelos profissionais e usuários que produzem o trabalho, mas o consomem no mesmo ato de sua produção. As subjetividades inerentes aos sujeitos vivificam o processo de trabalho e exigem o seu reconhecimento. O cotidiano de trabalho no ACCR é permeado por táticas dos sujeitos que praticam aquele lugar, seus movimentos operam escapes às normas, protocolos e regras, ressignificando o sistema cultural definido a priori. Há um fazer próprio dos profissionais que (re)inventam o cuidar a partir de suas intencionalidades e pressões. Os usuários também se movimentam, criam seu próprio itinerário e, assim como os profissionais, operam suas táticas com vistas a alcançar as suas intenções no processo terapêutico. Enfim, o cotidiano de trabalho no ACCR é (re)inventado a cada ato pelos profissionais e também pelos usuários que praticam aquele lugar superando as regras e normatizações. São táticas incontrolláveis de sujeitos que ressignificam o sistema social, operam o escape de forma astuta e produzem a sua própria ordem do lugar.

Palavras-chave: Acolhimento. Triagem. Serviços de Atendimento de Emergência. Cotidiano.

ABSTRACT

This is a single case study of qualitative approach, with the objective of analyzing the daily work of nurses in hosting with risk classification in the Emergency Care Unit (ECU). The theoretical reference of Michel de Certeau regarding daily life was used, especially the concepts of place, space, tactic and strategy. The study scenario was an ECU of a medium sized municipality, of the widened health region of western Minas Gerais, Brazil. The participants of the research were 20 nurses of the ECU that performed hosting with risk classification (HRC) in the day and night shifts. Data collection was performed by means of semi-structured interview and observations of the daily work of the nurses, being organized and analyzed by means of Content Analysis, thematic-categorical mode. We verified that the HRC constitutes as a place impregnated by symbols that remount to its history and finality, in addition to presenting a cultural system defined a priori by means of policies, norms, protocols and rules. In this place, there are strategic elements that circumscribe it, and of circumstantial situations, that pressure the subjects present. There is also a *modus operandi* of the work processed at the HRC, its constitutive elements are moved and interpreted by the professionals and users that produce the work, but consume it immediately. The subjectivities inherent to the subjects that quicken the work process and demand its acknowledgement. The daily work at the HRC is permeated by tactics of the subjects that practice it, its movements operate escapes the norms, protocols and rules, re-signifying the cultural system defined a priori. There is a unique way for the professionals to perform, which (re)invents caretaking using their intentions and the pressures they undergo. The users also move, create their own itinerary and, as the professionals, operate their tactics with the aim of achieving their intentions in the therapeutic process. Finally, the daily work at the HRC is (re)invented in each of the acts performed by the professionals, as well as those conducted by the users who practice it, overcoming the rules and regulations. These are uncontrollable tactics performed by subjects that re-signify the social system, operate the escape in an astute manner and produce their own order.

Keywords: Hosting. Triage. Emergency services. Daily life.

RESUMEN

Se trata de un estudio de caso único, de enfoque cualitativo, cuyo objetivo ha sido analizar el trabajo diario de los enfermeros en el Acogimiento con Calificación de Riesgo (ACCR) en una Unidad de Emergencia. Se ha utilizado el marco teórico de Michel de Certeau sobre la vida cotidiana, especialmente los conceptos de lugar, el espacio, la táctica y la estrategia. El ámbito del estudio ha sido una Unidad de Emergencia de un municipio de tamaño medio, de Minas Gerais. Han participado 20 enfermeros que realizaron el ACCR en períodos diurnos y nocturnos. La recolección de datos se ha realizado a través de entrevistas y la observación del trabajo diario. Los datos han sido organizados y analizados mediante análisis de contenido. Se ha constatado que el ACCR fue establecido como un lugar impregnado de símbolos que se remontan a su historia y propósito, además de tener un sistema cultural definido a priori por medio de políticas, normas, protocolos y normas. En este lugar hay elementos de estrategia que lo circunscriben, sin perjuicio de situaciones circunstanciales que presionan a los sujetos allí presentes. También hay un *modus operandi* del trabajo que se lleva a cabo en el ACCR, sus elementos constitutivos son movidos e interpretados por los profesionales y los usuarios que producen trabajo, pero lo consumen en el mismo acto de la producción. Las subjetividades inherentes a los sujetos vivifican el proceso de trabajo y requieren su reconocimiento. El trabajo diario de la ACCR está permeado por las tácticas de las personas que practican en ese lugar, sus movimientos operan escapes a las normas, protocolos y reglas, dando un nuevo significado al sistema cultural definido a priori. Hay un hacer profesional propio que (re)inventan el cuidado de sus intenciones y presiones. Los usuarios también se mueven, crean su propio itinerario, y como profesionales operan sus tácticas con el fin de lograr sus intenciones en el proceso terapéutico. Por último, el trabajo diario de la ACCR es (re)inventado a cada acto por los profesionales y los usuarios que practican en el lugar superando las reglas y normas. Son tácticas incontrolables de sujetos que replantean el sistema social, operan los escapes con astucia y producen su propio orden del lugar.

Palabras-clave: Acogimiento. Selección. Servicios de Urgencias. Cotidiano.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema demonstrativo do referencial metodológico utilizado.	48
Figura 2 - Localização da Região Ampliada Oeste e Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis-MG.....	49
Figura 3 - Localização das UEAS nas regiões de Divinópolis-MG.	50
Figura 4 - UPA Padre Roberto Cordeiro Martins- Divinópolis, MG.	51
Figura 5 - TRIUS.....	59
Figura 6 - Fluxograma de apresentação do Protocolo de Manchester (Asma).....	60
Figura 7 - Nível, Classificação, Cor e Tempo de atendimento preconizado pelo Protocolo de Manchester.....	61
Figura 8 - Fluxo de atendimento do paciente no ACCR da UPA.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Contribuições do Acolhimento com Classificação de Risco para os serviços de urgência/emergência.....	36
Quadro 2 - Desafios do Acolhimento com Classificação de Risco para os serviços de urgência/emergência, Belo Horizonte, 2016.....	39
Quadro 3 - Perfil dos participantes da pesquisa. Belo Horizonte 2016.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CTAS	<i>Canadian Triage and Acuity Scale</i>
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
NO	Nota de Observação
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRIUS	Triagem em Unidade de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SIS	Sistema Integrado de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEAS	Unidades Especializadas de Atendimento à Saúde
UE	Urgência/Emergência
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	15
2	OBJETIVOS	21
2.1	GERAL	21
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
3	PANORAMA CONCEITUAL E TEÓRICO.....	22
3.1	TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: MULTIPLICIDADE CONCEITUAL SOBRE A PRODUÇÃO DE CUIDADO.....	22
3.2	TECNOLOGIAS E SUA INCORPORAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM	29
3.3	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS PARA O PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	33
3.4	O COTIDIANO: ARTES DO FAZER NO TRABALHO EM SAÚDE	39
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	47
4.1	TIPO DE ESTUDO	47
4.2	CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO.....	49
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA E COLETA DE DADOS	53
4.4	ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	54
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	56
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
5.1	O CONTEXTO E OS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	57
5.1.1	O contexto e as situações circunstanciais	57
5.1.2	Os sujeitos e suas relações no Acolhimento com Classificação de Risco.....	65
5.2	O PROCESSO DE TRABALHO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS, SUBJETIVIDADES E A (RE)INVENÇÃO DO CUIDADO	72
5.3	O COTIDIANO DE TRABALHO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	86
5.3.1	O Protocolo de Manchester como elemento de “Estratégia” no Acolhimento com Classificação de Risco	86
5.3.2	As táticas no cotidiano do Acolhimento com Classificação de Risco	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	11616
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	11617

APÊNDICE C - DIÁRIO DE CAMPO	11818
ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO (RESPONSÁVEIS PELO SERVIÇO DE UE EM DIVINÓPOLIS).....	11919
ANEXO B - APROVAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG.....	12020
ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG.....	12222
ANEXO D - CONSOLIDADO DE ATENDIMENTOS NO PERÍODO DE 01/01/2015 A 31/01/2015 NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE DIVINÓPOLIS-MG.....	12424
ANEXO E - ATENDIMENTOS REALIZADOS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO- DIVINÓPOLIS, MG; NO PERÍODO DE 01/01/2015 A 31/01/2015.....	12626

1 APRESENTAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Em minha experiência como enfermeira assistencial de uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Belo Horizonte, vivenciei inúmeras situações estressantes. Entre as situações, era comum em nosso cotidiano ser chamada pelos funcionários da recepção para avaliar os pacientes, quando estes necessitavam ser priorizados, por solicitação dos pais, familiares ou acompanhantes ou porque os funcionários consideravam necessária a avaliação do enfermeiro. Nessa época, em 1994, os pacientes eram atendidos por ordem de chegada. Era uma situação conflitante, pois além da angústia pela “urgência sentida”, não tínhamos uma sala específica e equipamentos disponíveis para os atendimentos.

Presenciei, várias vezes, a entrada abrupta e forçada de familiares e pacientes na sala de emergência, em razão do agravamento das condições clínicas do paciente no setor de espera, ocasionando tumulto, estresse da equipe de saúde e dos familiares, bem como um atendimento com risco de morte, o que poderia ser evitado se houvesse uma lógica diferente da organização da porta de entrada. Havia também, reclamações sobre o atendimento, a demora, e o sofrimento por estarem doentes. E ainda havia situações de desconforto, ocasionado por acomodações inadequadas nos corredores, o que contribuía para uma baixa qualidade assistencial.

Essas situações aconteciam de forma generalizada em todo o País. A crescente demanda por serviços de urgência e emergência (UE), nos últimos anos, em decorrência da alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito, à alta morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não-transmissíveis, principalmente do aparelho circulatório e à insuficiente estruturação da rede, são fatores que contribuíram e têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de UE disponibilizados para o atendimento da população (BRASIL, 2002).

Assim, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) com a intenção de reorganizar os serviços de emergência, propôs a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Considerado como principal estratégia de regulação de atendimento da porta de entrada dos serviços de emergência passou a orientar o atendimento dos pacientes por riscos clínicos apresentados (BRASIL, 2009).

Com a implantação do ACCR, esperava-se que ocorressem mudanças nos modos de operar a assistência, nas relações no trabalho e nos modelos de gestão (BRASIL, 2009). Essas mudanças tinham o objetivo de proporcionar melhorias do acesso dos usuários aos

serviços de saúde, alterando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada. Esperava-se também humanizar as relações entre profissionais de saúde e resolver as demandas dos usuários. Nesse entendimento, o acolhimento com classificação de risco configurava-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e implementação da saúde em rede (BRASIL, 2009; OLIVEIRA et al., 2013).

A classificação de risco, ainda em fase de consolidação, constitui uma nova e diferente área de atuação do enfermeiro no Brasil. Nesse contexto, o mesmo tem sido reconhecido como um profissional importante, em razão da sua formação que abrange não somente questões técnicas e biológicas, mas também aspectos sociais e emocionais, que viabilizam uma prática acolhedora e responsiva às necessidades da população nesses cenários (SILVA; MATSUDA, 2012).

A inserção do enfermeiro no ACCR tem otimizado o fluxo de pacientes, reduzido o tempo de espera pelo atendimento médico e, conseqüentemente, tem promovido a satisfação dos pacientes (LOVE et al., 2012; STOVER-BAKER; STAHLMAN; POLLACK, 2012). Além disso, Belluci Júnior e Matsuda (2012) apontam que a atuação do enfermeiro no processo de implantação do ACCR foi fundamental e, apesar do protocolo ainda necessitar de alguns ajustes, já se observa menor demanda e mais organização no atendimento. Para Souza et al. (2014), a classificação de risco tem oportunizado autonomia ao enfermeiro neste processo, porém exige o desenvolvimento de habilidades como o conhecimento da escala utilizada, “olho clínico”, paciência e agilidade.

Entretanto, no Brasil, o ACCR tem apresentado dificuldades de implantação e encontra desafios para sua institucionalização. A estrutura física dos serviços necessita de readequações (VITURI et al., 2013); o espaço físico é inadequado para acompanhantes (VERSA et al., 2014); os profissionais não se sentem capacitados, bem como apresentam sofrimentos diante das tensões que ali vivenciam (DAL PAI; LAUTERT, 2011). Além disso, com a implantação do ACCR esperava-se dar o destino correto à população que, cada vez mais numerosa e com os escassos recursos na Atenção Primária a Saúde (APS) encontra no serviço de emergência o único lugar possível para atender as suas necessidades (NASCIMENTO et al., 2011).

Ressalta-se, ainda, a inadequada ou inexistente referência e contra referência ocasionada pela insuficiente implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências em todas as suas instâncias, fazendo com que o ACCR se torne ineficiente, principalmente no

atendimento aos pacientes classificados como menos graves (NASCIMENTO et al., 2011; VERSA et al., 2014; VITURI et al., 2013).

É nesse cenário complexo que o enfermeiro se vê desafiado e constrói o seu cotidiano de trabalho, tornando necessário conhecê-lo. Certamente, há um fazer desse profissional que precisa ser captado e apreendido, com vistas ao seu aprimoramento e a sua legitimação nesse espaço social.

Para Certeau (2014), o cotidiano é aquilo que nos é dado a cada dia, pressiona-nos dia após dia. Pode ser compreendido como algo mais que um simples cenário rotineiro de trabalho. É um espaço onde as relações de poder se manifestam e estão imbricadas em práticas cotidianas que se materializam por meio de táticas, astúcias do fazer cotidiano que ressignificam o lugar e estimulam movimentos próprios de cada sujeito ali circunscrito.

Nesse contexto, o triunfo do sujeito está em inventar o cotidiano, ressignificar o que lhe é dado como um fazer validado e legitimado, perante as normas estabelecidas pelos gestores da vida pública. Assim, Certeau (2014) entende que os dominados podem ser capazes de se apropriar da esfera simbólica constituída pelos dominantes e transformá-la, ressignificá-la, de acordo com suas necessidades e possibilidades.

Nesse sentido, “homem ordinário” (herói comum) é aquele que consegue usar astuta e taticamente esses lugares e enquadramentos em proveito de outros interesses e utilizando-se das ocasiões e dos cochilos de um olhar vigilante (SANTOS, 2015). Ao procurar viver da melhor forma possível, com astúcias anônimas das “artes de fazer”, o homem ordinário vai criando, (re)inventando o cotidiano (CERTEAU, 2014).

A análise do cotidiano a partir do referencial de Michel de Certeau tem encontrado materialidade em alguns estudos no contexto da saúde. Há estudos voltados para a compreensão das táticas de usuários e de profissionais em serviços de urgência e emergência de hospitais (SANTOS, 2015); estudos sobre as práticas cotidianas de profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (ARAUJO, 2013); estudos sobre as práticas empregadas por usuários de drogas injetáveis visando a desafiar, subverter e burlar ao atravessar a fronteira já difusa entre farmacoterapia e dependência de opiáceos (SZOTTA, 2014). Há também estudos que focalizam as táticas de usuários e trabalhadoras de programas de saúde mental (SCHMIDT, 2013); estudos que apontam o domicílio como um centro híbrido de tratamento (DEW et al., 2014); e estudos que discutem as artes de curar e modos de viver dos cangaceiros do Nordeste brasileiro (OLIVEIRA, 2011).

Apesar dos estudos anteriores, ainda não se verificam estudos que demonstrem o cotidiano de trabalho de enfermeiros no ACCR, a partir do referencial teórico de Michel de Certeau. Assim, essa pesquisa se justifica por buscar representar tal cotidiano no ACCR e o processo de ressignificação do sistema cultural ali inserido: as táticas, as artes de fazer e as artes de cuidar dos sujeitos.

A partir dessa lente teórica sobre o Cotidiano, de Michel de Certeau, é que propomos a seguinte questão norteadora para esta pesquisa: Como é o cotidiano de trabalho dos enfermeiros no Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento?

A tese deste estudo é que o cotidiano do enfermeiro no ACCR de uma UPA é viabilizado por táticas individuais e coletivas, balizadas por outros sujeitos que intervêm na sua realidade, inclusive usuários que questionam a estratégia focalizada no protocolo de Manchester.

Para o desenvolvimento desta pesquisa partimos do pressuposto de que existem táticas próprias de profissionais e usuários no cotidiano que é (re)inventado no contexto do ACCR. Essas táticas conformam-se como artes de fazer de cada sujeito, a partir de suas singularidades e de suas intenções. São táticas que ressignificam o sistema cultural proposto no serviço de urgência/emergência em análise. Assim, apesar da normatização materializada em regras, fluxos a serem seguidos, protocolos e um sistema de triagem que caracterizam os elementos de estratégia no ACCR, os mesmos são burlados, atravessados pelas intencionalidades e movimentos criados pelos sujeitos que vivificam aquele lugar. Há, portanto, a prática do lugar que só é visível no *locus* assistencial. Além disso, no processo de trabalho do enfermeiro em uma UPA, ao incorporar um dispositivo tecno-assistencial, como é o caso do ACCR, reforça-se a necessidade de (re)invenção do cuidado no contexto. O cotidiano de enfermeiros, demais profissionais e pacientes é permeado pela produção subjetiva do cuidado, suas singularidades e criatividade, nesse processo de trabalho. O acolhimento, nesse contexto, exige a sua prática tal como ela deveria acontecer, a partir da escuta qualificada, da responsabilização e da interlocução entre os profissionais de saúde.

Ao compreender a realidade do cotidiano de trabalho do enfermeiro no ACCR, esperamos contribuir com reflexões acerca do papel desse profissional, nesse campo de atuação, suas práticas cotidianas, suas táticas engendradas em um saber próprio. Práticas construídas a partir de uma apropriação de significados que ainda é desconhecida e que necessitam de serem exteriorizadas, a partir do lugar onde o enfermeiro “constrói” suas

astúcias, táticas para cuidar/gerir/assistir/sobreviver, diante das relações de poder estabelecidas. Visando a facilitar a explicitação e compreensão dos resultados desta pesquisa, o seu conteúdo está organizado em seis capítulos e será explicitado a seguir.

Neste primeiro capítulo, destaco a minha trajetória como enfermeira em serviços de urgência/emergência, os elementos que instigaram a realização deste estudo e a delimitação do problema de pesquisa. O segundo capítulo destaca os objetivos desta tese.

O panorama conceitual e teórico é delineado no terceiro capítulo. É dividido em quatro blocos teóricos. No primeiro, o trabalho e o processo de trabalho em saúde são tratados a partir de sua multiplicidade conceitual com vistas à produção do cuidado. O segundo bloco aborda o processo de trabalho em saúde considerando o processo de incorporação tecnológica, suas transformações e desafios que emergem neste contexto. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é retratado no terceiro bloco teórico. São destacadas as contribuições e desafios para o processo de trabalho em serviços de urgência e emergência, a partir da incorporação do ACCR. O último bloco teórico apresenta alguns dos conceitos desenvolvidos por Michel de Certeau, acerca do cotidiano e suas concepções. Em especial, são tratados conceitos de lugar, espaço, táticas e estratégias. Tais conceitos foram utilizados nesta pesquisa e iluminaram as análises e discussões aqui produzidas.

O percurso metodológico da tese é destacado em seu quarto capítulo. São apresentados: o referencial teórico e metodológico, o cenário, os participantes, os instrumentos e procedimentos da coleta de dados, a organização e análise do material, bem como os preceitos éticos.

No quinto capítulo, apresentam-se os resultados e discussões que foram organizados em três categorias. A primeira “O contexto e os sujeitos envolvidos no Acolhimento com Classificação de Risco”, é constituída de duas subcategorias “O contexto e as situações circunstanciais” e “Os sujeitos e suas relações no Acolhimento com Classificação de Risco”. Nessa primeira categoria, o ACCR é apresentado como um lugar próprio, seus símbolos, situações circunstanciais e os sujeitos que movimentam, praticam aquele lugar. Na segunda categoria “Processo de trabalho do enfermeiro no ACCR: elementos constitutivos, subjetividades e a (re)invenção do cuidado”, destacam-se os elementos constitutivos de tal processo de trabalho e suas subjetividades. Além disso, são destacadas as (re)invenções deste processo de trabalho alinhadas às intencionalidades dos sujeitos que movimentam tais processos. Por fim, a terceira categoria “O cotidiano de trabalho no Acolhimento com Classificação de Risco” é constituída por duas subcategorias. A primeira “Protocolo de

Manchester como elemento de Estratégia no Acolhimento com Classificação de Risco”, destaca o Sistema de Triagem de Manchester, suas regras e normatizações que intentam delimitar o lugar do ACCR, configurando-se como o sistema cultural a ser consumido. Na segunda subcategoria “As táticas no cotidiano do Acolhimento com Classificação de Risco”, os sujeitos são os protagonistas do lugar ACCR, conferem ao mesmo um movimento próprio, assumem suas táticas que (re)inventam o cotidiano a partir de suas astúcias.

Enfim, no sexto capítulo, estão algumas considerações finais onde retornamos o problema de pesquisa inicial, o objetivo geral da tese, o pressuposto de onde partimos e assim, sintetizamos as constatações e apontamos questionamentos futuros e limitações do presente trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o cotidiano de trabalho de enfermeiros no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o contexto e os sujeitos envolvidos no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR);
- b) Analisar o processo de trabalho do enfermeiro no cotidiano do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e seus elementos constitutivos;
- c) Analisar as estratégias relacionadas ao cotidiano de trabalho;
- d) Analisar as táticas dos sujeitos envolvidos no cotidiano de trabalho.

3 PANORAMA CONCEITUAL E TEÓRICO

3.1 TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: MULTIPLICIDADE CONCEITUAL SOBRE A PRODUÇÃO DE CUIDADO

O trabalho é algo inerente ao desenvolvimento da espécie humana: os seres humanos criam e recriam pela ação consciente do trabalho, a sua própria existência. O modo de ser no mundo pelo trabalho se dá na forma de interação e intervenção. O ser humano interage com a natureza, procura conhecer suas leis e ritmos e nela intervém para tornar sua vida mais cômoda. É pelo trabalho que o homem constrói, introduz realidades que possivelmente a evolução jamais iria produzir: um edifício, uma cidade, um automóvel, uma rede de comunicação. De certa forma, o trabalho está presente no dinamismo da própria natureza. Uma planta ou um animal “trabalham”, na medida em que se adaptam com vistas à procura por alimentos, abrigo ou defesa. É a busca pela própria sobrevivência (BOOF, 2013).

O trabalho, ao mesmo tempo em que transforma a natureza, adaptando-a às necessidades humanas, altera o próprio homem, desenvolvendo suas potencialidades. Isso significa que, pelo trabalho, o homem se autoproduz. Enquanto o animal permanece sempre o mesmo, por repetir os gestos comuns à sua espécie, o homem muda as maneiras pelas quais age sobre o mundo, estabelecendo relações também mutáveis, alterando a sua maneira de perceber, pensar e sentir. Por ser uma atividade relacional, o trabalho, além de desenvolver habilidades, permite que a convivência facilite a aprendizagem e o aperfeiçoamento dos instrumentos de trabalho (ARANHA; MARTINS, 2009).

Essas considerações iniciais podem ser aplicadas ao contexto dos serviços de saúde, mas é preciso considerar outras características, tais como: a relação interpessoal, a subjetividade humana, as relações de poder, as normativas e as ressignificações feitas pelos sujeitos ali inseridos. Além disso, o serviço de saúde não se realiza sobre coisas, sobre objetos, como acontece no caso de um serviço de mecânica de automóveis; pelo contrário, concretiza-se sobre pessoas numa inter-relação em que o “consumidor” contribui com o trabalho e é parte do mesmo (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

O “consumidor” fornece informações acerca do que se passou com ele, qual a história de sua queixa ou doença e espera-se dele uma participação ativa no cumprimento do plano terapêutico. Assim, encontramos um fato peculiar na produção de serviços em saúde, o

usuário é copartícipe do trabalho e frequentemente corresponsável pelo êxito ou não da ação terapêutica (LOPES, 2015).

O ser humano é emanado por uma complexidade de questões psicológicas, subjetivas, biológicas, ideológicas e sociais, de modo que cada um atribui a essas questões significados e conceitos que influenciam e conduzem suas ações. Dessa forma é importante que o profissional de saúde se aproxime do cotidiano dos indivíduos, a fim de compreender quais os significados que os indivíduos atribuem ao cuidado da saúde bem como entender as necessidades que apresentam embasadas no contexto social em que vivem; uma vez que é a partir da realidade cotidiana, que os indivíduos interpretam o mundo e afirmam suas condutas. Visualiza-se que o profissional de saúde percebe a necessidade de haver trocas de experiências com os usuários, construindo um ambiente de educação em saúde em que todos os atores aprendam com as vivências e experiências do outro (NASI et al., 2015).

A aproximação dos profissionais da saúde com a vida cotidiana dos indivíduos possibilita a oferta de serviços que sejam mais coerentes com o atendimento das necessidades e demandas da população, além de ampliar o envolvimento desse indivíduo na corresponsabilização dos cuidados da saúde. Com isso, as práticas de saúde serão construídas com a participação dos usuários pautadas em suas vivências e em suas experiências. E sendo esse indivíduo dotado de potenciais, o trabalho da equipe orienta-se pelas suas motivações, reconstruindo o exercício de cidadania e o reger da vida (NASI et al., 2015).

Desenvolver a autonomia do usuário no seu processo de saúde é ampliar a sua capacidade de curar, cuidar, compreender e refletir sobre si mesmos. No mundo da vida cotidiana, desenvolvem-se as ações humanas que só podem ser compreendidas por meio das motivações dos atores sociais, sendo toda ação humana um comportamento motivado (NASI et al., 2015). Há, ainda, uma particularidade do trabalho em saúde que é a direcionalidade técnica, que tem natureza coletiva, envolvendo a atuação de um conjunto de categorias profissionais que compartilham recursos técnicos e cognitivos; portanto a produção depende do trabalho coletivo, na maioria das vezes (LOPES, 2015).

As doenças que emergem atualmente exigem que os serviços de saúde produzam trabalhos multidisciplinares, a fim de compreender melhor todos os fenômenos complementares que estão envolvidos no processo do adoecimento e, até mesmo da produção de práticas de prevenção de agravos e promoção da saúde. A transcendência dos limites disciplinares do conhecimento é condição fundamental ao olhar abrangente da prática interdisciplinar sobre o campo da saúde (PORTO et al., 2014).

A interação dos saberes permite maior coerência na visão dos profissionais sobre suas práticas em saúde, sobre a qualidade e os resultados que serão alcançados. O trabalho interdisciplinar provoca novas formas de relacionar-se no cotidiano do trabalho, entre os trabalhadores e destes com os usuários que favorecem o vínculo, o acolhimento, a melhoria no acesso e na adesão aos tratamentos propostos e a humanização das relações que se concretizam nesse contexto. Além disso, desvincula o modelo da fragmentação do cuidado e potencializa as mudanças necessárias para minimizar os problemas existentes na prestação da assistência, o que revela maior satisfação para todos os atores envolvidos no processo da saúde. Segundo Matos, Pires e Campos (2009), essa abordagem permite cuidar dos indivíduos aproximando-se o olhar para a sua multidimensionalidade enquanto ser individual, cultural, histórico e social, além de utilizar melhor os recursos existentes nas instituições e na comunidade. A prática interdisciplinar favorece maior participação do usuário nas decisões que envolvem sua vida e o processo saúde-doença, o que também traduz no aumento de suas potencialidades e de sua autonomia.

Outra característica do trabalho em saúde é que sua realização ocorre na esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material e seus produtos são indissociáveis do processo que é a própria realização da atividade. A assistência de saúde, pode assumir diversas formas como a realização de uma consulta, uma cirurgia, um exame-diagnóstico, a intervenção em uma comunidade com epidemia de dengue, uma avaliação nutricional, grupos operativos e outras atividades coletivas voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde (LOPES, 2015).

O mundo do trabalho imaterial faz da posição do trabalho vivo um terreno de disputas que, se analisadas, a partir de um campo produtivo como o da produção do cuidado em saúde, pode abrir possibilidades de diálogos (MERHY; FRANCO, 2014). Considera-se que o ponto vital desse diálogo é constatar que nos processos produtivos da saúde existe o lugar ocupado pelas tecnologias relacionais e pelo trabalho vivo, que introduzem um novo elemento para essas reflexões. Isso porque o trabalho em saúde, quando se olha da perspectiva do trabalho imaterial e do trabalho vivo, amplia-se para o plano do trabalho vivo em ato, na medida em que é um trabalho produtivo que se realiza e se consome em ato, no encontro com o outro. Um encontro produtivo em saúde que é vivo, que é quente e pulsa (MERHY; FRANCO, 2014). O produzir em saúde é um processo essencialmente relacional em que há uma lógica instrumental operando. Existem, nesses espaços relacionais, atos de fala e escuta,

toques, gestos, olhares, constituindo um momento no qual as pessoas se encontram e realizam saúde (MERHY; FRANCO, 2014).

Esses profissionais agem de modo singular na produção do cuidado; de forma diferente entre eles, mesmo que tenham a mesma diretriz normativa. Isso demonstra que o processo de trabalho na saúde, apesar da existência de padrões previamente estabelecidos (protocolados), não os seguem estritamente, uma vez que as práticas de cuidado se dão pela singularidade de cada um (FRANCO; MEHRY, 2011).

Nesse mesmo raciocínio, a normatização no contexto do trabalho em saúde tem como função sistematizar as condutas entre os trabalhadores. Essas normas são regidas pela instituição para o funcionamento do serviço e tendem a influenciar a atividade dos agentes dentro de limites restritos. Quando esses agentes se encontram em situação de trabalho, em relação com o usuário, no seu processo de trabalho, definem como esse cuidado se realiza. Por isso, há uma produção subjetiva do cuidado em saúde, o que torna a subjetividade uma das dimensões do modo de produção em saúde (FRANCO; MEHRY, 2011).

A subjetividade é social e historicamente construída; determinada com base em acontecimentos, encontros, diferentes vivências que uma pessoa tem na sua interação social. O encontro de um trabalhador com um acontecimento pode disparar nele a produção de nova subjetividade, isto é, uma nova forma de significar o cuidado. Esse cuidado interage com a sua construção social, sendo um “fator de afetivação” que afeta os que estão presentes no campo da saúde e assim produz novas subjetividades com base nesse encontro (FRANCO; MEHRY, 2011).

Percebe-se, então, que na arena dos serviços de saúde existe uma lógica dada pela razão, os saberes constituídos; e por outro lado opera as subjetividades. Se a razão é facilmente organizável por meio de protocolos/diretrizes, o cuidado em ato é dado mais pelos “afetos” que circundam os encontros entre trabalhadores e usuários. Esse cenário é determinado pelas variadas singularidades e diferentes sujeitos, portanto marcado pela complexidade que se produz de fato o cuidado. Dessa forma, abre-se para o agenciamento de novas práticas e a criatividade dos próprios trabalhadores entre si (FRANCO; MEHRY, 2011). É preciso considerar que o contexto do cuidado é impregnado de situações que surgem como necessidades singulares dos usuários e divergem da previsão do conhecimento técnico estruturado e dos protocolos institucionais legitimados (FRANCO, 2015).

Há, portanto, duas dimensões de um mesmo problema: de um polo, a frequência de questões de saúde não esperadas, nem previstas, que fogem a um determinado padrão. De

outro polo os trabalhadores que são desafiados a responder. Essa resposta necessita de uma conduta fora dos padrões pré-concebidos como um ato técnico. O profissional de saúde se depara entre várias opções para o exercício do seu trabalho, ficando entre adotar soluções normatizadas ou romper com o padrão e realizar o cuidado com base no "trabalho criativo". Assim, a criação individual de alternativas de cuidado inaugura novas condutas e assume certos riscos, trabalhando em um campo maior de possibilidades que, muitas vezes, pode trazer para si a responsabilização solitária (FRANCO, 2015).

Entre o trabalhador e o usuário existe um campo consistente, no qual ações inesperadas ou imprevisíveis podem ocorrer e é por meio da relação formada entre trabalhador e usuário que emergem os atos de criação, segundo Franco (2015). É também denominado de "linhas de fuga" que trazem a possibilidade de solucionar o problema que se apresenta no contexto de trabalho. Desse modo, surge a dimensão do Trabalho Criativo, que permite que o trabalhador resignifique a sua conduta profissional e crie novas práticas de cuidado, centradas na relação com o usuário. Se o trabalhador pode ser criativo em certas circunstâncias em seu trabalho, o usuário também o é (FRANCO, 2015). Assim, estabelece, por meio do Trabalho Criativo, maior envolvimento e responsabilização do usuário em seu processo de saúde e como afirmado por Nasi et al. (2015), a interação com esses usuários os auxilia a vivenciar e interpretar o mundo.

Nesse cenário de intensa atividade, o trabalhador se encontra com dois dilemas: por um lado os problemas de saúde que urgem por soluções e, por outro, a necessidade de responder a esses problemas, os quais não possuem respostas embasadas em padrões pré-concebidos. Quando o trabalhador não desperta em si a conduta do Trabalho Criativo, ele tende a "desistir" do usuário e o encaminha para outros profissionais e serviços sem abrir o olhar para novas possibilidades.

Uma das grandes questões que cercam o desenvolvimento do Trabalho Criativo é a liberdade. Segundo Franco (2015), é a produção de si mesmo e do mundo; é quando o trabalhador realiza sua própria natureza no ato de cuidar e assim tem o poder de suficiência. Por liberdade, supõe práticas que nascem das forças interiores da pessoa, que toma para si o protagonismo da sua própria vida. Para isso, é necessário romper com os padrões, com a moral e com o saber da ciência, que são formas de dar respostas aos problemas de saúde que resultam na servidão. O trabalhador que age centrado nessas ideias (aquelas concebidas por outros e normatizadas) está na servidão, porque organiza seu processo de trabalho e cuidado, não de acordo com uma ideia que tem origem em si mesmo (FRANCO, 2015).

O processo de trabalho constantemente é exercido por variações entre a servidão e a liberdade, que nos mostra que o Trabalho Criativo é uma realidade no cotidiano. Sua presença é capaz de alterar, de forma significativa, a produção do cuidado, operando linhas de fuga capazes de modificar os processos terapêuticos e dar novos rumos ao cuidado e defesa da vida (FRANCO, 2015).

Há, ainda, um *modus operandi* da realização do trabalho, caracterizado como processo de trabalho. Pressupõe um conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto, transformando-o, para assim obter determinado produto que tenha alguma utilidade. Seus componentes são quatro: *as finalidades, os meios/instrumentos, o objeto e os agentes* (PIRES, 1998).

Em relação às finalidades, todo processo de trabalho é realizado para se atingir alguma *finalidade* ou objetivo determinado previamente; a finalidade rege todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho. Busca-se assim a produção de um dado objeto ou condição que determina o produto específico de cada processo de trabalho. Com esse produto, por sua vez, pretende-se responder a alguma necessidade ou expectativas humanas, as quais são determinadas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades (FARIA et al., 2008; SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

O outro componente do processo de trabalho são os *meios/instrumentos*. Os meios e as condições de trabalho se combinam na realização do trabalho, por meio da atividade produtiva. Abrangem um espectro muito amplo: as estruturas físicas para o trabalho, como máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e o ambiente, que permitem que o trabalho se realize; os conhecimentos, sistematizados ou não; as habilidades, as tecnologias; as estruturas sociais, que são determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e para a remuneração dos diversos tipos de trabalho (FARIA et al., 2008; SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

O componente “objeto” do processo de trabalho define a materialidade sobre a qual se exerce ação transformadora com o uso de meios em condições determinadas. Os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais. Transformar o minério de ferro e o carvão em aço; transformar a madeira em uma mesa; transformar um *corpus* (individual ou coletivo) em outro mais saudável são exemplos de objetos a serem transformados (FARIA et al., 2008; SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

O quarto componente do processo de trabalho são os agentes ou conjunto de agentes que executam as ações, estabelecem os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos. Nos processos de trabalho, em geral, muitas vezes a atividade é realizada por apenas um indivíduo, embora raramente isso ocorra em todo o processo de trabalho. Frequentemente, encontramos nos processos de trabalho, atividades coletivas, conjuntas ou complementares de vários indivíduos (FARIA et al., 2008; SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

Ao aplicar esses conceitos no setor da saúde, verificamos que o processo de trabalho em saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, os indivíduos ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, preservação da saúde ou prevenção de doenças; como instrumental de trabalho os meios e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde. O produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida; sendo os agentes os profissionais de saúde (PIRES, 1998; PIRES, 2009).

O processo de trabalho em enfermagem, segundo Dell'A'cqua, Tome e Popim (2013) é complexo e multifacetado, e o profissional precisa operar de forma consciente e intencional nas diversas subdimensões que o compõem. Esses autores identificaram que profissionais da enfermagem agem, muitas vezes, no processo de trabalho, de maneira mecânica e o organizam com características funcionalistas, a fim de buscar a otimização de tempo e da força do trabalho.

Muitas vezes, em seu cotidiano, os profissionais de enfermagem lidam com situações de sofrimento dos próprios pacientes e de seus familiares, mas, como estão em um contexto de trabalho direcionado pela tecnicidade, esses sentimentos são escondidos, camuflados, esquecidos e interferem diretamente na motivação no ambiente de trabalho. Ao considerar a cultura que prioriza a destreza técnica e o cuidado com o corpo biológico, pode-se ter um dificultador no processo de cuidar da pessoa e sua família, em momento tão importante (DELL'ACQUA; TOME; POPIM, 2013).

As dificuldades encontradas no processo de trabalho da enfermagem passam pela gestão dos serviços, dificuldade em lidar com questões que fogem aos padrões técnicos, pelo desafio de ultrapassar as barreiras ocasionadas pelas fragmentações do conhecimento, a fim de promover o trabalho interdisciplinar. Produzir atos em saúde em uma coletividade exige um exercício de convívio diário, mas há conflitos, o que também pode ser entendido como cansativo e desmotivador (DELL'ACQUA; TOME; POPIM, 2013).

É necessário considerar, no processo de trabalho da enfermagem, a inserção das tecnologias, que valorizam as competências dos profissionais que são fundamentais para o processo do cuidado. Thofehrn et al. (2014) citam os três tipos de tecnologias que fazem parte do processo produtivo da enfermagem: as tecnologias duras, que correspondem aos materiais, as máquinas, equipamentos e demais instrumentais, as tecnologias leve-duras que são os conhecimentos e metodologias assistenciais e as tecnologias leves que são as relacionais necessárias no entorno da ação do cuidar. Dessa forma, a enfermagem necessita tomar posse e reconhecer que seu trabalho é imprescindível no cuidado aos pacientes, tornando viável a implementação das tecnologias do cuidado, com a busca de inovações, com visão crítica sobre o fazer podendo tornar possível uma transformação da realidade cotidiana (THOFEHM et al., 2014).

3.2 TECNOLOGIAS E SUA INCORPORAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Um primeiro entendimento sobre “Tecnologia” é a sua definição como uma ciência aplicada na resolução de problemas práticos, o que compreende saberes constituídos para a geração e utilização de produtos, para a organização do trabalho e de suas relações; incluindo tecnologias materiais (produtos/“coisas”) e não-materiais (processos de trabalho, incluindo tecnologias de relações de trabalho) (PIRES et al., 2012).

Assim, as tecnologias compreendem as máquinas, os equipamentos, os diversos instrumentos, o modelo de organização das empresas e de organização do trabalho (incluindo inovações na gestão e nas relações de trabalho) em um contexto histórico social. A tecnologia está tão incorporada à nossa realidade, que seria difícil viver atualmente sem determinados recursos e instrumentos tais como energia elétrica, automóvel, avião, computador, telefone, televisão e internet. Do mesmo modo, parece improvável manter e garantir a saúde sem os antibióticos, anestésicos, vacinas, próteses, órteses, marcapassos, respiradores, transplantes e exames de radiodiagnóstico (LORENZETTI et al., 2012). Além disso, os investimentos em avanços e novas descobertas tecnocientíficas na área da saúde são enormes e crescentes. Novos medicamentos, exoesqueletos, máquinas e equipamentos, robôs cirúrgicos, informação e comunicação instantânea, prontuário eletrônico e produção artificial de células humanas, são exemplos de campos de investimento e trabalho de técnicos e cientistas (CRESSWELL; SHEIKH, 2013; DAVIES et al., 2015).

Nesse contexto, a incorporação de tecnologias no processo de trabalho em saúde não implica em substituição dos processos em uso, mas no acúmulo de novos e antigos mecanismos, indicando que, diferente de outros setores da atividade econômica, a inovação tecnológica, em grande parte, não suprime o uso da força de trabalho. Apesar dos avanços técnico-científicos, o trabalho humano continua sendo o elemento central e imprescindível para a realização das ações de saúde (SOUZA, 2011). Entretanto, as tecnologias têm influenciado a reorganização do trabalho e processos produtivos ocasionando mudanças em vários setores da sociedade (MARQUES, 2013).

Potencializado pelas Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), o advento da globalização fez com que as opções de modelos organizacionais flexíveis sofressem grandes impactos. É notória uma crescente privatização e terceirização de serviços que, em contrapartida, alia-se a uma desregulamentação de certas garantias sociais, acompanhada pela difusão de formas flexíveis no quadro das relações de trabalho e nos vários níveis do sistema produtivo e educativo, sobretudo, a partir da década de oitenta (MARQUES, 2013).

A competitividade alavanca a exigência de constantes inovações de produto/serviços que pode explicar os processos de reestruturação produtiva e os seus reflexos negativos na organização do trabalho como destacado por Marques:

Para este desígnio, as TIC, com novas potencialidades (maior performance econômica, produzindo produtos diversificados, frequentemente renovados com a melhoria de produtividade e qualidade), explicam, em grande medida, as profundas transformações nos conteúdos das atividades profissionais, no perfil de qualificações, nos modelos de organização do trabalho e gestão empresarial, no “rosto” das modalidades de emprego e, de um modo geral, na qualidade de vida dos trabalhadores (MARQUES, 2013, p. 1547).

Para Antunes (2014), a incorporação tecnológica em suas várias roupagens tem provocado mudanças nas formas de contratação da força de trabalho, que teve como consequência a terceirização e a ampliação da flexibilização contratual, geralmente com precarização da classe trabalhadora.

Na atualidade, enormes enxugamentos da força de trabalho se combinam com transformações sociais e técnicas no processo produtivo e na organização do controle social do trabalho. A flexibilização e a desregulamentação dos direitos sociais, bem como a terceirização e as novas formas de gestão da força de trabalho, no espaço produtivo estão presentes em grande intensidade. Há um acentuado crescimento de relações trabalhistas desregulamentadas, gerando uma massa de trabalhadores que passam da condição de

assalariados com carteira para a de trabalhadores sem carteira assinada; trabalhadores temporários, sem vínculo empregatício, sem registro formalizado. Essas mudanças estão intimamente relacionadas ao processo de reestruturação produtiva do capital que, por meio da flexibilização dos regimes de trabalho, da subcontratação e da terceirização, “fraturam” e fragmentam ainda mais a classe trabalhadora (ANTUNES, 2012).

Como consequência das práticas flexíveis de contratação da força de trabalho, mediante a ampliação significativa da terceirização, da contratação de trabalhadores por tarefas ou em tempo parcial presenciou-se maior precarização dos empregos e redução de salários. Houve aumento da desregulamentação do trabalho e redução dos direitos sociais para os empregados em geral e, de modo mais intenso, para os terceirizados. “Direitos conquistados, como o descanso semanal remunerado, férias, 13º salário e aposentadoria, tornaram-se mais facilmente burláveis” (ANTUNES, 2014, p. 53). Sobrecarga de tarefas e jornadas de trabalhos extenuantes ocasionam a redução dos laços de pertencimento de classe e dificultam a organização e articulação sindical no ambiente do trabalho. Além disso, a competitividade amparada pelo avanço tecnológico aumenta os mecanismos de individualização das relações de trabalho e de remuneração (ANTUNES, 2014).

Agravaram-se os problemas de saúde no ambiente de trabalho nas últimas décadas. Observou-se ainda enorme aumento das lesões por esforços repetitivos, que reduzem a força muscular e comprometem os movimentos. Existe um crescente adoecimento no trabalho decorrente do ritmo extenuante proporcionado pelo advento tecnológico (ANTUNES, 2014). A flexibilização do trabalho no Brasil trouxe consequências para o mundo do trabalho nos setores automobilístico, de telecomunicações e telemarketing, bancário, têxtil e confecções, de calçados e o meio artístico (ANTUNES, 2014). Tal flexibilização encontra nos dispositivos tecnológicos suporte para o aumento da produção, pois o trabalhador, sempre conectado, acaba por ser responsabilizado pela continuidade do trabalho fora do ambiente empresarial. Estende-se assim a sua carga de trabalho e confundem-se as atividades de trabalho com as de cunho pessoal.

O conceito ampliado de classe trabalhadora não se deve restringir somente aos trabalhadores manuais diretos, mas incorporar a totalidade dos trabalhadores, que cada vez mais integrados pelo aumento da informatização do trabalho, ampliam seu universo de trabalho para qualquer ambiente, inclusive domiciliar, havendo um rompimento dos limites entre a vida profissional e vida privada que Antunes (2014) chama de “teletrabalhadores”.

Mañas (2005) afirma que as atividades produtivas estão relacionadas mais à informação do que à transformação da matéria. Assim, atualmente há uma preponderância do trabalho intelectual sobre o manual, no qual, na maioria das vezes, as ferramentas de trabalho não se limitam em um espaço físico específico, podendo o trabalho ser realizado em qualquer ambiente. Isso faz com que os indivíduos permaneçam em constante conexão com os mecanismos de produtividade, em períodos extralaborais, condicionando-os a trabalhar mais e a estar constantemente disponíveis ao sistema mercadológico do capitalismo (NAZIAZENO, 2012).

No setor saúde, a incorporação tecnológica também tem proporcionado grandes transformações modificando o processo de trabalho em saúde e influenciando as cargas de trabalho dos profissionais da área. A terceirização é uma constante no serviço público de saúde com a existência de servidores com diferentes salários e executando a mesma função. Destaca-se, também, que a maioria dos profissionais de saúde possui mais de um emprego, em razão dos baixos salários disponíveis no mercado. Essas situações levam a sobrecarga de trabalho, estresse do profissional e sofrimento, refletindo diretamente na qualidade da assistência à saúde e comprometendo a segurança do paciente (PIRES et al., 2012).

Diante da reestruturação produtiva na área de saúde, Pereira e Silva (2013) enfatizam que, apesar da introdução de novas tecnologias serem utilizadas como principal parâmetro da reestruturação produtiva, tendo como vantagem maior rapidez, segurança e confiabilidade no diagnóstico e terapêutica, há, em contrapartida, a criação de um abismo entre o saber técnico e o saber empírico do usuário.

Para os trabalhadores de enfermagem, a incorporação tecnológica, em alguns momentos, tem proporcionado o aumento do volume de trabalho sem agregar mais profissionais. Novos modelos de gerenciamento do cuidado, considerados como dispositivos technoassistenciais, também impactam na reorganização produtiva e exigem a adaptação dos profissionais (PIRES et al., 2012). Essas inovações tecnológicas, em um primeiro momento, têm gerado resistências e conflitos (KUMMER; SHAFER; TODOROVA, 2013; SOLIMEO et al., 2013).

No cotidiano de trabalho do enfermeiro, a utilização das tecnologias exige um redimensionamento do espaço do cuidar, dividido entre assistir o paciente e o domínio dos vários tipos de tecnologias. Para Pereira et al. (2012), a prática do enfermeiro é, primordialmente, influenciada por tais tecnologias, principalmente aquelas que são destinadas ao cuidado direto dos profissionais de enfermagem para com o paciente. Os autores apontam

que as tecnologias atuam de modo a fortalecer e qualificar o cuidado, além de permitir a tomada de decisão mediante o raciocínio clínico, levando em consideração a individualização do indivíduo. De acordo com Pires et al. (2014), a legitimação do uso de novas tecnologias por profissionais de enfermagem está diretamente relacionada ao contexto do local de implantação e utilização, o que é especialmente influenciado pelas condições de trabalho, modelos de gestão, e os valores institucionais.

3.3 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS PARA O PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nos serviços de Urgência e Emergência (UE), os profissionais são constantemente desafiados por situações clínicas complexas, que exigem apurada atenção e controle e, por isso mesmo, as inovações tecnológicas impactam sobre seu trabalho profissional. Ademais, a adoção da inovação não substitui o trabalho humano, além de demandar qualificação e quantitativo adequado de pessoal (LORENZETTI et al., 2012). Assim, visando a reorganizar o processo de trabalho em serviços de urgência, o Ministério da Saúde propôs a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), para regular o atendimento da entrada dos serviços de UE (BRASIL, 2008).

O ACCR, como uma inovação tecnológica, compreende uma mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção a saúde seja o agravo e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada. Para isso, os pacientes são classificados pelo grau de risco. A classificação no ACCR é realizada por enfermeiros que utilizam protocolos técnicos para identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento, providenciando o atendimento adequado (VERSA et al., 2016; ULHÔA et al., 2010). As influências dessa inovação tecnológica (o ACCR) sobre o processo de trabalho dos serviços de urgência e emergência podem ser verificadas a partir de contribuições, mas também de desafios que emergem nesse contexto.

Em relação às contribuições, Bellucci Júnior e Matsuda (2011) mostram que a atuação do enfermeiro no gerenciamento do cuidado, de acordo com as políticas de humanização, tem proporcionado melhorias no acesso dos usuários ao atendimento hospitalar, apontando o ACCR como propulsor da qualidade nos serviços hospitalares de emergência. Os

autores afirmam que o ACCR tem produzido alguns resultados positivos como redução da superlotação, estreitamento da relação usuário/equipe de saúde, considerando a humanização do cuidado como ponto-chave da qualidade do atendimento.

Destaca-se, ainda, como influências do ACCR, a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade/gravidade de cada paciente, não mais deixando pessoas que necessitam de atendimento emergente aguardando em filas; diminuição do tempo de espera do paciente em situação de urgência/emergência; informação ao paciente, familiares e acompanhantes da expectativa de atendimento e tempo de espera, diminuindo a ansiedade e aumentando o nível de satisfação (OLIVEIRA et al., 2013; SOUZA; BASTOS, 2008; VERSA et al., 2016).

Nos Estados Unidos, um estudo aponta que uma enfermeira, um médico assistente e outros profissionais foram remanejados para a classificação de risco para realizar uma avaliação inicial, começar a propedêutica e tratar os pacientes com menor gravidade (*fast tracking*). Os resultados dessa iniciativa apontaram que o tempo de chegada do paciente ao contato inicial com um médico diminuiu de 75 para 25 minutos e a porcentagem de doentes que desistiram do atendimento médico diminuiu de 3,6% para 0,9% (LOVE et al., 2012)

Outro estudo, na África do Sul, aponta redução significativa do tempo de espera dos pacientes de um serviço de emergência de um hospital público, a partir da implantação da classificação de risco. A introdução de enfermeiros treinados na triagem, utilizando o protocolo, resultou em uma redução global do tempo de espera de 237 min para 146 min. Os pacientes triados como "vermelho" (prioridade mais alta) tiveram uma redução média no tempo de espera de 216 minutos para 38 minutos (BRUIJINS; WALLIS; BURCH, 2008).

Para verificar o desempenho da implementação do Sistema de Triagem Canadense (CTAS: *Canadian Triage and Acuity Scale*) em um serviço de emergência de um hospital da Arábia Saudita, um total de 1.206 prontuários foram selecionados aleatoriamente e retrospectivamente para análise. O sistema apresenta graus de acuidade de I a V, compreendendo: Grau I: Ressuscitação, II: Emergente, III: Urgente, IV: Menos urgente, V: Não Urgente. Alguns indicadores foram selecionados como tempo de duração da triagem e porcentagem de pacientes que desistiram do atendimento médico. O tempo aproximado para a classificação foi ≤ 10 minutos para 71% e ≤ 15 minutos para 82,8% dos pacientes e 53,5% completaram o processo de triagem no prazo de 5 minutos. Para os pacientes que desistiram do atendimento médico, a taxa foi de 9,8% em uma avaliação geral, porém 11,9% estavam no

nível III (Urgente), 20,3% no Nível IV (menos urgente), e 67,8% no Nível V (não urgente) (ELKUM; BARRETT; AL-OMRAN, 2011).

Com a implantação do ACCR, tornou-se possível, também, a reorganização do processo de trabalho. Para Souza e Bastos (2008), a assistência tradicional centrada na figura do médico foi transformada em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, sendo que a contribuição de cada membro da equipe passou a ser essencial para o sucesso do acolhimento. E, ainda, o enfermeiro, assumiu um papel de sujeito ativo do processo, passando a conduzi-lo de forma autônoma.

Além disso, independentemente do sistema utilizado, o ACCR fortalece o cuidado à saúde, pois quando realizado por enfermeiros experientes e embasados em diretrizes e protocolos institucionais, contribui para a segurança do paciente e oportuniza a racionalização dos recursos da atenção à saúde (EK; SVEDLUND, 2014; INOUE et al., 2015). Bellucci Junior e Matsuda (2012), em estudo realizado no Brasil, identificaram que o ACCR dinamiza os fluxos de entrada do usuário no sistema, conferindo maior segurança e estabilidade no atendimento, uma vez que estrutura o processo assistencial direcionando ações que priorizam os casos de maior gravidade (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Em estudo realizado na Dinamarca, com 15 enfermeiros do serviço de emergência hospitalar, verificou-se a existência de uma percepção positiva dos profissionais sobre o processo de triagem. Referiram sentirem-se seguros na assistência ao paciente, após a sua implantação no local onde atuavam (JOHANSEN; FORBERG, 2011). Weykamp et al. (2015) corroboram com esse achado, ao apontar que a implantação do ACCR assume relevância ao gerar benefícios para o atendimento, como a diminuição da ansiedade dos profissionais e maior segurança na assistência, por meio da padronização de dados.

Weykamp et al. (2015) relatam, ainda, que a utilização do ACCR faz com que os enfermeiros sintam-se valorizados, satisfeitos e reconhecidos por outros profissionais da equipe e que há uma melhora na qualidade do serviço prestado, com aumento da produtividade e da satisfação dos usuários. Dessa forma, a valorização do profissional, com respeito as suas singularidades e particularidades, são fatores que contribuem para a otimização do processo de trabalho da enfermagem, estimulando o bom desempenho dos profissionais e a humanização das suas práticas (SPRANDEL; VAGHETTI, 2012).

Enfermeiros consideram o ACCR como uma estratégia para reduzir as demandas de casos ambulatoriais nos serviços de UE, tendo em vista que buscam fazer referência e contra referência para os usuários que necessitam de atendimento em Unidades Básicas de

Saúde (UBS). Acreditam que o ACCR é uma estratégia para triagem dos usuários que necessitam de assistência imediata e daqueles que precisam de acompanhamento na atenção básica, de forma coerente com a realidade da UBS (OLIVEIRA et al., 2013). No Quadro 01, sintetizam-se as contribuições verificadas na literatura consultada.

Quadro 1 - Contribuições do Acolhimento com Classificação de Risco para os serviços de urgência/emergência.

- Propulsor da qualidade nos serviços hospitalares de emergência (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012);
- Redução da superlotação e Estreitamento da relação usuário/equipe de saúde (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012);
- Diminuição do tempo de espera do paciente (SOUZA, BASTOS, 2008; BRUIJINS, WALLIS, BURCH, 2007);
- Diminuição do tempo do primeiro contato com o médico (LOVE et al., 2012);
- Redução do tempo de triagem (ELKUM, BARRETT, AL-OMRAN, 2011);
- Redução do número de pacientes que desistiram de atendimento médico (ELKUM, BARRETT, AL-OMRAN, 2011; LOVE et al., 2012);
- Previsão de admissão hospitalar feita pelo enfermeiro no ACCR (STOVER-BAKER, STAHLMAN, POLLACK, 2012);
- Reorganização do processo de trabalho (SOUZA, BASTOS, 2011);
- Estimula a multidisciplinariedade e interdisciplinariedade (SOUZA, BASTOS, 2011);
- Contribui com a segurança do paciente (INOUE et al., 2015; EK, SVEDLUND, 2014);
- Oportuniza a racionalização dos recursos da atenção à saúde (INOUE et al., 2015; EK, SVEDLUND, 2014);
- Favorece a atuação segura do profissional (JOHANSEN; FORBERG, 2011);
- Oportuniza a valorização do enfermeiro (WEYKAMP et al., 2011);
- Reduz a demanda de casos ambulatoriais nos serviços de UE (OLIVEIRA et al., 2013).

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

Em relação aos desafios que emergem a partir da incorporação do ACCR, vários estudos se destacaram. Estudos em hospitais brasileiros apontaram que a estrutura física do ACCR exige readequações em relação à estrutura física tradicional dos serviços de UE (DAL PAI; LAUTERT, 2011; VERSA et al., 2014; VITURI et al., 2013). Nascimento et al. (2011) afirmam que, com a implantação do ACCR, esperava-se dar o destino correto à demanda, porém a população cada vez mais numerosa e com escassos recursos na APS encontra no serviço de emergência o lugar possível para atender as suas necessidades. Ressalta-se que o

acesso dos pacientes aos serviços de saúde, preferencialmente deve ocorrer a partir da APS. De acordo com as necessidades do paciente, deve ser feita referência para outros níveis (NASCIMENTO et al., 2011; VITURI et al., 2013). No entanto, a inadequação da referência e contrarreferência ocasionada pela insuficiente implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências em todas as suas instâncias faz com que o ACCR se torne ineficiente em alguns aspectos, tendo em vista que o atendimento aos pacientes menos graves se torna superficial e inadequado (DAL PAI; LAUTERT, 2011; NASCIMENTO et al., 2011; VERSA et al., 2014; VITURI et al., 2013). Verificaram-se também estudos relacionados ao sofrimento de enfermeiros diante da incorporação do ACCR. Um estudo mostrou que na classificação de risco, muitas vezes, o enfermeiro vivencia situações de angústia e descontentamento decorrentes de insatisfação e agressão verbal por parte dos pacientes. Essas atitudes podem gerar mais violência, resultando em um ambiente tenso de trabalho (ZANELATTO; DAL PAI, 2010).

Outros estudos corroboram com esses achados, ao apontar que os conflitos entre usuários e profissionais, que geram diversos tipos de violência, são ocasionados por revolta da população que não entende como funciona o acolhimento, não compreendem o olhar técnico da estratificação de risco realizada na avaliação, pois, para muitos, o seu estado de saúde necessita de atendimento imediato. Atrelado a isso, há dificuldades na realização do atendimento, em razão da superlotação e falta de recursos, limitação da capacidade assistencial dos serviços de UE, causando revolta na população que aguarda para ser assistida (SAKAI et al., 2016; ZANELATO; DAL PAI, 2010).

Essas situações expõem o trabalhador à violência ocupacional que é corriqueira nos serviços de UE e o profissional do acolhimento, na maioria das vezes, é a principal vítima, por efetivar a primeira avaliação e orientação sobre o fluxo assistencial (FELLI, 2012; SAKAI et al., 2016; VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012). Como consequência, essas situações podem interferir negativamente na saúde do trabalhador, visto que o ambiente de trabalho torna-se um local tenso de sofrimento, estresse e ansiedade para o profissional (DAL PAI; LAUTERT, 2011; SAKAI et al., 2016; VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

Outra dificuldade apontada nos estudos diz respeito à sobrecarga de trabalho. O número elevado de pacientes e o baixo número de profissionais prejudicam o atendimento de casos graves e agudos, resultando em baixa qualidade na assistência ofertada. Esforços para classificar usuários com pequenos agravos podem consumir o mesmo tempo que seu tratamento (NASCIMENTO et al., 2011).

Duro et al. (2014) acrescentam que o acesso indiscriminado aos serviços de UE provoca tensão nos locais de atendimentos, gerando desgaste para os trabalhadores e tensão para os usuários. Além disso, o número insuficiente de enfermeiros para atender à demanda e a inadequação de equipamentos e da área física das unidades são fatores que contribuem para o desgaste dos profissionais responsáveis pelo ACCR. Foi identificado, também, que o estresse dos profissionais se relacionava à sobrecarga de trabalho ocasionada pelo déficit de recursos e pelo número excessivo de usuários que buscavam assistência no serviço (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008; DAL PAI; LAUTERT, 2011; DURO et al., 2014).

No ACCR, o enfermeiro assume a função de avaliar o paciente em consonância com protocolos clínicos, que direcionam as necessidades de prioridade e de encaminhamento à área de tratamento, além de assumir outras funções concomitantemente, o que pode comprometer a qualidade da avaliação do paciente e da assistência prestada, em razão da sobrecarga de trabalho (CAVEIÃO et al., 2014).

A incorporação do ACCR também estabelece outro desafio, a capacitação do enfermeiro para atuar no ACCR no Brasil. Para o enfermeiro que atua na classificação de risco, são imprescindíveis as habilidades de escuta qualificada, avaliação, registro correto e detalhado da queixa principal, trabalhar em equipe, ter raciocínio clínico e agilidade mental para tomar decisões. E, ainda, conhecer os sistemas de apoio na rede assistencial para fazer o encaminhamento responsável do paciente, quando necessário, além de utilizar protocolos para oferecer respaldo legal e uma atuação segura com o objetivo de uma assistência qualificada ao paciente do SUS (SOUZA et al., 2011).

Diante disso, percebe-se que o ACCR não pode ser um ato isolado, mas um dispositivo de acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos. Da forma como é feito, há falta de continuidade do acolhimento na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), o que gera sentimentos de impotência nos profissionais (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Para o sucesso do ACCR, há necessidade de reflexão dos envolvidos nesse processo (gestores, profissionais e usuários). Importante questionar se essa diretriz tem cumprido seu papel como instrumento de transformação dos processos de trabalho e das relações entre trabalhadores e usuários ou se apenas tem se restringido a possibilitar o atendimento da demanda espontânea focalizado na queixa, não garantindo melhoria na

qualidade, mas apenas maior produtividade (VITURI et al., 2013). No Quadro 02, relacionam-se os desafios do ACCR verificados na literatura.

Quadro 2 - Desafios do Acolhimento com Classificação de Risco para os serviços de urgência/emergência, Belo Horizonte, 2016.

- Estrutura física inadequada mediante a demanda (VITURI et al, 2013; DAL PAI, LAUTERT, 2011; VERSA et al, 2014);
- Inadequada ou inexistente referência e contra referência (NASCIMENTO et al, 2011; VITURI et al, 2013);
- Sofrimento no ACCR (PAI, LAUTERT, 2011; ZANELATTO, DAL PAI, 2010; NASCIMENTO et al, 2011);
- Baixa resolutividade da Atenção primária a Saúde e com influências sobre o ACCR (DAL PAI, LAUTERT, 2011; NASCIMENTO et al, 2011);
- Descontinuidade do acolhimento na rede de serviços do SUS (DAL PAI, LAUTERT, 2011);
- Violência ocupacional (SAKAI et al. 2016; VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012; PAI; LAUTERT, 2011).
- Baixa qualidade na assistência ofertada (CAVEIÃO et al., 2014; NASCIMENTO et al, 2011);
- Alta demanda de pacientes com pequenos agravos (NASCIMENTO et al, 2011);
- Déficit de recursos humanos e físicos (DURO et al., 2014; PAI; LAUTERT, 2011; CALDERERO et al, 2008);
- Sobrecarga de trabalho (CAVEIÃO et al., 2014).

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

3.4 O COTIDIANO: ARTES DO FAZER NO TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho estabelecido no ACCR possui um *modus operandi* (processo de trabalho) com seus componentes “finalidades”, “meios/instrumentos”, “objeto” e “agentes”. Além disso, abarca subjetividades e um cotidiano no qual o ato de produzir saúde não deve ser entendido como algo rotineiro, pelo contrário, tecem-se trilhas a partir das redes de relações estabelecidas entre os sujeitos que compõem esse lugar comum. As práticas dos profissionais, suas atividades, seu trabalho tem um jeito próprio de fazer saúde que, muitas vezes, é a ressignificação do que é normatizado e posto como o padrão a ser obedecido (SANTOS, 2015). Há uma invisibilidade no cotidiano que se perfaz no fazer de cada sujeito e

nas composições que se estabelecem nas redes e nas suas relações interpessoais e com o sistema a ser consumido (CERTEAU, 2014). Nesse sentido, o cotidiano vivido é inerente ao trabalho em saúde, dependente dos movimentos e das ações estabelecidas entre profissionais, instituição e usuários desses serviços. É importante captar o cotidiano no ACCR, entendê-lo, entrar em sua invisibilidade e participar do vivido.

Só é possível analisar e começar a entender o cotidiano em sua lógica, por meio de um mergulho nessa realidade, no sentido literal de transpassá-lo como quem deseja imergir no seu espaço vivido. Para apreendermos a "realidade" da vida cotidiana, em qualquer dos espaços/tempos em que ela se dá, é preciso aprender muito mais do que já sabemos. Estar atentos a tudo o que nela se passa, se acredita, se repete, se cria e se inova, ou não (ALVES; OLIVEIRA, 2015).

Nesse sentido é necessário entender que o trabalho, em qualquer cenário que se realize, exigirá o estabelecimento de múltiplas redes de relações entre os sujeitos, seus valores e preconceitos com os quais constroem espaços/tempos cotidianos. Tudo isso exige novos e enormes esforços, pois como nos lembra Certeau (2014), esta é uma pesquisa complexa, porque essas práticas, volta e meia, exacerbam e desencaminham as nossas lógicas. Além disso, estaremos lutando permanentemente contra o esquecimento, já que essas práticas e as pessoas que as praticam são consideradas pouco importantes ou notáveis e efêmeras que não são percebidas como informações indispensáveis criadoras de conhecimentos válidos. Nosso sentimento do mundo terá que incluir o combate permanente com todo o pensamento estruturado anteriormente nos outros, mas especialmente dentro de nós mesmos, com nossos valores e nossos preconceitos (ALVES; OLIVEIRA, 2015). O cotidiano nem sempre tem significado para as pessoas. Uma das maiores dificuldades de se trabalhar com o cotidiano, muitas vezes, é tentar convencer àquelas pessoas que o vivenciam de que fazem coisas importantes.

Para Certeau (2014), o cotidiano é aquilo que nos é dado a cada dia ou o que nos cabe em partilha, nos pressiona dia após dia. Pode ser compreendido como algo mais que um simples cenário rotineiro de trabalho representando um espaço da produção e reprodução das práticas sociais. É um espaço onde os dominados podem ser capazes de se apropriar da esfera simbólica constituída pelos dominantes e transformá-la, ressignificá-la, de acordo com suas necessidades e possibilidades.

As maneiras de fazer, estilos de ação dos sujeitos ordinários (sujeito comum) criam regras diferentes daquelas da produção e do consumo oficiais e estabelece um processo

de ressignificação, dando origem a novas 'maneiras de utilizar' a ordem imposta. Para além do consumo puro e simples, os praticantes desenvolvem ações, fabricam formas alternativas de uso, tornando-se produtores/autores, divulgando alternativas, manipulando, ao seu modo, os produtos e as regras, mesmo que de modo invisível e marginal (ALVES; OLIVEIRA, 2015). Entretanto, no mecanismo de produção já existem intencionalidades próprias da cultura do dominante.

Na realidade, diante de uma produção racionalizada, expansionista, centralizada, espetacular e barulhenta, posta-se uma produção de tipo totalmente diverso, qualificada como consumo, que tem como característica suas astúcias, seu esfarelamento em conformidade com as ocasiões, suas piratarrias, sua clandestinidade, seu murmúrio incansável, em suma, uma quase invisibilidade, pois ela quase não se faz notar por produtos próprios mas por uma arte de utilizar aqueles que lhe são impostos (CERTEAU, 2014, p. 94).

Essas "artes de fazer" dos praticantes, os usos e táticas que desenvolvem cotidianamente são inscritas e delimitadas pelas redes de relações de forças entre o forte e o fraco que definem as circunstâncias das quais podem aproveitar-se para empreender suas "ações". Certeau (2014) não delimita a cultura a setores da hierarquia social, para ele, a cultura existe na esfera entre o dominante e o dominando, diferenciando-se apenas pela possibilidade que um e outro têm de transmiti-la. O autor argumenta que a cultura dominante é de posse daquele que detém os meios de controle, produção e divulgação que, por sua vez, moldam espaços de poder e criam visões de mundo próprias e autônomas. Em contrapartida, a cultura do dominado é daqueles que não possuem meios de empregar sua cultura e torná-la oficial.

Nesse campo de dominantes e dominados, Certeau (2014) define dois tipos de comportamentos: o estratégico e o tático. O autor constrói esses termos a partir da observação do contexto militar e lhes atribui novos significados. Descreve as instituições, em geral, como "estratégicas", organizadas pelo postulado de um poder que é reconhecido como autoridade. Uma estratégia pode ter o *status* de ordem dominante ou ser sancionada pelas forças dominantes e se engaja no trabalho de sistematizar, de impor ordem.

A estratégia se materializa pela consolidação de uma cultura dominante que estabelece as leis, resoluções, normas e protocolos por meio da escrita. A linguagem escrita é embebida por um saber próprio, erudito, legitimado, consensuado que define as leis e traz em seu arcabouço os interesses estratégicos de normalizar, padronizar e sistematizar proporcionando um padrão a seguir pelos dominados, em um determinado lugar.

A estratégia então delimita um lugar que é uma configuração instantânea de posições e implica uma indicação de estabilidade. Nesse sentido, a estratégia é vinculada ao poder hegemônico e dominante, como forma de convencimento, de argumentação e de intimidação dos fortes sobre os fracos. Aqueles que utilizam estratégias dominam o tempo para conquistar e preparar expansões e obter assim, uma independência em relação ao outro, que dominam os lugares a partir da observação e medida para melhor controlar, prever e antecipar leituras e espaço e, finalmente, que definem o poder pelo saber, pela capacidade de transformar as incertezas em espaços legíveis (DURAN, 2012; SILVA; LYRIO; MARTINS, 2011). As estratégias podem, por exemplo, estar ligadas a uma instituição e partem de um lugar que constituem como próprio, um lugar físico. Ela é vinculada ao poder hegemônico e dominante, controlada por um conjunto de normas e operações produzidas pelas estruturas de poder, visando à organização do espaço social.

Por outro lado, as táticas configuram uma ação calculada e operam golpe por golpe, lance por lance. Aproveitam as “ocasiões” e as falhas que as conjunturas vão abrindo na vigilância do poder. Uma tática infiltra, não tenta dominar, não tenta vencer. Ciente de seu status de “fraco”, a tática não faz nenhuma tentativa de enfrentar a estratégia de frente, mas tenta preencher suas necessidades enquanto se esconde atrás de uma aparência de conformidade. Na dificuldade de identificar a tática está uma parte significativa do seu poder (CERTEAU, 2014).

Nesse espaço das táticas, Certeau (2014) destaca um sujeito “ordinário” que é cada um e ninguém. É todo aquele que consegue, mesmo que momentaneamente, desviar dos encontros com “o poder”, escapar a um olhar totalizante, a um enquadramento disciplinar, a lugares fixos e pré-estabelecidos. Nesse sentido, homem ordinário (herói comum) é aquele que consegue usar astutamente, taticamente esses lugares e enquadramentos em proveito de outros interesses e utilizando das ocasiões e dos cochilos de um olhar vigilante (SANTOS, 2015). Ao procurar viver da melhor forma possível com astúcias anônimas das artes de fazer, o homem ordinário vai criando, (re)inventando o cotidiano a partir de suas táticas (CERTEAU, 2014). Essas constituem as práticas pelas quais os usuários se reapropriam do espaço organizado pelas técnicas da produção sociocultural, alterando o seu funcionamento (DURAN, 2012).

O espaço como invenção da prática é o lugar praticado, o oposto do lugar determinado pela ordem. A rua, o aeroporto, uma praça ou um serviço de saúde são transformados em espaço pelas pessoas: pedestres, viajantes, pacientes, profissionais de saúde

que nele circulam e dão vida àquele lugar. São as ações dos sujeitos que definem os espaços; já os lugares estão ali, estáticos, na inércia. Examinando as práticas do dia a dia, a partir da experiência de oposição entre lugar e espaço existem duas determinações: uma por objetos fixos e outra por operações que, atribuídas a um objeto, especificam os espaços pelas ações dos sujeitos (CERTEAU, 2014).

Passamos assim a pensar o serviço de urgência como um lugar próprio, mas também como lugar praticado (espaço) onde os sujeitos cotidianos inventam o dia a dia, criam formas novas de lidar com situações e dão vida àqueles lugares. São eles que fazem da urgência um lugar onde as invenções e criações podem ser percebidas (ARAÚJO, 2013).

Assim, no lugar-espaço como invenção das táticas, o herói comum cria modos inventivos de escape e de confrontação em cada situação, rompendo, não apenas com o caráter normativo da ação social cotidiana, como também realçando as relações de poder que incidem na construção social da vida. Enfim, a tática é o movimento dentro do campo de ação do inimigo e no espaço por ele controlado; ela aproveita as ocasiões e capta no vôo as possibilidades oferecidas por um instante. Nas palavras de Certeau (2014, p. 101) “Tem que utilizar vigilante, as falhas que as conjunturas particulares vão abrindo na vigilância do poder proprietário. Aí vai caçar. Cria ali surpresas. Consegue estar onde ninguém espera. É a astúcia”.

O conceito de tática é utilizado para explicar como os indivíduos, categorizados como consumidores pelo sistema dominante subvertem os produtos “fechados” que pululam incessantemente nos espaços sociais periféricos a fim de massificá-los e dominá-los (DURAN, 2012; SILVA; LYRIO; MARTINS, 2011). Os produtos impostos pelo sistema dominante aparentam (apenas aparentam) estarem sendo consumidos passivamente pelos indivíduos, principalmente aqueles que estão excluídos dos campos produtores. O consumo realizado nos espaços alijados das sociedades é um consumo qualificado que fabrica produtos determinados pela ordem dominante. Assim é feito com os produtos televisivos, da escola, do espaço urbano, do supermercado e dos sistemas de saúde (MORAIS, 2009).

Exemplifica Certeau (2014) que, com as ocorrências na América Colonial, à medida que a dominação portuguesa não conseguiu o intento desejado, ainda que os indígenas deixassem transparecer que estavam sendo dominados por completo, eles subvertiam as ações impositivas, não as rejeitando, mas modificando-as de acordo com as suas práticas, não se deixando dominar pelo poder. Faziam uma “bricolagem” com os produtos determinados pelos colonizadores, segundo seus interesses e suas regras. A bricolagem é a forma de o sujeito

insubmisso fugir da ordem, “escapar” e aí formar um novo conhecimento, uma nova cultura pela síntese dos vários fragmentos da cultura imposta. Nesse sentido, Certeau (2014) aprofunda a questão de usuário/consumidor considerando que este faz uma bricolagem com e na ordem dominante utilizando inúmeras metamorfoses da lei, O consumidor estabelece procedimentos populares (também “minúsculos” e cotidianos) que jogam com os mecanismos da disciplina e não se conformam com ela a não ser para alterá-los. Enfim, há “maneiras de fazer” que formam a contrapartida, do lado dos consumidores dos processos mudos que organizam a ordenação sociopolítica.

Tecem em redes de ações reais, que não é mera repetição de uma ordem social preestabelecida. A tessitura das redes de práticas sociais reais se dá, por meio de táticas dos praticantes que inserem na estrutura social criatividade e pluralidade, modificadores das regras e das relações entre o suposto poder das estruturas e dos dominantes e a vida dos que a ele estão supostamente submetidos (ALVES; OLIVEIRA, 2015).

Alguns estudos têm revelado as invisibilidades e astúcias desse cotidiano que aqui propomos conhecer e têm contribuído para reflexões e discussões no campo da pesquisa em saúde. Santos (2015) buscou compreender o cotidiano a partir da ótica Certeuniana e apontou que profissionais e usuários estão inseridos em um sistema de saúde deficitário com diversos bloqueios em seu percurso. No Pronto Socorro, convive-se com a barreira entre a porta de entrada e a realização do atendimento. Nesse cenário, coexistem dois polos: o externo onde os usuários esperam por atendimento, do lado de fora, e lutam para consegui-lo. O outro polo é o ambiente interno, onde ocorre o trabalho de assistência à saúde em que estão os profissionais que fazem malabarismos com a falta de recursos (medicamentos, pessoal, leitos) e superlotação frequente. Cada um desses polos gera nos sujeitos diversos sentimentos que motivam distintas maneiras de agir. Assim, tanto os usuários quanto os profissionais de saúde fazem uso de estratégias e táticas cotidianas para lidar com os desafios e dificuldades enfrentadas no contexto de atendimento do serviço da urgência.

Araújo (2013) ao observar o cotidiano dos profissionais do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) empregou o conceito de panoptismo. A autora aponta que foi possível perceber que existe uma ideia ambivalente de visibilidade sobre e para o SAMU que pode ser explorada por diferentes perspectivas e de diferentes posições dos sujeitos na hierarquia do serviço. Essa ambivalência situa-se na ideia de que a visibilidade, ao mesmo tempo em que lhe traz um empoderamento frente à sociedade, exerce uma visão panóptica, ao realizar julgamentos sobre como esse serviço deveria atuar.

A visão idealizada criada sobre esse serviço confere-lhe a impossibilidade do erro e do desvio de conduta, sendo esse também alvo da vigilância da sociedade panóptica. Existem tensões e um desconforto no trabalho cotidiano do SAMU que podem ser explicados pelo que se denomina de “trabalho na vitrine”. Esse trabalho confere às equipes do SAMU uma inspeção constante, por meio de observação direta, uma vez que os profissionais do SAMU trabalham no próprio local onde acontecem as intercorrências de saúde (ARAÚJO, 2013). Assim, o panoptismo automatiza o poder ao subjetivar naquele que é observado uma sensação consciente de vigilância, de monitoramento.

Schmidt (2013), ao observar o cotidiano dos usuários e trabalhadores no serviço de saúde mental verificou que a população dependente do sistema público, empreende “ações táticas”, a partir de seu sofrimento e enfrentamento da doença, criando modos de habitar o sistema interligado de serviços e equipamentos de saúde. Para Schmidt (2013), o cotidiano vivenciado pelos usuários e trabalhadores do programa de saúde mental, faz-nos compreender o processo de acolhimento na porta de entrada desse sistema complexo. Esse local é habitado por usuários e profissionais com interesses e produções distintas com vistas a alcançar determinada meta estipulada pelo outro, na qual prevalecem as táticas e bricolagens dos profissionais da linha de frente. Suas atividades são marcadas por oposições e tensões, relacionadas à própria conjuntura vivenciada no serviço que, muitas vezes, são traduções das necessidades do usuário junto aos especialistas desse serviço.

O estudo de Szotta (2014), a partir dos conceitos de espaço e lugar, destacou as instituições hospitalares como uma entidade onde o poder disciplinar e o controle são exercidos sobre os usuários desses serviços. Verificou-se o médico, como o principal detentor do poder disciplinar frente à necessidade do ator usuário, age estabelecendo relações de poder. Entretanto, controle e poder são reduzidos a partir das práticas de evasão, subversão e desafio do usuário, que procura a instituição com o objetivo de adquirir o tipo de cuidado em saúde que considera adequado.

Para Szotta (2014), o domínio do ator médico, mediante o controle do poder disciplinar, caracterizou as interações sociais de cunho biomédico, bem como as teorias de biomedicalização, na qual destaca a origem do poder médico nas atividades da área de biotecnologia do mercado capitalista. Entretanto, os atores usuários permanecem a experimentar o lugar (hospital) repleto de inquéritos estigmatizantes e exortações que visam a um comportamento de acordo com normas e protocolos existentes. Contudo, prevalecem as

táticas do usuário que (re)inventam aquele lugar e, assim, criam seus movimentos próprios, seus espaços em busca da assistência e o enfrentamento da doença.

De acordo com Dew et al. (2014), o lar dos pacientes são centros híbridos de assistência a saúde. Os autores chegaram a essa constatação, após estudarem as táticas dos usuários em seu próprio domicílio diante dos tratamentos prescritos ou, até mesmo, do autocuidado. Neste estudo, os “chefes de família”, são confrontados com os protocolos normativos de práticas terapêuticas relacionadas à medicalização, contudo os mesmos fazem bricolagens inumeráveis para burlar o sistema prescrito pelo médico, pois não acreditam nas regras impostas no âmbito do controle social do modelo biomédico. Assim, no próprio domicílio o usuário se desvincula das recomendações do outro - se ortodoxa ou pouco ortodoxa, quando inverte o papel médico-paciente e passa ser paciente-médico. Há uma adaptação do prescrito às condições do domicílio, onde o lugar, já não é institucional e sim domiciliar, de domínio próprio e onde se articulam suas próprias regras e táticas.

Ainda, para Dew et al. (2014), o domicílio, além de se conformar como um centro híbrido de práticas de medicação e autocuidado, também limita o usuário de se inserir em um espaço disciplinado de decisão. No domicílio, é o usuário quem faz a regra, de acordo com suas necessidades psicobiológicas, entrando em contradição com as regras impostas pelo sistema biomédico, eximindo-se de total responsabilidade pelo que lhe foi prescrito.

Em outro estudo, foi analisada a eficácia dos representantes da comunidade (cuidadores e consumidores) na rede de assistência à saúde (NATHAN; STEPHENSON; BRAITHWAIT, 2014). As práticas e ações desses representantes na rede de relações de poder foram o foco do processo analítico a partir dos conceitos ceretuanianos. Verificou-se que, apesar da legitimidade dos representantes da comunidade no sistema de saúde, os mesmos ainda estão marginalizados do processo de tomada de decisões. Esses representantes até engendram táticas com vistas ao empoderamento de sua participação social, porém a sua capacidade de influência pareceu limitada no espaço vivenciado.

Enfim, nesses estudos, o cotidiano do herói anônimo pouco a pouco ocupa o centro das cenas científicas, suas práticas invisíveis, em um primeiro momento, tornam-se fenômenos de grande interesse e admiração. Os projetores abandonaram os atores de brasões sociais para voltarem para o coro dos figurantes, privilegiando o anônimo e o cotidiano (CERTEAU, 2014).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

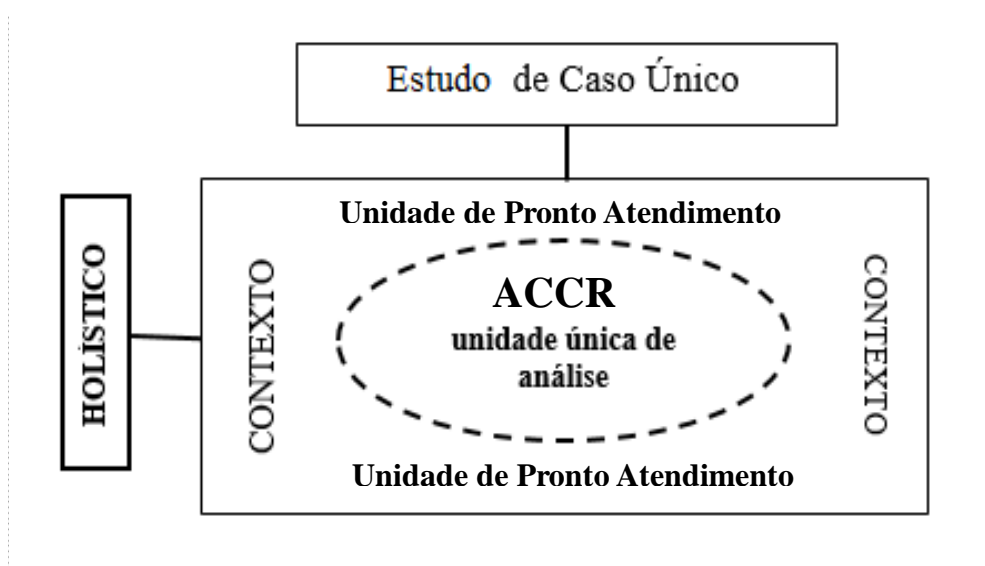
Foi realizado estudo de caso único de abordagem qualitativa. Para Poupart et al. (2012), o objetivo de uma pesquisa qualitativa pode ser a apreensão das preocupações dos atores sociais e suas vivências no cotidiano. Assim, o objeto de pesquisa, na abordagem qualitativa, refere-se à história social da existência ordinária. Todas as coisas tornadas tão comuns, tão evidentes, que ninguém presta atenção a elas, como o cotidiano da sala de aula, do espaço de um museu, do trabalho das mulheres, do serviço de urgência. Ou seja, esse cotidiano constitui as construções múltiplas e efêmeras da vida de todos os dias (POUPART et al., 2012). Dessa forma, justifica-se o uso da abordagem qualitativa pela necessidade de captar o cotidiano de trabalho dos enfermeiros em um serviço de urgência. Esse é o objeto de análise e, portanto, passível de ser compreendido nessa abordagem.

Segundo Yin (2015), o estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência como entrevistas com as pessoas envolvidas, observação dos acontecimentos e mesmo análise de documentos ou artefatos físicos. A escolha pelo estudo de caso justificou-se por permitir uma investigação de um fenômeno social complexo, uma análise da realidade em profundidade; que preserva as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, como os processos organizacionais e administrativos (YIN, 2015). Segundo o autor, existem quatro possíveis conformações para um estudo de caso, que seriam o estudo de caso único holístico; estudo de caso único integrado; estudo de casos múltiplos holísticos e estudo de casos múltiplos integrados.

A escolha pelo estudo de caso deve se pautar em situações em que a unidade de análise do estudo apresente caráter inovador “[...] quando um pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação da ciência social [...]” (YIN, 2015, p. 55). Assim, a unidade de análise refere-se ao que essencialmente deve representar um fenômeno real de impactos concretos (YIN, 2015). Neste estudo, definimos como unidade de análise o cotidiano de trabalho de enfermeiros no ACCR, pois apresenta caráter inovador no contexto dos serviços de urgência/emergência, ainda pouco discutido, o que conflui para a delimitação desta pesquisa como um estudo de caso único holístico (YIN,

2015). Além disso, a escolha do cotidiano de trabalho de enfermeiros no ACCR da UPA como o caso a ser estudado justifica-se por ser este um cenário onde o ACCR está trazendo inúmeras transformações e que precisam ser conhecidas. Em resumo, a delimitação permeável entre o contexto do cenário do estudo e a unidade única de análise pode ser visualizada na Figura 1.

Figura 1 – Esquema demonstrativo do referencial metodológico utilizado.



Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

Aprender a complexidade do cotidiano de trabalho do enfermeiro na classificação de risco, implica em considerar que este se dá em um contexto dinâmico, contraditório, com determinações políticas e históricas, que tendem a fazer do usuário de saúde meros consumidores de produtos e de regras definidas de acordo com as estratégias mercadológicas e ideológicas dos grupos dominantes. Entretanto, nas suas vidas cotidianas, estes "consumidores" instituem usos diferenciados desses produtos e regras, num processo de desenvolvimento de "táticas" (ALVES; OLIVEIRA, 2015).

Para Certeau (2014), as maneiras de fazer, estilos de ação dos sujeitos reais criam um jogo dando origem a novas 'maneiras de utilizar' a ordem imposta. Essas "artes de fazer" dos praticantes, os usos e táticas que desenvolvem cotidianamente são delimitadas pelas redes de relações de forças entre o forte e o fraco que definem as circunstâncias nas quais podem aproveitar-se para empreender suas "ações" (ALVES; OLIVEIRA, 2015).

Assim, ora os enfermeiros, ora os usuários dos serviços de saúde e ora os profissionais da UPA podem ocupar a posição de "sujeitos ordinários" executantes de astúcias

que são a arte do fraco. Ressaltamos que essa relação entre fraco/forte e dominante/dominado não é fixa, ela é mutável a depender das situações circunstanciais e dos interesses dos sujeitos que ora se coloca como fraco para empreender suas astúcias e penetrar nas brechas do sistema cultural imposto pelo forte. Assim, o fraco se faz forte ou vice-versa. Dessa forma, o referencial teórico de Certeau (2014) sobre o cotidiano foi utilizado para nortear este trabalho.

4.2 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO

O cenário escolhido foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Divinópolis, MG. A opção por realizar o estudo nessa unidade foi intencional e pelo fato da unidade ser a única UPA do município de Divinópolis. Além disso, esta UPA utiliza em seu cotidiano de trabalho o Acolhimento com Classificação de Risco realizado por enfermeiros.

Divinópolis é cidade polo da Região Ampliada de Saúde Oeste e sede da Superintendência Regional de Saúde (FIG. 2), com área territorial de 708.115 Km². Considerada a maior cidade da região, apresenta uma população de 213.016 habitantes em 2010 e, estimada em 2015 de 230.848 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Figura 2 - Localização da Região Ampliada Oeste e Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis-MG.

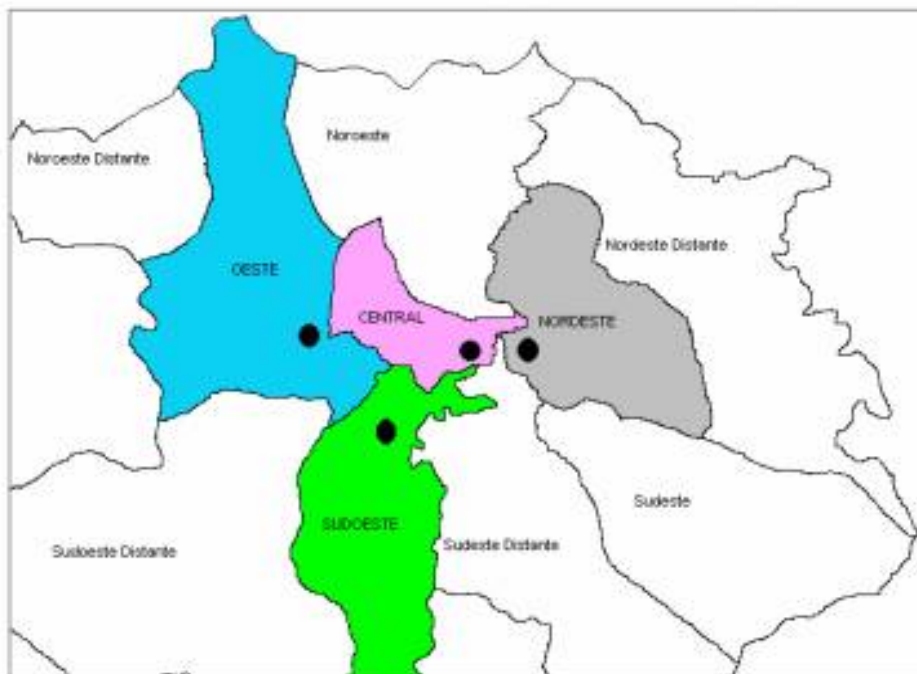


Fonte: Fraga (2016)

O município possui 47 estabelecimentos públicos de saúde com prestação de serviços em 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01(hum) Policlínica, 01(hum) Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 01(hum) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 07(sete) farmácias para dispensação de medicamentos básicos, 01(hum) unidade de Vigilância em Saúde, 03(três) serviços auxiliares de diagnose e terapia e 04 (quatro) Unidades Especializadas de Atendimento à Saúde (UEAS) em funcionamento de 18h às 22 horas (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2016).

As UEAS (FIG. 3) estão localizadas nas regiões (Central, Nordeste, Oeste e Sudoeste) e são destinadas a realizar a assistência à saúde, preferencialmente à população adstrita à região, de forma não programada. Tem o objetivo de atender à demanda das urgências relativas, ou seja, quadros clínicos classificados pelo Protocolo de Manchester como “azul” e “verde”, bem como auxiliar o atendimento nos horários em que habitualmente as UAPS já estão fechadas, evitando a superlotação da UPA 24 horas, que deve ser destinada, somente, aos casos graves (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2016).

Figura 3 - Localização das UEAS nas regiões de Divinópolis-MG.



Fonte: Prefeitura Municipal de Divinópolis (2016).

A UPA de Divinópolis (FIG. 03), denominada UPA Padre Roberto Cordeiro Martins, foi inaugurada em 30 de março de 2014, sendo administrada desde setembro de

2014, pela Fundação Santa Casa da cidade de Formiga, em contrato de gestão compartilhada, resultada de processo licitatório. Em 19 de dezembro de 2014, houve intervenção da Justiça, em decorrência das irregularidades e sua Diretoria foi afastada. Quatro interventores assumiram os cargos, no entanto, a Provedoria da entidade garantiu a plena manutenção do atendimento de saúde à população (LEE, 2014).

A UPA (FIG. 4) foi construída segundo os critérios do Ministério do Planejamento, sendo considerada de Porte III que estabelece, no mínimo, 15 leitos de observação com capacidade de atender até 350 pacientes por dia em uma população na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

Figura 4 - UPA Padre Roberto Cordeiro Martins- Divinópolis, MG.



Fonte: UPA (2016)

Ressalta-se que a construção e implantação da UPA foi uma ação prioritária do SIM - Saúde (Sistema Integrado Municipal de Saúde) que integra um conjunto de estratégias, dentre elas a reorganização da atenção à urgência e emergência, articulando os diversos pontos de atenção e definindo fluxos e referências adequados (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS, 2014).

A UPA conta com 267 funcionários, sendo 74 com vínculo celetista pela Fundação Santa Casa de Formiga e 193 pela SEMUSA, dentre concursados e contratados. Em cada turno de 12 horas, trabalham 02 (dois) recepcionistas. A cada plantão diurno trabalham dois enfermeiros triagistas que perfazem uma escala de 12/60h com uma hora de almoço e 15

minutos para café da manhã e da tarde. No plantão noturno, trabalha somente um enfermeiro triagista. Há também um porteiro que organiza o fluxo e guarda a entrada da unidade. A equipe médica noturna e diurna é composta por 02 (dois) cirurgiões, 02 (dois) clínicos, 02(dois) ortopedistas e 02(dois) pediatras. Há também 01(hum) neurologista e 01(hum) otorrinolaringologista que trabalham de sobreaviso. Uma assistente social também compõe a equipe, mas apenas no plantão diurno.

A equipe de enfermagem da UPA é composta por 100 técnicos e auxiliares de enfermagem e 28 enfermeiros. A escala está dividida em três equipes no plantão diurno e três equipes no plantão noturno com carga horária de 12 horas por plantão para todas as categorias profissionais. Cada equipe de enfermeiros é escalada da seguinte forma: um enfermeiro coordenador de plantão, 02(dois) enfermeiros no ACCR, 01(hum) enfermeiro na Observação e 01(hum) enfermeiro na Urgência, sendo cinco enfermeiros por plantão. Os técnicos/auxiliares de enfermagem são escalados nos setores de Clínica Médica, Cirúrgica, Ortopédica, Pediátrica, Urgência e Laboratório; totalizando 15 (quinze) funcionários por plantão. A diferença na composição da equipe diurna e noturna é que no plantão noturno existe somente um enfermeiro no ACCR. Existe também um coordenador de enfermagem com carga horária de 08 horas diárias nos dias úteis.

Atualmente, a UPA atende uma média de 300 pacientes por dia que se mantêm durante todo o ano, sofrendo poucas alterações, segundo informações dos profissionais do serviço. Os atendimentos realizados no período de 01/01/2015 a 31/01/2015 apresentaram os seguintes dados: Atendimentos de Clínica Médica: 2.826 (46,2%), Ortopedia: 992 (16,3%), Clínica Pediátrica: 865 (14,2%), Cirurgia: 679 (11,1%), Emergência (pacientes que são atendidos diretamente na sala de emergência): 99 (1,6%), Outras especialidades (10,6%). O total de atendimentos mensal no plantão diurno foi de 6.106 (ANEXO D).

Os atendimentos no plantão noturno foram Clínica Médica: 1.365 (51,7%), Clínica Pediátrica: 408 (15,4%), Cirurgia: 396 (15%), Ortopedia: 322 (12,2%), Emergência: 60 (2,3%), dentre outras especialidades. O total de atendimentos mensal no plantão noturno foi de 2.641 e o total de atendimentos mensal nos dois plantões foi de 8.747 (ANEXO D). A classificação predominante no mesmo período foi de 67% para pacientes avaliados como verde e azul e 33% pacientes classificados como vermelho, amarelo e laranja, específicos de UE (ANEXO E).

Para atendimento às urgências e emergências, o município disponibiliza também de 01(hum) Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), 01 (hum) Hospital Geral

contratado e 01 (hum) unidade de Resgate em parceria com o Corpo de Bombeiros Militar. Existe, ainda, um hospital público regional em construção. Também foi criado o Consórcio Intermunicipal de Saúde, para implantar e gerenciar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na região ampliada de saúde oeste (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2016).

O município conta ainda com a prestação de serviços de 20 equipes da Unidade de Saúde da Família (USF) e 02 (duas) equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Outros estabelecimentos privados ou filantrópicos participam de forma complementar ao SUS, entre eles 03 (três) hospitais e 16 serviços especializados. Conta com um total de 311 leitos credenciados no SUS, sendo 83 leitos cirúrgicos, 116 clínicos, 90 psiquiátricos e 22 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) referência para todo o Oeste mineiro (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2016).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

Os potenciais participantes da pesquisa foram os 22 enfermeiros da UPA que realizavam o ACCR, no período diurno e noturno. Entretanto, um enfermeiro recusou participar do estudo e um dos enfermeiros encontrava-se de férias. Assim, participaram do estudo 20 enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) com os enfermeiros e observação no local de trabalho. Para Poupert et al. (2012), três argumentos justificam a escolha da entrevista na abordagem qualitativa. O primeiro é de ordem epistemológica que aponta a entrevista como uma técnica de coleta importante para explorar em profundidade a perspectiva dos atores sociais e suas condutas sociais. O segundo argumento é de ordem ética e política, pois a entrevista abre a possibilidade de compreender os dilemas e questões enfrentadas pelos atores sociais em seu cotidiano. Nesse arcabouço, estão as questões éticas e os posicionamentos políticos instituídos e/ou assumidos. Por fim, o terceiro argumento é metodológico, pois destaca a entrevista como um instrumento privilegiado de acesso à experiência dos atores, capaz de elucidar as realidades sociais vivenciadas.

Os enfermeiros foram contactados previamente e convidados a participar do estudo. As entrevistas foram realizadas na UPA, audiogravadas, em sala própria, com a presença do pesquisador, duas alunas de Enfermagem e o participante, de acordo com a

disponibilidade dos entrevistados. Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra e organizadas com vistas à análise.

Cada enfermeiro recebeu um código para garantir o anonimato (letra E=Enfermeiro e o número 1 a 20 para as entrevistas). Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2015.

Também foi realizada a observação como técnica de coleta de dados. Essa técnica “possibilita a coleta de dados materializados em fatos e contribui para a objetivação ou para a explicação das atividades dos atores sociais e das experiências que eles vivenciam” (POUPART et al., 2012, p. 260). Como modalidade da observação, optamos pela técnica da observação simples ou assistemática, que consiste em recolher e registrar fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas (MARCONI; LAKATOS, 2010). Embora não existam regras fixas acerca do que observar; os sujeitos, o cenário e o comportamento social são itens significativos que devem ser considerados pelo pesquisador.

O registro da observação se faz geralmente em diário de campo e, se a situação permitir, é registrado na própria ocorrência do fenômeno (GIL, 2008). Dessa forma, foi utilizado um diário de campo (APÊNDICE C) digitado e numerado em páginas, para registrar as notas de observação (NO) realizadas no setor de classificação de risco. As observações aconteceram no período de realização das entrevistas e, também, a pesquisadora retornou a UPA diversas vezes, para a realização de novas observações independente das entrevistas. Foram registradas 20 páginas de observação que compuseram as NO e um total de 40 horas de observação.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

O material obtido na coleta de dados, por meio de entrevistas, foi submetido à Análise de Conteúdo, modalidade Temático-Categorial, com base no referencial de Bardin (2011). Segundo a autora, a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2011, p. 44). A finalidade da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores,

quantitativos ou não. O analista, ao tratar as mensagens que manuseia para inferir, isto é, deduzir de maneira lógica, adquire conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio. São preconizadas três fases para a Análise de Conteúdo:

Na 1ª fase, realiza-se a Pré-análise ou Leitura flutuante: o primeiro contato com os documentos que consiste em analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões; a leitura vai se tornando mais precisa; Preparação do material: as notas da observação registradas no diário de campo e as transcrições das entrevistas constituem o “*corpus* da pesquisa”: conjunto de documentos para serem submetidos aos processos analíticos.

Na 2ª fase, realiza-se a exploração do material: Codificação: “tratar o material é codificá-lo” (BARDIN, 2011, p. 133). A codificação corresponde à transformação dos dados brutos do texto que consiste no recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão (BARDIN, 2011).

Após a leitura geral, realizam-se recortes do texto em unidades de registro, que são categorizadas e classificadas com vistas a uma decodificação do significado das partes em relação com o todo. Trabalha-se com a elaboração e a seleção de um ou vários temas de significação em uma unidade de codificação (BARDIN, 2011).

Nesse processo, utilizando a análise temática, foram extraídas as unidades de registro, ou seja, “[...] a unidade de significação codificada que corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando à categorização” (BARDIN, 2011, p. 134). O tema é uma das unidades de registro largamente utilizada em análise temática, bem como a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação com significado para o objetivo (BARDIN, 2011). A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, facilitando a compreensão da significação exata da unidade de registro (BARDIN, 2011).

A Categorização é considerada uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento, segundo os critérios previamente definidos. As categorias são classes, as quais reúnem um grupo de unidades de registro, sob um título genérico com características comuns (BARDIN, 2011).

Na 3ª fase, ocorre o tratamento e a interpretação dos dados obtidos: Os resultados brutos são tratados de maneira a ser significantes e válidos (BARDIN, 2011). A análise de conteúdo das entrevistas foi enriquecida com o material das observações, articulando dados

empíricos e referenciais teóricos, respondendo às questões da pesquisa. As notas de observações foram utilizadas para descrever o contexto e as situações circunstanciais e para enriquecimento da análise das entrevistas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as etapas da pesquisa estão em concordância com a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo responsável pelo Serviço de UE em Divinópolis (ANEXO A), pelo Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO C).

O trabalho de campo foi precedido de contato com os gestores e enfermeiros dos serviços, solicitando a participação na pesquisa. Aos participantes, foi entregue o TCLE, em duas vias, sendo que uma ficou com o enfermeiro e a outra via com a pesquisadora. Os dados só foram coletados após o consentimento e a assinatura do Termo. Cabe ressaltar que mesmo após assinatura do TCLE, os participantes foram orientados acerca da possibilidade de se retirar da pesquisa em qualquer etapa sem prejuízo ou penalidade. Para os participantes, não houve provimento de material prévio e nem ressarcimento. Foi garantido o anonimato e sigilo dos dados obtidos. O material será utilizado somente para fins científicos e será arquivado por um período de cinco anos.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados foram agrupados em três categorias com suas respectivas subcategorias. Na primeira, *O contexto e os sujeitos envolvidos no Acolhimento com Classificação de Risco*, duas subcategorias são descritas: *O contexto e as situações circunstanciais*; *Os sujeitos e suas relações no Acolhimento com Classificação de Risco*. Na segunda categoria, destaca-se *O Processo de trabalho no Acolhimento com Classificação de Risco: elementos constitutivos, subjetividades e a (re)invenção do cuidado*. Na terceira categoria *O cotidiano de trabalho no Acolhimento com Classificação de Risco* também emergiram duas subcategorias: *O Protocolo de Manchester como elemento de “Estratégia” no Acolhimento com Classificação de Risco*; *As táticas no cotidiano do Acolhimento com Classificação de Risco*. Tais categorias e subcategorias são tratadas a seguir.

5.1 O CONTEXTO E OS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

5.1.1 O contexto e as situações circunstanciais

A inserção no campo de pesquisa, durante o período de realização das entrevistas e observações do cenário, foi essencial para se obter uma compreensão mais profunda sobre o cotidiano no serviço de urgência e emergência selecionado. Considera-se que o contexto é a “mola mestra” do processo de percepção do conteúdo das formações discursivas e ideológicas que regem as relações desenvolvidas entre os sujeitos (CERTEAU, 2014). Assim, julga-se importante oferecer ao leitor uma aproximação das vivências durante a fase de coleta de dados, elucidando o contexto em investigação. Para Certeau (2014), o cotidiano abarca “situações circunstanciais” que despertam nos sujeitos o seu fazer, suas artes de escapar à lógica do que lhe é imposto. Ora, o que é imposto, está atrelado a normas e a um sistema cultural predeterminado, ora emerge do que é praticado no campo da realidade estabelecida por outros. A análise do cotidiano depende de um mergulho no contexto, fazendo-se conhecer as “circunstâncias” em que o mesmo é construído, sua lógica predeterminada, sua prática no fazer do outro e seus desafios.

Primeiro, o contexto envolvendo o ACCR constitui-se como um lugar impregnado por símbolos que remontam à sua história e finalidade. A disposição do cenário, as cores de

classificação e a nomenclatura dada aos profissionais retratam a finalidade do serviço disponibilizado. A cena observada a seguir descreve o elucidado.

A primeira impressão ao chegar a UPA em uma segunda-feira às 7 horas da manhã do mês de janeiro de 2015 foi de admiração. Um prédio de construção nova, com área de estacionamento, uma recepção ampla, moderna, bem iluminada, arejada, com as cadeiras demarcadas da cor específica para os pacientes classificados como azul e verde. Na recepção também constava um balcão espaçoso com cadeiras para os pacientes e acompanhantes se assentarem ao fazer a ficha de atendimento e um painel eletrônico com o nome dos médicos plantonistas, do enfermeiro classificador e do enfermeiro coordenador em local de fácil visualização (NO).

Da mesma forma, a postura assumida por pacientes e profissionais vivificam esse lugar e impregnam o mesmo com subjetividades variadas: o conflito, a urgência, a dor, a rejeição e a ansiedade.

No decorrer da manhã, os pacientes iam, aos poucos, chegando e ocupando todos os assentos. O calor já tomava conta da recepção, as conversas paralelas, o murmúrio dos pacientes e acompanhantes, os rostos ansiosos e com expressões de rejeição diante do longo tempo de espera para o atendimento. As expressões de dor também modificavam o ambiente tornando-o tenso e em alguns momentos conflituoso. Os profissionais cada qual com sua função e no seu espaço já demonstravam ansiedade no atendimento aos pacientes diante do aumento da demanda (NO).

Nesse primeiro olhar panorâmico, ficou a curiosidade de conhecer as particularidades do funcionamento do ACCR, as artes de fazer, viver, criar e conviver em um ambiente tão dinâmico e instigante. Assim, a UPA foi observada como um todo, no entanto, os consultórios do ACCR e a recepção foram os espaços do interesse desse estudo. O primeiro ambiente observado foi a recepção.

A UPA possui um Sistema de Informação (SIS - Sistema Integrado de Saúde) onde é cadastrada a ficha de atendimento pelo profissional recepcionista. O recepcionista questiona sobre a demanda do paciente visando direcioná-lo a uma das especialidades preexistentes no SIS e encaminhá-lo ao ACCR. Os pacientes que aguardam a classificação ficam assentados nas cadeiras em frente aos dois consultórios da triagem (NO).

Um segundo ambiente observado foi o consultório de triagem/classificação de risco. Verificou-se que foi construído para fins de classificação e possuía o mobiliário necessário para as atividades ali desenvolvidas. Além disso, possuía os TRIUS (triagem em unidade de saúde), os formulários de classificação (impressos que são utilizados quando o

sistema de internet está inoperante) e o manual do Sistema Manchester de Classificação de Risco (pode ser consultado quando houver dúvidas sobre a normalização/ conceitos do protocolo e se houver queda de energia elétrica).

Os TRIUS são computadores com o *software* estadual do Protocolo de Manchester e trazem acoplados termômetro e oxímetro. Estes estão presentes em unidades de saúde de Urgência e Emergência (UE) e da Atenção Primária a Saúde (APS). Na figura 4, ilustra-se o TRIUS.

Figura 5 – TRIUS.



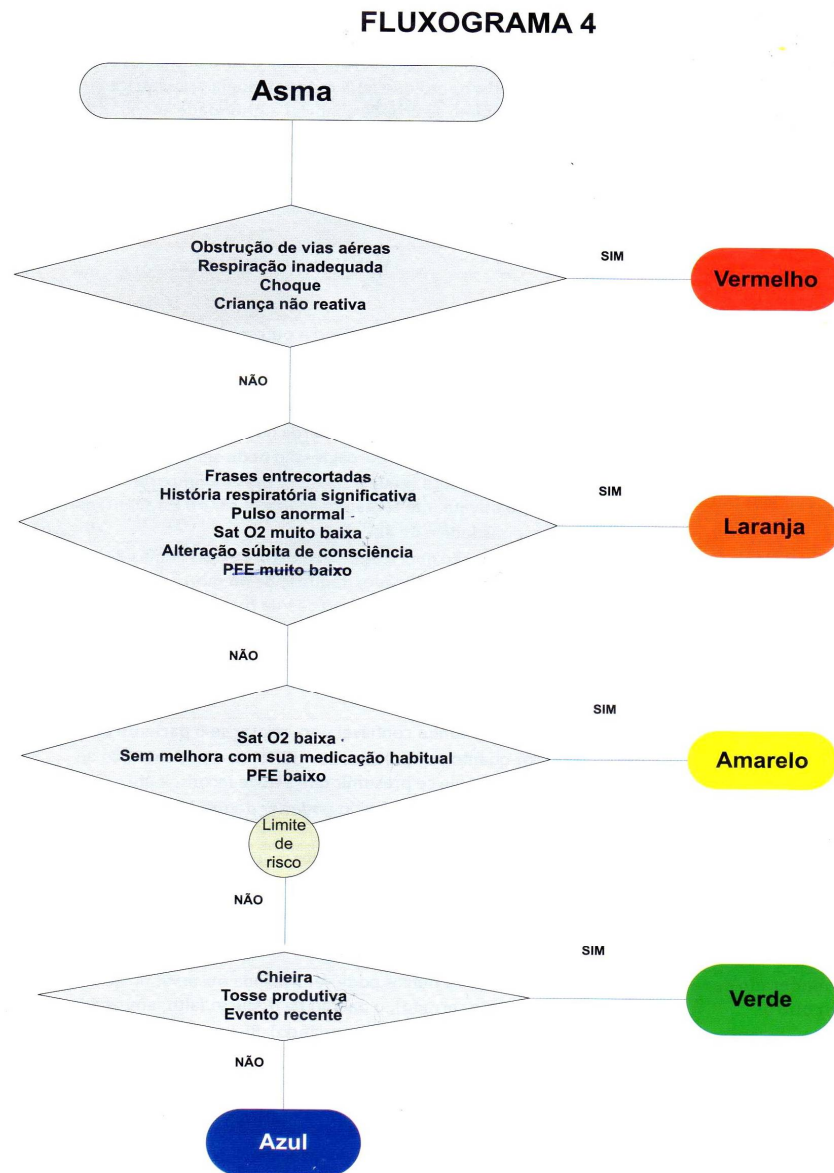
Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora (2016)

Também foi constatada a existência de um fluxo normatizado, a ser percorrido pelos pacientes e a ser operacionalizado pelos profissionais nesse lugar próprio. A cena observada a seguir descreve esse fluxo.

O enfermeiro chama o paciente pelo nome para realizar a classificação, em seguida abre o software do Protocolo de Manchester, realizando um recadastro do paciente (o primeiro cadastro se dá na recepção), confirmando o nome completo e data de nascimento. Na sequência passa para a página de triagem, onde pergunta ao paciente qual a queixa principal/motivo que o trouxe até a unidade para que selecione o fluxograma da queixa principal. São utilizados os fluxogramas e seus discriminadores do livro de referência para classificação de risco no estado de Minas Gerais (NO).

Na Figura 6, retrata-se o fluxograma e seus discriminadores no protocolo de Manchester para Asma, utilizados pelos enfermeiros classificadores no contexto em estudo.

Figura 6 - Fluxograma de apresentação do Protocolo de Manchester (Asma).



Fonte: Mackway-Jones, Marsden e Windle (2010)

Na classificação realizada, por meio do Protocolo de Manchester, existem cinco níveis para a classificação do usuário (FIG. 6). Cada nível possui um número, classificação, cor e tempo recomendado para a primeira avaliação do médico. A simbologia é representada por cores: Vermelho: Emergente (atendimento imediato); Laranja: Muito Urgente (10 minutos); Amarelo: Urgente (60 minutos); Verde: Pouco Urgente (120 minutos); Azul: Não Urgente (240 minutos) (MOREIRA, 2014). Ademais, os pacientes que são admitidos em óbito são classificados como preto e aqueles que procuram a unidade sem demanda específica de UE, como por exemplo, solicitar troca de receita de medicamentos, são classificados como branco. Essas cores diferem do preconizado pelo Protocolo de Manchester original.

Figura 7 - Nível, Classificação, Cor e Tempo de atendimento preconizado pelo Protocolo de Manchester.

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

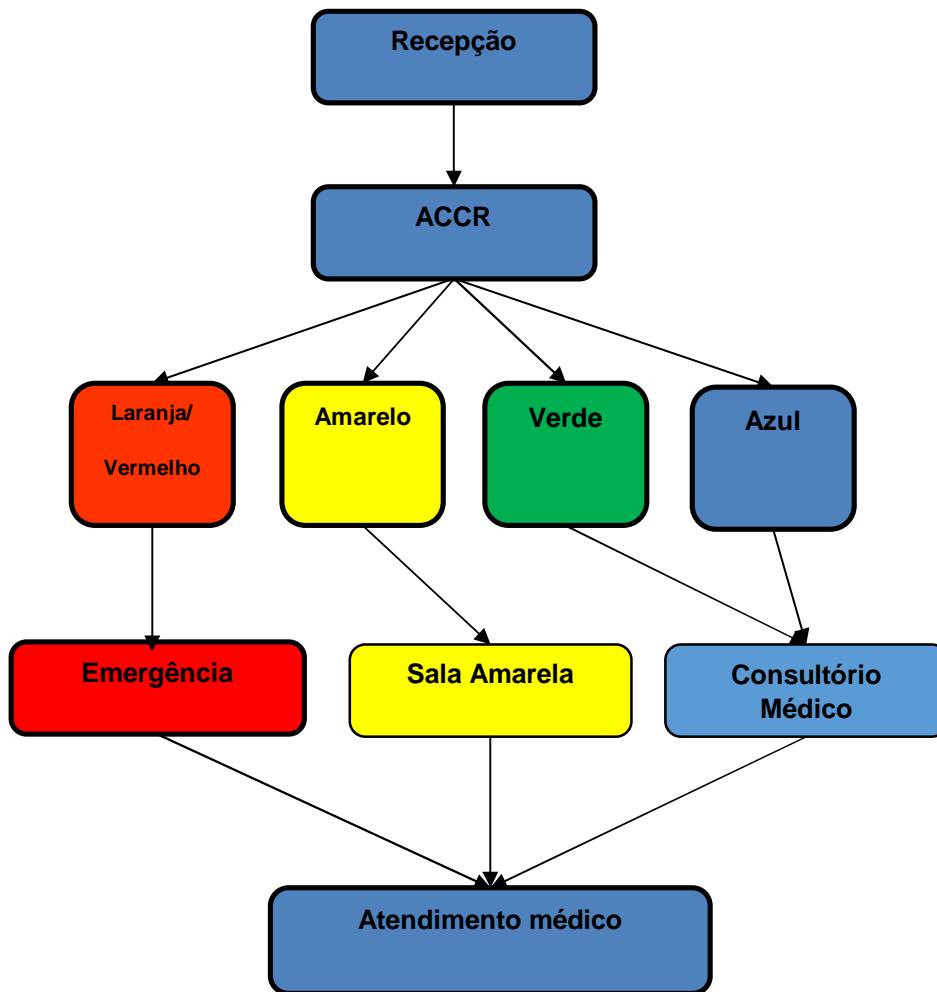
Fonte: Moreira (2014)

As observações a seguir mostram os encaminhamentos dados pelos enfermeiros e por outros profissionais de saúde dentro da UPA, a partir da classificação de risco realizada.

Após a classificação, os pacientes são encaminhados para o atendimento médico ou da assistente social que é responsável pelo encaminhamento de pacientes classificados como verde e azul para APS, consulta ou exame especializado. Os pacientes classificados na cor laranja são encaminhados para a Sala de Emergência. Os pacientes classificados como amarelo são encaminhados para a Sala Amarela e os pacientes classificados como azul e verde são encaminhados para o consultório médico. Os clientes que adentram a recepção e são classificados como vermelho são levados para a Sala de Emergência. Essa sala possui entrada independente- os pacientes graves trazidos pelo Corpo de Bombeiros são atendidos diretamente neste local. Após o atendimento médico os pacientes são encaminhados para outras dependências da unidade para serem medicados, se submeterem a algum procedimento médico e/ou são transferidos ou liberados de alta. (NO).

A partir das observações anteriores, foi possível construir o fluxo de atendimento do paciente no ACCR da UPA em estudo (FIG. 8).

Figura 8 - Fluxo de atendimento do paciente no ACCR da UPA.



Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

A partir do observado e descrito anteriormente, é possível elencar algumas situações circunstanciais que se colocam diante do ACCR, no cenário da UPA. Primeiro, há uma lógica organizativa e estruturada voltada para as demandas de urgência e emergência. O lugar, os materiais e os fluxos foram estruturados para receber uma clientela que possam ter as suas demandas ouvidas e solucionadas. Das observações, foi possível depreender que o serviço não foi criado de qualquer forma, pelo imprevisto ou transformado, a partir de outra finalidade. Pelo contrário, foi construído para se conformar como um ponto da rede assistencial, cuja finalidade é atender às demandas assistenciais por urgência/emergência. É preciso reconhecer esse avanço no lugar observado, pois é comum verificar no país a adaptação de serviços de urgência/emergência, com pouca estrutura e sem uma lógica organizativa, prejudiciais ao atendimento que se deseja implementar (BRASIL, 2010; FERNANDES; GÖTTEMS, 2013).

Ainda, discutindo esse contexto, é importante reconhecer que há uma normatização direcionadora do trabalho desenvolvido pelos profissionais. O Protocolo de Manchester, os fluxogramas de atendimento e os sistemas de informação (manuais, software, SIS) são elementos que remetem a esse fazer normatizado com vistas à padronização e ao alinhamento com uma política definida *a priori* (BOHN et al., 2015; MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

As características desse lugar apontam para a existência de um sistema cultural estabelecido por políticas, leis, regras que intentam circunscrever os sujeitos, cabendo-lhes o consumo desse sistema cultural (CERTEAU, 2014). Assim, espera-se que os símbolos contidos nesse lugar e suas normatizações sejam compreendidos e respeitados como a lei do lugar, o sistema de condutas que ali se aprova e se permite.

Outra situação circunstancial é a lógica de procura da população pelo serviço. Observamos que a grande demanda é pela clínica médica de pacientes crônicos que se enquadram nas classificações verde e azul. Esses pacientes poderiam ser atendidos em UBS, na Atenção Primária a Saúde. Os relatos a seguir reforçam essa situação.

[...] a realidade do nosso serviço hoje é de uma demanda muito grande de atenção básica, então é... não posso dizer em dados precisos, mas da minha prática eu diria que em torno de 80, 90% das pessoas que vem aqui é de atenção básica [...] a gente brinca que é um saco sem fundo, não tem fim [...] é um gargalo que vem da atenção básica (E3).

[...] maioria inclusive vem aqui pra consultinha, assim, periódico sabe? Aqueles negócios que estão acontecendo há três meses e ele vem aqui pra resolver mais rápido o problema dele [...] (E8).

[...] aqui a gente escuta muito assim, quando eu classifico um paciente que é azul que é pra unidade básica, ou seja, ele tem uma queixa há mais de 7 dias. “ai, eu tô com uma dor na coluna já tem 10 dias”. Então o paciente é azul. Esse paciente tem que ir pra unidade básica de saúde [...] (E20).

A nota de observação a seguir reforça os relatos anteriores sobre as principais demandas de usuários para o serviço, bem como as cores em que foram classificados.

A demanda de usuários que chega a UPA para atendimento é imensa. A recepção está abarrotada de pessoas. Todos ansiosos para serem atendidos. Entretanto, quando passam pelo consultório do enfermeiro classificador a maior parte destes pacientes é direcionada para a Clínica Médica, Ortopedia, Pediatria e Cirurgia. Os atendimentos classificados para a emergência são poucos em comparação com os demais. Além disso, as cores recebidas por estes pacientes são em sua maioria verde e azul (NO).

Esta situação, segundo os enfermeiros entrevistados, é ocasionada por alguns motivos. Primeiro, alegaram a ausência de profissionais na Atenção Básica, falta de uma escuta qualificada, de orientações, bem como encaminhamento de usuários a UPA.

[...] é uma atenção básica ausente, são profissionais ausentes nas unidades que não se implicam, que não querem ouvir o paciente, é mais fácil mandar pra cá, muitas vezes sem sequer um papel escrito, manda verbalmente e pronto acabou [...] (E3).

[...] a gente aqui serve como um ouvido que o paciente precisa, só de uma orientação... ele nem precisa passar pelo atendimento médico [...] por ele não ter muitas vezes orientação da base, porque por exemplo, ele vai no posto de saúde com a queixa, as vezes nem é ouvido muito bem lá e já encaminhado pra cá, pra UPA, ne? (E11).

Na percepção dos entrevistados, o município atualmente não possui uma rede assistencial organizada, não conta com hospital público ou referência para encaminhamento dos pacientes. Isso contribui para a alta demanda de pacientes classificados como azul e verde na UPA. Ressalta-se que, nesse período, o único hospital público de referência se encontrava sem condições de receber pacientes provenientes da UPA.

A demanda aqui é muito grande por não ter hospital, só ter UPA, então deveria ter uma demanda maior de profissionais pra atender toda a população (E5).

[...] demora do atendimento do paciente verde, até mesmo do azul. Nós ainda recebemos o azul aqui, porque não temos unidades de referência para encaminhar esse paciente, então nós ficamos com o paciente azul aqui (E17).

Além disso, pacientes que poderiam ser atendidos nas UEAS e não o são por falta de plantonistas ou em razão dos encaminhamentos de pacientes crônicos advindos dessas unidades.

[...] a intenção seria atender amarelos, laranjas e vermelhos aqui, verdes seriam encaminhados para as UEAS como apoio. Acaba que isso não acontece, a gente atende os verdes também, inclusive recebe verdes de lá, e às vezes, nem sempre está tendo médico de plantão e a gente recebe amarelos de lá; claro poderia ser vermelho. (E11)

Nesse contexto, a lógica de demanda para atendimento na UPA sofre influências de situações atreladas à atenção básica (baixa resolutividade), dificuldades na organização da rede assistencial (ausência de hospital público) e dificuldades no suporte assistencial por meio das UEAS.

A população, inserida nesse lugar, acaba por instituir o seu próprio caminhar na rede assistencial e busca na UPA uma oportunidade de ter os seus problemas de saúde resolvidos. Isso contradiz a lógica de organização e estruturação do serviço na UPA que tem a finalidade de abarcar as demandas por urgência/emergência. Da mesma forma, o estudo de Santos (2015), aponta a procura do serviço de urgência relacionada a sinais e sintomas não urgentes (classificação verde e azul), como uma constante no Brasil (62,4% dos atendimentos) e também nos Estados Unidos (37% das classificações).

Esta situação circunstancial, coloca de um lado usuários que demandam atendimento à sua necessidade de saúde/doença/cuidado e de outro, profissionais e o próprio sistema organizacional (lógica organizativa do sistema *versus* lógica de demanda do usuário). As impressões desse cenário, remetem ao embate, a um campo de batalhas. A consequência é o que foi observado no início dos registros aqui descritos, uma recepção com muitos pacientes e um clima de tensão no ar.

Assim, essas situações circunstanciais atreladas ao contexto em estudo estimulam um posicionamento, táticas dos sujeitos, um “fazer” que opera o escape das amarras circunstanciais e constroem o cotidiano tal como ele acontece. Essas táticas serão tratadas na categoria “O cotidiano de trabalho no Acolhimento com Classificação de Risco”.

5.1.2 Os sujeitos e suas relações no Acolhimento com Classificação de Risco

Além do contexto, buscamos observar também os sujeitos que ocupam o lugar e fazem do mesmo os seus espaços de atuação, onde o fazer acontece de fato. Nas palavras de Certeau (2014, p. 57), os sujeitos são homens ordinários que “pouco a pouco ocupam o centro de nossas cenas científicas”. Conhecer quem são e como as relações desses sujeitos se estabelecem no cotidiano, reveste-se de importância por considerarmos que o trabalho em saúde é realizado por uma equipe e que cada um, com seu saber, contribui para a efetivação do “fazer”. Em relação aos enfermeiros classificadores, no Quadro 03, relacionam-se suas características.

Quadro 3 – Perfil dos participantes da pesquisa. Belo Horizonte 2016.

Nº	Sexo	Idade	Estado civil	Salário Médio (da UPA)	Escolaridade	Tempo de formação	Tempo de trabalho no ACCR
01	F	45	casada	R\$ 3.000,00	Especialização	17 anos	06 anos
02	F	40	casada	R\$4.500,00	Especialização	15 anos	06 anos
03	F	30	solteira	R\$2.000,00	Especialização	04 anos	09 meses
04	F	35	união estável	R\$3.000,00	Especialização	07 anos	04 anos
05	F	32	casada	R\$2.500,00	Especialização	06 anos	12 dias
06	F	42	casada	R\$3.000,00	Especialização	14 anos	06 anos
07	F	42	casada	R\$4.000,00	Especialização	17 anos	04 anos
08	F	33	solteira	R\$2.000,00	Graduação	08 anos	02 anos
09	F	30	casada	R\$2.000,00	Especialização	02 anos	01 ano
10	F	28	solteira	R\$3.000,00	Especialização	06 anos	04 anos
11	M	27	casado	R\$3.000,00	Especialização	06 anos	03 anos
12	F	32	divorciada	R\$5.000,00	Especialização	10 anos	04 anos
13	F	30	solteira	R\$2.000,00	Especialização	04 anos	03 anos
14	F	32	casada	R\$2.000,00	Especialização	07 anos	02 anos
15	M	20	solteiro	R\$2.000,00	Especialização	07 anos	06 anos
16	F	44	casada	R\$4.500,00	Especialização	17 anos	06 anos
17	F		separada	R\$3.500,00	Especialização	15 anos	06 anos
18	F	24	solteira	R\$2.000,00	Especialização	02 anos	10 dias
19	F	31	solteira	R\$2.000,00	Especialização	09 anos	03 meses
20	F	34	solteira	R\$2.000,00	Especialização	08 anos	06 meses

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Assim, dos 20 enfermeiros relacionados, 18 são do sexo feminino e 02 do sexo masculino. A idade variou entre 24 e 45 anos sendo a média de 34,6 anos. A maioria dos participantes é casada (09), 08 solteiros, um separado, um com união estável e um divorciado.

O salário referido pelos enfermeiros varia de R\$2.000,00 a R\$5.000,00, sendo que o primeiro salário corresponde aos enfermeiros contratados e o segundo corresponde aos enfermeiros concursados na prefeitura municipal. Ressalta-se que ambas as faixas salariais compreendem o rendimento que esses enfermeiros possuem apenas como profissionais da UPA. A média salarial foi em torno de R\$2.750,00. O salário variou em decorrência de gratificações por nível de escolaridade e tempo de serviço.

Quase todos os profissionais possuíam especialização *latu sensu*, sendo 07 enfermeiros especializados especificamente em Urgência/Emergência e apenas um enfermeiro possuía apenas a graduação. O tempo de formação variou de 01 a 17 anos com uma média de 7,5 anos. No ACCR o tempo de atuação variou de 02 dias a 06 anos. Dois enfermeiros

trabalhavam há 03 (três) meses no setor, um há 06 meses, um enfermeiro há 09 meses e outro enfermeiro há apenas 10 dias no ACCR. A média de experiência no setor foi de 3, 9 anos.

Os dados mostram que os enfermeiros atuantes no serviço de urgência em estudo são, predominantemente, especializados e possuem um tempo de formação e experiência com ACCR importantes. Essas características tendem a favorecer a qualificação dos serviços prestados (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Além dessa caracterização inicial, verificamos que os enfermeiros classificadores executavam suas atividades concentradas, predominantemente, no interior do consultório, a partir de um fazer solitário, repleto de expressões corporais que denotavam sentimentos de angústia e impotência diante de situações emergentes. As cenas observadas a seguir descrevem as situações apontadas.

Os enfermeiros ficavam todo o tempo dentro do consultório, realizando a classificação dos pacientes, interrompiam o atendimento somente para realizar suas necessidades fisiológicas (NO).

Uma enfermeira, durante o atendimento a um idoso, mostrou-se angustiada, frustrada, pois não conseguia encaixar o paciente em nenhum fluxograma de atendimento. A necessidade daquele usuário era outra. Estava há dias sem comer e perambulando pelas ruas, encontrou na UPA uma porta de entrada para tentar resolver seu problema, mas sem solução (NO).

O consultório para os enfermeiros classificadores representava um refúgio diante da alta demanda por classificação, do medo gerado diante das insatisfações verbalizadas por pacientes e acompanhantes. Essas constatações foram observadas, a partir da cena descrita, bem como a partir do relato de um dos enfermeiros.

Vários [pacientes] expressavam a indignação verbalizando que já estavam esperando há muito tempo para serem atendidos. Alguns enfermeiros pareciam se 'proteger' dentro dos consultórios e saíam às vezes para chamar os pacientes. Eles demonstravam sentimento de angústia diante da impotência relacionada ao sistema de saúde ineficiente e aos colegas de todos os níveis de atenção que não se implicavam com o trabalho. Suspiravam fundo e verbalizavam dizendo que era muito difícil estar ali (NO).

A sensação que a gente tem é que é um trabalho sem fim, é um saco sem fundo [...] As vezes a gente sente medo... fica muito exposto todo dia. Eu acho se as coisas funcionassem da forma que precisam funcionar, o atendimento médico ser mais rápido, talvez tudo isso seria minimizado [...] a demanda seria menor, a gente iria trabalhar melhor! (E3)!

Outra constatação foi a forma de acolher dos enfermeiros, por meio de uma triagem rápida voltada para a queixa e sua localização no corpo e não para questões de ordem social, emocional ou outras.

É uma pequena entrevista, pergunto qual a queixa principal, porque veio aqui? E alguns parâmetros que a gente é obrigada a seguir [...] é rapidinho, você tem que triar em 3 minutos no máximo [...] (E1)

Em uma das cenas observadas, foi possível constatar o diálogo sintético entre enfermeiro classificador e paciente. Algo frio, rápido e com um único objetivo “classificar” o paciente.

[...] o diálogo se resumia ao questionamento inicial sobre o que estava sentindo e onde. O paciente apenas respondia e não havia qualquer outro diálogo. A classificação era realizada e partia-se para o próximo paciente (NO).

Essa forma de atendimento pautada por uma escuta que acontece num tempo exíguo (3 minutos em média), com pouco diálogo, de forma isolada e norteada por pressões/tensões e pela queixa é um paradoxo vivenciado. A proposta é de que o ACCR, não seja apenas um espaço, um consultório onde se faz uma avaliação dos riscos e prioridades, mas que seja uma postura de escuta qualificada e que proporcione um encaminhamento adequado para a solução dos problemas de saúde verificados (BRASIL, 2009; RAIMUNDO; CADETE, 2012). Aqui está exatamente o paradoxo, de um lado as pressões por atendimento para o cumprimento de uma norma que define o tempo de atendimento e, por outro, o ensejo por um atendimento humanizado, qualificado e que também pode ser um *locus* de solução para o problema. Aqui o “acolher” ganha outra importância em contraste com a necessidade do vínculo, do estabelecimento de uma escuta que proporciona a responsabilização pelo problema do outro no ensejo por resolvê-lo ou buscar possibilidades (BRASIL, 2009; RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Em contraponto, ao fazer solitário do Enfermeiro, no consultório do ACCR, observamos também certa interação entre o seu fazer e dos demais profissionais presentes na UPA. A cena a seguir demonstra essa interação.

Os profissionais da recepção destacam-se pela grande interação com os enfermeiros classificadores. Fazem isso a partir de diálogos com enfermeiros acerca do fluxo de

atendimento, situações específicas de alguns pacientes e acabam auxiliando a organização da demanda (NO).

Reforçando a cena observada, um enfermeiro relatou o papel do recepcionista que vai além do cadastro do paciente no sistema e também realiza uma espécie de priorização dos pacientes e contribui para a organização dos pacientes que serão classificados.

[...] tem os funcionários da recepção que acabam também participando desse processo, porque o funcionário que tem o olhar clínico melhor ele acaba me direcionando paciente que realmente precisava até na questão da espera para a classificação de ter uma priorização [...] (E2).

Os porteiros também interagem com os enfermeiros, trabalhavam próximos ao consultório do ACCR, fiscalizavam e organizavam a entrada de pacientes e acompanhantes nas dependências internas da instituição. A sua presença proporcionava segurança e respaldo ao trabalho do enfermeiro. Em um dos relatos, o enfermeiro reconhece que os porteiros também participam do ACCR.

[...] não é incomum ouvir ele (o usuário) conversar às vezes com o rapaz da portaria ou com algum técnico, ah você tem que voltar lá e a enfermeira vai te dar cor, então assim, volto a dizer, a classificação não é um processo de trabalho só do enfermeiro triagista [...] (E3).

A assistente social também emergiu nas entrevistas, destacando-se como um profissional cujo trabalho apresentava intensa relação com o trabalho do enfermeiro. Em vários momentos, a assistente social era acionada pelo enfermeiro para a resolução de situações que escapavam às possibilidades de classificação, bem como em situações nas quais havia a necessidade de encaminhamento ou para a APS ou para outro ponto da rede assistencial. Nos relatos a seguir, os enfermeiros abordam sua relação com o assistente social.

[...] é assistente social, elas ajudam nessa organização, na orientação do povo tudo e tudo mais e a noite a gente não tem isso (E7).

E tem a assistente social que em alguns casos que não são pra UPA, a gente passa pra assistente social pra ela estar direcionando (E19).

Em relação aos médicos, em um primeiro momento, foi observado certo distanciamento dos demais profissionais; cada um no seu espaço executando seu trabalho de forma isolada e com pouca comunicação com o restante da equipe da UPA.

Os médicos ficam posicionados em seus consultórios na maior parte do tempo, quase não os vemos nos corredores da UPA, ficam nos consultórios e nos espaços destinados a eles, mas quase não se vê a sua participação no ACCR. Eles recebem o paciente já classificado pelo enfermeiro. Apenas em alguns momentos eles saíam de seus consultórios e iam até ao enfermeiro para entender o motivo de terem sua classificação naquela cor específica. Alguns questionavam o enfermeiro de forma rude, outros salientavam apenas a dúvida (NO).

Apesar de a cena anterior elucidar o isolamento do médico, também foram relatados, em alguns momentos, certa relação entre o trabalho do médico e do enfermeiro como descrito a seguir.

Eu trabalho como o médico, às vezes, se vê em algumas situações que você tem que ir ali conversar com o médico para trocar uma ideia com ele pra ver como que vai encaminhar o paciente, em algumas situações eu acabo trocando essa ideia com o médico (E11).

Enfim, houve quem reconhecesse que o trabalho realizado no ACCR envolve todas as categorias profissionais, sendo importante o seu entendimento por todos.

[...] desde o porteiro... a menina da limpeza né, o técnico de enfermagem, a recepcionista, porque todo mundo tem que estar envolvido nisso, porque todo mundo tem que entender o processo de classificação e porque ele é importante (E12).

Foi possível verificar que havia certa interação, principalmente entre enfermeiros classificadores e demais profissionais com vistas a proporcionar o ACCR para o atendimento médico. Os profissionais também se movimentavam no sentido de promover interações no cotidiano de trabalho. Criam espaços que se inter cruzam com os demais. São construídos a partir do diálogo multiprofissional que se origina da necessidade de definição de condutas, da organização do fluxo de atendimentos e priorização dos pacientes.

A organização do fluxo de atendimento dependia dessas interações, nas quais cada profissional, em sua função executava suas atividades, mas havia uma continuidade no trabalho do outro. Apesar da pouca participação dos médicos na linha de frente de

atendimento, todo o fluxo de pacientes culminava, predominantemente, no seu atendimento. Essas constatações remetem a uma organização do fluxo de atendimento centrado num modelo biologicista que valoriza o saber especializado sobre o processo patológico e a demanda por intervenções/ procedimentos sobre a doença (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010; OLIVEIRA; LOPES; LUZ, 2013).

Assim, contrapõe-se o discurso do Ministério da Saúde que estabelece o acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), pois não consegue apreender os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação de risco e da vulnerabilidade de cada paciente que procura o serviço de urgência. O protocolo não deve substituir a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do usuário em sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento (BRASIL, 2009). A classificação de risco, em seu *modus operandi* não contempla o acolhimento, a escuta, o momento de encontro, de vínculo, de cuidado. Além da classificação clínica espera-se que o enfermeiro considere que o usuário possua valores, crenças, subjetividades e significações que devem ser respeitados e valorizados.

As características do ACCR, apontadas nos relatos e decorrentes das observações, conferem-lhe o *status* de um lugar próprio onde há uma ordem segundo a qual se distribuem elementos nas relações de coexistência e impera a lei do “próprio”, isto é, os elementos considerados se acham uns ao lado dos outros, situados em um lugar “próprio” e distinto (CERTEAU, 2014). Esses elementos, desse lugar próprio, apontam para a existência de um sistema cultural estabelecido por políticas, leis, regras que intentam circunscrever os sujeitos nesse lugar, cabendo-lhes o consumo desse sistema cultural (CERTEAU, 2014). Assim, é esperado que os símbolos desse lugar e suas normatizações sejam compreendidos e respeitados como a lei do lugar, o sistema de condutas que ali se aprova e se permite.

Porém, esse lugar é impregnado pela vida estabelecida pelos sujeitos, seu processo de adoecer/cuidar/curar, suas interações e ressignificações ali estabelecidas. Nesse lugar, há o paciente que empreende o embate pelo cuidado, bem como há profissionais que desenvolvem o seu próprio “fazer”, o reinventam a todo instante mediante as situações circunstanciais que emergem.

Assim, conceber o ACCR como um lugar próprio onde as subjetividades, emoções, aspectos sociais e psicológicos não são valorizados pode representar a desconstrução do significado da palavra “acolher”. Seria apenas um lugar rotulado como aquele que acolhe, mas que, na verdade, desconsidera o vínculo, a responsabilização, a escuta

qualificada e garantida de um cuidado com qualidade. Esse lugar tem seus elementos próprios, criados pela vida que há nos sujeitos e que exigem considerar as suas características, clamam pelo acolhimento, pela resolução de seus problemas, por respostas aos seus questionamentos e anseios.

O ato de acolher precisa ser considerado em seu significado pleno, não apenas nos consultórios dos classificadores ou nas demais dependências da UPA, mas pela rede assistencial na qual o paciente inscreve sua trajetória de adoecimento/tratamento/cuidado. A partir dos dados, foi possível inferir que o acolhimento dos pacientes na UBS não acontece como deveria, o que impacta na demanda pela UPA. Esse é um achado que reforça a necessidade de desenvolver nos profissionais uma postura que favoreça o acolhimento dos usuários. Por outro lado, os relatos e observações também evidenciaram algumas atitudes de profissionais que buscavam auxiliar os usuários na resolução de seus problemas, principalmente no seu caminhar pelo fluxo de atendimento. Além disso, a interação entre os profissionais com vistas ao melhor encaminhamento e priorização dos usuários é outra postura louvável e que deve ser fortalecida para qualificar o acolhimento.

5.2 O PROCESSO DE TRABALHO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS, SUBJETIVIDADES E A (RE)INVENÇÃO DO CUIDADO

Nessa categoria, são descritos os elementos constitutivos do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR: finalidade, objeto, meios/instrumentos, agentes/profissionais e produto final. Além disso, o reconhecimento da produção subjetiva do cuidado é um componente a ser tratado nesta categoria, o que tem sustentado as (re)invenções do cuidado no contexto do ACCR.

Em relação à finalidade, um dos enfermeiros entrevistados reconheceu que seu trabalho no ACCR tem várias finalidades, sendo a principal priorizar o paciente que tem maior risco clínico, evitando que se agrave na fila de espera. Outras finalidades também foram reconhecidas: a orientação, o esclarecimento e verificação de exames clínicos, apesar de relatar não ser no ACCR o local adequado para estas finalidades.

Vejo como finalidade principal evitar que o paciente se agrave enquanto aguarda o atendimento médico. É priorizar o atendimento daquele que tem risco maior, essa é a principal. Porém, a gente tem outras finalidades. Você orienta. Embora não seja o

local para se fazer isso, [...] uma orientação que poderia ter sido feita na atenção primária, a gente acaba fazendo. A gente olha resultados de exames para o paciente na classificação. Às vezes esse paciente estava aguardando um tempão para o doutor olhar. [...] você consegue liberar para que ele vá para atenção primária. Mas a finalidade principal do Manchester é óbvio que é evitar que o paciente se agrave na fila de espera (E6).

Há uma finalidade do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR que é estabelecida por uma norma (o protocolo). Isso é estabelecido previamente, mas outras finalidades são reconhecidas e construídas a partir da vivência do sujeito no trabalho. São finalidades que se estabelecem a partir da necessidade de agir em saúde; desenvolver o seu fazer em saúde, intervir sobre uma realidade que precisa de solução (SILVA; MATSUDA, 2012). A produção de cuidado, nesse contexto, é uma finalidade construída a partir de sua relação com o paciente. Assim, o esclarecimento, a orientação, a verificação do exame e o encaminhamento do paciente para a APS, constituem essas outras finalidades geradas pela escuta e pela decisão de atender à necessidade do usuário naquele momento. A cena observada a seguir descreve essa situação.

Paciente admitida na unidade com queixas de dor ao urinar foi classificada pelo enfermeiro no ACCR com a cor verde. Em seguida, foi atendida pelo médico, medicada e orientada a retornar quando o exame de urina rotina estivesse pronto. A usuária não aceitou aguardar a espera mínima de 03 (três) horas para ter esse resultado do exame laboratorial em mãos (O Laboratório é terceirizado e se encontra no Hospital de referência, distante da UPA; necessitando de transporte, que nesse caso é por *motoboy*). A usuária retornou no dia seguinte; foi submetida novamente à classificação. Nessa situação o enfermeiro avaliou seus resultados de exames e lhe comunicou que estavam normais. Como a paciente não apresentava nenhuma queixa, foi encaminhada à APS para acompanhamento (NO).

Ressalta-se que essas finalidades também emergiram a partir da não-resolutividade da rede assistencial que deveria ter em cada ponto, na APS, por exemplo, o cumprimento do seu papel (avaliar um exame rotineiro e orientar o usuário). Entretanto, a finalidade também é construída a partir da opção que o sujeito faz pelo seu próprio cuidado, rejeitando, como descrito na cena anterior, a espera pelo resultado de um exame que só ficaria pronto em 3 horas. Além disso, a própria organização do serviço contribui para gerar no ACCR uma necessidade específica para o tipo de trabalho que ali se processa: classificar novamente, no dia seguinte, o mesmo paciente com vistas a avaliar um resultado de exame laboratorial.

Assim, torna-se possível dizer que existem finalidades constitutivas do processo de trabalho no ACCR. Não se resume a uma única finalidade (classificar para priorizar) como

regra estabelecida *a priori* em um protocolo. São finalidades construídas no cotidiano, invenções dos sujeitos que movimentam o processo de trabalho, no qual se tornam significativas. As finalidades passam a ser singularizadas, os profissionais de saúde elegem suas prioridades e reconhecem finalidades em detrimento de outras, no processo de trabalho circunscrito no ACCR. Os pacientes, também elegem suas finalidades. Em um processo criativo escolhem aquelas alinhadas aos seus interesses e impregnam suas intencionalidades naquele espaço.

É necessário reconhecer a subjetividade na produção do trabalho em saúde. Mesmo que os trabalhadores estejam atuando em um mesmo cenário, regidos pelas mesmas diretrizes normativas, a produção do trabalho não seguirá um padrão. As práticas do cuidado se dão, por meio da singularidade de cada trabalhador e é por meio do encontro entre trabalhador e usuário que emergem as intensidades que circulam nessa relação, as quais possuem a capacidade de afetar um ao outro, promovendo ações que podem causar alegria ou tristeza. Assim, dependendo da situação há um aumento ou redução da potência de agir (FRANCO; MERHY, 2012). Na singularidade de cada trabalhador surgirá a produção do cuidado no cotidiano, ao mesmo tempo em que ele também se produz como sujeito deste trabalho, na medida em que se relacionam com os usuários e com as demandas de saúde de cada um.

Cada ator envolvido no processo do cuidado em saúde é tomado pelo desejo, que é uma força motriz de construção da sociedade e se forma em nível inconsciente, e se constitui das subjetividades que, no plano social, torna os sujeitos protagonistas por excelência dos processos de mudança. O agir do trabalhador diante da vida traz com ele, de forma singular, os vários territórios existenciais em que ele se insere, podendo ser territórios que significam como valor o acolhimento, vínculo e um cuidado-cuidador, ou por outro lado, pode ser inverso (FRANCO; MERHY, 2012).

Em relação ao objeto como segundo elemento constitutivo do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR, o mesmo não é reconhecido apenas na queixa de uma pessoa ou na sua dor, mas na sua articulação com instrumentos e saberes, demais elementos constitutivos de um processo de trabalho voltado para o cuidar.

Eu entendo como um objeto mais amplo, eu não acho que o objeto do meu trabalho seja a queixa da pessoa, entendo que o objeto do meu trabalho é o conhecimento junto com um instrumento bem articulado que, na minha concepção, merece algumas reformas, acho que a gente merece algumas adaptações do Protocolo de Manchester, pra nossa realidade, que lida com a dor, a queixa, a doença do outro,

então assim, meu objeto de trabalho é essa mistura não é só uma queixa ou uma pessoa, ou só o meu TRIUS [...] é essa interação (E3).

O trabalho em saúde não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e no saber técnico, pois seu objeto não é plenamente estruturado e se articula com os demais elementos constitutivos do processo de trabalho. Suas tecnologias de ação configuram-se em processos de intervenção em ato, operando tecnologias de relações, de encontros, de subjetividades, além de saberes estruturados, conferindo certo grau de liberdade no modo de fazer esse trabalho (MERHY, 2002). Na produção do cuidado, o profissional de saúde utiliza-se de um modo próprio de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um *modus operandi* mais centrado nos processos relacionais.

As tecnologias utilizadas nos processos de trabalho envolvem as máquinas, os instrumentos, o saber técnico e também as relações que se estabelecem entre o trabalhador e usuário. É nessa tecnologia relacional que se dá o trabalho vivo, desenvolvido no momento do processo produtivo, permeado por tudo que é humano, em que as subjetividades ganham significado e operam na produção do cuidado em saúde. A subjetividade é operadora da realidade, ou seja, o modo singular como cada um ressignifica o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde (FRANCO; MERHY, 2012).

O trabalho vivo é realizado no cerne da criação e da produção do trabalho, o trabalhador é quem faz o seu controle, o que lhe oferece alto grau de liberdade e relativa autonomia na execução de seu trabalho. Assim, as tecnologias utilizadas na composição da produção do cuidado não se restringem apenas ao maquinário e material presente. Seu conceito é ampliado quando incluem as tecnologias não materiais, assim tem-se uma ideia de que há uma dimensão imaterial que compõe o ato produtivo do cuidado, os saberes.

A dimensão imaterial proporciona uma reflexão sobre os modelos technoassistenciais para a saúde, os quais não dependem apenas de normas, diretrizes, instrumentos, ou seja, uma produção centrada apenas no trabalho morto. É preciso atentar para o trabalho vivo, que perpassa pelas práticas de cuidado produzidas pelos trabalhadores, seja de forma individual ou coletiva, que agem por múltiplas linhas de força, do mercado na saúde, corporações de trabalhadores e diretrizes de governo e dispositivos que o próprio trabalhador adota para seu cotidiano (FRANCO; MERHY, 2012).

A falta de liberdade do trabalhador, que é característica do trabalho morto, está pautada em lógicas estruturadas da produção do trabalho. Quando se tem o domínio do trabalho vivo, produzido no ato, o trabalhador sente-se mais livre para desenvolver a sua

criatividade, no momento do cuidado da saúde do usuário, o que possibilita estabelecer novas condutas no processo terapêutico, enfatizando os aspectos relacionais.

Percebemos que, ao mesmo tempo em que analisamos a atividade cotidiana, coloca-se em análise a subjetividade e os processos de subjetivação implicados nesse processo e que se constituem como campo de força da micropolítica do trabalho e do modo de produção da saúde. A subjetividade constitui o trabalho em saúde e é construída em redes, nas relações que se formam entre os trabalhadores, usuários e também com o espaço onde são operadas.

Nesse contexto, percebe-se uma transição da utilização das tecnologias nos processos de trabalho que, segundo Franco e Merhy (2012), faz parte de um processo de mudança no trabalho onde se valoriza a subjetividade e a ética do cuidado, que é o modo de ser de cada um em relação ao outro, quando se trata de saúde. Assim, o trabalho vivo nos processos em saúde faz emergir oportunidades de discussão do cuidado em saúde, permite emergir entre trabalhador e usuário os atos de criação como possibilidade de resolução dos problemas.

A partir dessas considerações, é preciso que o ACCR contemple a indissociabilidade entre os elementos do processo de trabalho, que não se separam no interior do trabalho. São complementares, é necessária a sua interação/articulação. Isso foi reconhecido por um enfermeiro, mas precisa ser valorizado por toda a equipe. Na cena a seguir foi possível observar essa indissociabilidade entre os elementos do processo de trabalho.

Paciente admitida na unidade acompanhada por profissional do Serviço de Saúde Mental, com relato de dor abdominal insuportável ("como nunca havia sentido antes") no hipocôndrio inferior direito há muitos meses. Entretanto, à inspeção não apresentava *fácies* de dor e nem desconforto ou dor à palpação. O enfermeiro foi dialogando com ela e a mesma relatou que o ambiente do SERSAM (Serviço de Referência em Saúde Mental) estava lhe causando sofrimento, "que não queria ficar lá, porque lá era lugar de doido". Nessa situação os discriminadores do fluxograma do Protocolo de Manchester que a classificariam não seriam suficientes para a priorização dessa paciente. Para conseguir classificar o paciente, o enfermeiro foi conversando, escutou as colocações, ouviu sobre sua história, e de forma paciente tentou entender o que estava por detrás daquela dor. Não era uma dor passível de ser classificada em qualquer um dos fluxogramas existentes no TRIUS, era o seu sofrimento psíquico, suas angústias, seus medos. Mas, mesmo assim o paciente foi classificado e foi encaminhado para o atendimento médico (NO).

Nesse ínterim, instrumentos, objetos e saberes se perpassam, transformam-se e promovem suporte ao cuidado. Não se pode robotizar o fazer em saúde no ACCR, mas deve-

se reconhecê-lo como um espaço de reflexão, de um agir articulado, um movimento a favor do indivíduo que é cuidado (MERHY, 2002). Nesse sentido, estabelece-se uma complexidade a ser gerenciada e motivada no interior das relações do trabalho no ACCR, a interação entre os vários elementos do processo de trabalho.

O trabalho vivo realizado em um serviço de urgência e emergência pode sofrer com processos de captura que se dão no interior dessas organizações, por meio de normas que regulam a vida dos trabalhadores de forma individual e coletiva. A norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêm constrangidos no objetivo de produzir o seu trabalho, é o aprisionamento do trabalho vivo, impeditivo para estabelecer relações positivas com os usuários (FRANCO; MERHY, 2012).

O trabalho vivo é autogerido, e escolhe linhas de fuga para sair da ordem e da norma para que possa ser realizado com maior liberdade e mostrada a sua potência e criatividade. Assim, os trabalhadores que desejam operar na ótica do trabalho vivo, estabelecem novas conexões com sua equipe, com outros pontos da rede e também com os usuários e se produz a partir disso o cuidado em saúde, fugindo da rigidez colocada pelas normas. Franco e Merhy (2012) destacam o “fantasma da norma”, quando a norma é instituída e enquadra os trabalhadores sob certa conduta de trabalho, que faz com que o trabalho vivo perca sua potência resolutiva.

O trabalho em saúde é constituído por várias redes em constante conexão que se abrem em múltiplas direções. É preciso, no trabalho de uma UPA, refletir sobre essas redes e também sobre os fluxos que se constituem em seu interior, de forma a não tentar enquadrá-los apenas dentro de um modelo no qual não permitirá o surgimento de novas práticas de saúde. É preciso seguir e compreender esses fluxos e tratá-los como um novo cuidado a ser produzido, respeitando as singularidades e fazendo, a todo o momento, novos fluxos de competência.

Os meios/instrumentos utilizados também foram reconhecidos no processo de trabalho. A sensibilidade foi reconhecida como um instrumento necessário na relação com o usuário em seu processo de escuta no ACCR, além de outros instrumentos, tais como o TRIUS, oxímetro, termômetro e formulário de classificação de risco.

Eu tenho o TRIUS, eu tenho o oxímetro, os termômetros e tem o papel também que é o formulário que quando esse aqui não funciona (TRIOUS) eu tenho outro sobressalente (E7).

Sensibilidade é um grande instrumento de trabalho na classificação, se você não for sensível às vezes as coisas passam despercebidas porque às vezes a pessoa não consegue colocar pra você tudo que ela está sentindo (E4).

Existem pacientes que chegam gritando, a gente fica atento, mas há aqueles que não falam, ficam quietinhos e, às vezes, é um infarto. Isso já aconteceu conosco aqui no acolhimento. Então, precisamos estar atentos a tudo, ouvir cada um, puxar daquele que não quer falar, mas está quietinho. Ainda tem aqueles que chegam aqui de um jeito, a gente classifica, mas como fica esperando muito tempo... eles pioram durante a espera e a gente tem que ir e classificar novamente, priorizar, pois agrava muito e precisa ser atendido depressa (E16).

Há formas de realizar um trabalho que depende de um laço interpessoal, mas no caso da saúde é decisivo para a própria eficácia do ato. O trabalho em saúde, necessariamente, concretiza-se sobre pessoas numa inter-relação em que o “consumidor” contribui para o processo de trabalho e é parte desse processo. O “consumidor” fornece informações acerca do que se passou com ele, a história de sua queixa ou doença, sendo exigido dele uma participação ativa no cumprimento do plano terapêutico. É um co-partícipe do processo de trabalho e, frequentemente, corresponsável pelo êxito ou não da ação terapêutica (KOH et al., 2013). A cena observada destaca a participação do usuário.

Uma criança de 06 (seis) anos, portadora de Talassemia menor, acompanhada pela mãe; foi admitida na unidade com relato de dor em membros inferiores e mal estar. A mãe demonstrava muito conhecimento sobre toda a clínica e terapêutica da doença de sua filha. Ela explicou que aqueles sinais/sintomas eram da doença da sua filha. Já os conhecia. Mas precisava do alívio da dor e por isso levou para atendimento médico. A partir do relato da mãe, o enfermeiro então decidiu classificar a criança como verde (NO).

Então, por mais que o sistema de triagem seja protocolado a partir de uma norma, o usuário, como um sujeito pensante, a partir de seu conhecimento empírico e, às vezes, até técnico, como na cena anterior, participa do projeto terapêutico.

É preciso entender que, no contexto do ACCR, há indivíduos, sujeitos ordinários, impregnados por questões psicológicas, subjetivas, biológicas, ideológicas e sociais, de modo que cada um atribui a essas questões significados e conceitos que influenciam e conduzem as suas ações como também as ações do trabalhador. É um usuário que participa do seu processo de saúde e o conduz, de acordo com significados que atribuem sobre o cuidado da saúde. É necessário que o profissional de saúde valorize as trocas de experiências com os usuários, construindo um ambiente de educação em saúde em que todos os atores aprendem com as vivências e experiências do outro (NASI et al., 2015). Portanto, ampliar o envolvimento do indivíduo na corresponsabilização dos cuidados da saúde oferece maior possibilidade na resolução de sua demanda. Com isso, as práticas no contexto dos serviços de urgência e emergência precisam ser reformuladas de forma a considerar o usuário como um ser ativo,

fazendo o gerenciamento de casos com cuidados personalizados, pautadas em suas vivências e em suas experiências. Sendo esse indivíduo dotado de potenciais, o trabalho da equipe orienta-se pelas suas motivações, reconstruindo o exercício de cidadania e o reger da vida. Desenvolver a autonomia do usuário no seu processo de saúde é ampliar a sua capacidade de curar, cuidar, compreender e refletir sobre si mesmos. Na vida cotidiana, desenvolvem-se as ações humanas, que só podem ser compreendidas por meio das motivações dos atores sociais, sendo toda ação humana um comportamento motivado (NASI et al., 2015).

Outros enfermeiros apontaram os conhecimentos clínicos como instrumentos de trabalho norteadores da classificação de risco. Um saber inerente ao profissional, capaz de direcionar o cuidado e que emerge da sua vivência no cotidiano de trabalho.

A nossa clínica também é um instrumento de trabalho, a clínica que gente traz, o conhecimento que a gente traz é um instrumento de trabalho (E3).

Acho que o nosso conhecimento, aquele que nós trazemos da nossa vivência, da nossa prática, desenvolvido ao longo do tempo... isso ajuda muito a ter essa noção de como priorizar. É um *feeling* que a gente desenvolve com o tempo. Isso não aprende em livros, só com a prática, e ajuda muito para o nosso trabalho no acolhimento (E15).

Esses relatos evidenciam a existência de um conhecimento prático (tácito) emanado desses enfermeiros que auxiliam no cotidiano de trabalho. Apesar de sua complexidade, o conhecimento tácito das pessoas é considerado um fator de sucesso e competitividade nas organizações. Originário das experiências pessoais, da dialogicidade e das interações sociais, precisa ser compartilhado e, por isso, busca-se a sua materialização em meios formais (LEMOS; JOIA, 2012). Nesse contexto, é preciso potencializar a contínua sociabilidade e sustentabilidade desse conhecimento, por meio do estímulo à reflexão, participação e troca de ideias como resultado das relações sociais e culturais, o que potencializa a tomada de decisões (ROCHA et al., 2012).

A tomada de decisão é uma consequência da experiência humana adquirida, ao longo do tempo dentro de um contexto particular. Faz parte da experiência, a capacidade de um profissional visualizar situações dentro de seus contextos como um todo, inspirando-se em experiências anteriores. Em alguns momentos, os usuários não conseguem, por vários fatores, trazerem informações completas sobre seu processo de adoecimento. E, por essa razão, a conduta do profissional foge aos enquadramentos existentes no conhecimento explícito (BRUMMELL; SEYMOUR; HIGGINBOTTOM, 2016). Assim, é importante que o

profissional lance mão de seu conhecimento tácito, combinando-o com os conhecimentos explícitos para que possa tomar decisões assertivas. Isso permite intervenção rápida na ausência de informação completa, nos casos da classificação de risco que exige maior agilidade.

Além disso, a experiência adquirida com as práticas de trabalho, que compõem o conhecimento, é que permitem emergir no ato do cuidado a criatividade de cada profissional, para conduzir os processos de seu trabalho. Para Franco (2015), é por meio de um trabalho desenvolvido com a criatividade que é possível criar desvios, inovações ao padrão instituído de cuidado, operando assim projetos terapêuticos criativos. Da mesma forma, a incorporação do conhecimento no processo de trabalho traz ao profissional motivação ao ampliar seu protagonismo e autonomia no seu cotidiano de trabalho.

Os agentes /profissionais também foram reconhecidos no processo de trabalho no ACCR. Todos os profissionais da instituição foram apontados como agentes do processo de classificação e enfatizou-se o enfermeiro como o classificador.

Enquanto classificador é o enfermeiro, mas enquanto classificação dentro da instituição todos os profissionais. Desde o porteiro, a menina da limpeza, o técnico de enfermagem, a recepcionista, porque todos estão envolvidos, todo mundo tem que entender o processo de classificação e porque ele é importante. (E12)

Os pacientes sabiam que tinham que passar primeiro no enfermeiro, ele era quem iria definir para onde cada paciente iria, e qual o tempo que iria esperar. Alguns pacientes ficavam irritados com isso, mas outros profissionais da recepção, e até mesmo o porteiro que ficava naquele ambiente, tentava esclarecer como funcionava o fluxo e dizia que aquilo era para organizar o atendimento. Alguns pacientes quando tinha dúvida perguntavam a outros pacientes, mas também solicitavam esclarecimento com os recepcionistas. Eles eram esclarecidos sobre tudo. Também, quando saiam da classificação, sempre algum funcionário se colocava de prontidão para explicar os encaminhamentos para os pacientes (NO).

O acolhimento não é um espaço apenas, mas uma postura ética e responsável; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica o compartilhamento de saberes, angústias e intervenções. Quem acolhe toma para si a responsabilidade de atender ao outro em suas demandas, com a resolutividade necessária. Constitui uma ação que não termina na recepção e no ACCR, mas que deve ocorrer em todos os momentos do serviço de saúde e por todos os profissionais envolvidos (SOUSA et al., 2013). Sua direcionalidade técnica e sua produção dependem do trabalho coletivo, na maioria das vezes (FRANCO; MERHY, 2011). Aqui está a potência do ACCR, que vai além dos muros e limites

multiprofissionais, não é enquadrada em um saber hegemônico, mas é dependente das inter-relações que se estabelecem no fazer dos profissionais.

O ACCR amplia a atuação dos demais profissionais. A organização do trabalho, nesse contexto, passa a ser disposta de tal forma que no fluxo de atendimentos, profissionais como o enfermeiro, o assistente social e os demais profissionais ganham maior possibilidade de atuação. Isso valoriza o caráter multidisciplinar, mas também reforça a necessidade da interação entre os profissionais com vistas a resolver a necessidade do usuário (OLIVEIRA et al., 2013). Está colocado, então, o desafio de avançar de um trabalho multidisciplinar para o colaborativo.

Pensar no trabalho em equipe, com a atuação de várias linhas do saber, reforça a necessidade de centrar o cuidado embasado nas necessidades do paciente e não na forma isolada como cada categoria profissional atua sob esse cuidado. Do contrário, profissionais com formações diferentes, sem marcos de referência e mesmo que dispostos a dialogar, podem trazer mais problemas que soluções, resultando em posturas multidisciplinares fragmentadas e conflitos na equipe (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005). Segundo Silva e Ramos (2014), a equipe multiprofissional que atua de forma “não integrada” opera de modo multidisciplinar. Ou seja, é quando vários saberes se colocam sob um mesmo ponto, mas não se integram, não partilham saberes e deslocam a atenção do cuidado para seu próprio conhecimento, suas abordagens, suas tecnologias, e não sob o paciente.

A prática colaborativa, no processo de cuidado em saúde se distingue do significado do termo multiprofissional, por implicar em seu processo dialógico, a análise, os métodos utilizados e a troca de conhecimentos, objetivando o enriquecimento mútuo de especialistas nas respostas às demandas dos usuários. Assim, os processos de cuidado em saúde passam por uma reestruturação que exige, cada vez mais, que os profissionais tenham posturas mais flexíveis com os outros saberes que permeiam o processo do cuidado. Demanda uma maneira integrada de agir que vem exigindo cada vez mais, posturas de profissionais fundadas (ou rodeadas) pela colaboração (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005).

Especificamente, em relação ao enfermeiro, o mesmo ganha um posicionamento no fluxo de atendimentos na UPA. É ele o profissional que define inicialmente a trajetória do paciente no serviço e, possivelmente, nesse momento há certa visibilidade, pelo menos protocolada para o processo de trabalho que ali se realiza. No cenário da classificação, o enfermeiro exercita o cuidado, a partir da organização do fluxo, da escuta, da orientação, das decisões e do direcionamento. São contribuições desse profissional neste contexto.

Reforçando esses achados, o estudo de Acosta, Duro e Lima (2012) identificaram as várias atribuições desenvolvidas pelo enfermeiro na classificação de risco. Estão atreladas à avaliação clínica do usuário, a partir de seus conhecimentos e habilidades; a classificação e priorização dos pacientes, de acordo com sua gravidade; a tomada de decisões; administração do fluxo de oferta e demanda dos usuários, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade. Os autores reconheceram a excelência do enfermeiro e sua importância na execução da triagem/classificação de risco nos serviços de urgência.

O trabalho do enfermeiro no ACCR vai além da norma ou da regra, é preciso criatividade, empoderar-se de decisões que exigem sensibilidade e vivência. Tais exigências ultrapassam o conhecimento técnico e o amparo de um protocolo. Assim, não se pode tolher o trabalho do enfermeiro no ACCR, definindo-o apenas por um protocolo, ou deixá-lo a mercê das pressões do que é burocrático estabelecido *a priori* por uma política ou um regimento. Franco (2015) destaca o trabalho criativo como um fator importante na produção do cuidado que se potencializa, a partir do protagonismo dos trabalhadores em seu cotidiano. No encontro entre trabalhador e usuário existe um campo de consistência, no qual ocorrem ações inesperadas e não previstas em nenhum protocolo. É nesse momento que emergem os atos de criação do trabalhador e também do próprio usuário. Porém, o trabalho criativo apenas se desenvolve em um cenário onde o trabalhador sente-se livre para o agir em seu trabalho.

De acordo com Franco (2015), a liberdade se dá a partir das forças interiores do trabalhador, que toma para si o protagonismo da sua própria vida e assim da condução de seu trabalho. No entanto, a liberdade possibilita o exercício da criatividade no cuidado em saúde, além de fortalecer os aspectos relacionais do seu trabalho com a sua condução, por meio de diretrizes como acolhimento e estabelecimento de vínculos.

Pode-se dizer que o trabalhador tem duas opções de condução de seu trabalho, conforme é colocado por Franco e Merhy (2012): uma é o trabalhador cuidar do problema de saúde, utilizando apenas os exames e medicamentos em um processo de trabalho centrado no ato prescritivo. A outra é optar por trabalhar um projeto terapêutico mais relacional com o usuário que, mesmo a partir do instrumental, reconhece o usuário em sua singularidade, que traz consigo suas relações sociais e familiares. Dessa forma, o trabalhador pauta seu ato na horizontalidade, considerando os seus atos de produção e o usuário no cuidado à saúde.

O produto final ou resultado, como um dos elementos do processo de trabalho, também emergiu das falas dos participantes, mas o seu reconhecimento não se deu como um produto acabado e materializável como um objeto.

[...] a classificação é muito dinâmica, [...] não acho que eu tenho produto final e pronto e acabou, então o produto do meu trabalho é de organização do fluxo do atendimento (E3).

[...] é o paciente tratado, atendido ou encaminhado, só que isso a gente faz todos os dias, não tem fim. [...] (E14).

Na cena, a seguir, também é perceptível a dinamicidade e complexidade do trabalho do enfermeiro no ACCR, e que não se resume a um produto final materializável em um objeto a ser consumido, mas em um resultado da ação.

Paciente idoso admitido na unidade, trazido por familiares, em cadeira de rodas, com sonda nasoentérica, traqueostomizado; queixa principal de prostração. História de várias entradas no serviço por pneumonia. O enfermeiro, mediante a realização da ausculta pulmonar e o quadro de prostração decidiu amarelar o paciente (priorizar seu atendimento o classificando como amarelo) e relatou: "Esse vou entregar na mão do médico". O fluxo de atendimento escolhido foi para proporcionar assistência imediata e atender à gravidade do caso. Após atendimento médico, o enfermeiro se dirigiu ao setor de medicação para certificar se o paciente priorizado foi medicado (NO).

Na cena anterior, para o enfermeiro, o resultado final não foi somente a classificação, mas o acolhimento do indivíduo com vistas à resolução de seu problema e à verificação da assistência prestada pelos demais profissionais de saúde. Nesse contexto, o produto final do trabalho em saúde foi a prestação da assistência, consumida, no momento que é produzida. Além disso, o produto final ou resultado é dependente de uma continuidade no trabalho do outro, onde a responsabilização pelo usuário é compartilhada.

Assim, o processo de trabalho no ACCR possui elementos constitutivos que estão inter-relacionados e proporcionam a interação entre os diversos profissionais e usuários. É um processo de trabalho que se realiza a partir da multiplicidade de conhecimentos e subjetividades. Seus elementos consideram a normatização que emerge como a lei do lugar. Entretanto, há um fazer próprio dos profissionais e usuários que escapam à norma. Há uma criatividade do sujeito impregnada em cada elemento e que fazem do trabalho no ACCR algo peculiar. Dessa feita, a finalidade não é única/específica em classificar e curar; objeto não é apenas dor e queixa, mas articulação de saberes; meios e instrumentos escapam à materialidade para dar vazão à subjetividade; os agentes são os profissionais, mas são também os usuários que decidem e consomem o produto no ato de sua produção. Esses agentes se mobilizam no ato de acolher. Enfim, o resultado final é um cuidado centrado não só no corpo, mas na potencialização do ato de acolher resolutivo.

O fazer diferente (próprio) de cada sujeito atribui ao processo de trabalho no ACCR um cotidiano que é a (re)invenção do cuidado. Artes de fazer/cuidar de cada sujeito presente. Para Certeau (2014), cada sujeito é ativo na (re)invenção de seu fazer, seu cotidiano é algo novo, a cada dia, criado por seus movimentos e, de certa forma, incontroláveis. As articulações e interações entre os profissionais, a busca pelo acolher e ser acolhido, a certificação de um cuidado prestado, a sensibilidade e a manifestação do conhecimento para cuidar do outro são características dos sujeitos que qualificam esse cotidiano.

Nesse sentido, a (re)invenção do cuidado é um fazer próprio de cada sujeito, suas práticas embasadas em um cuidado que parte do trabalho relacional, que valoriza a sensibilidade, a singularidade, a produção subjetiva do cuidado. Nessa abordagem, o cuidado não pode ser uma prática só de cunho científico, mas é arte do fazer de cada profissional que se reinventa a cada dia, a partir de situações circunstanciais que o pressionam como apontado por Certeau (2014). Ou seja, o contexto impulsiona o sujeito a um cuidar que vai além da cultura dos livros, que é validado e legitimado. Cuidar nesse sentido ganha a vida que está no ser humano, é próprio de sua racionalidade em se interessar pelo outro, e pelo sofrimento do outro, e nessa responsabilização busca acolhê-lo. Se não for por mecanismos formais, o cuidado exercido pelo sujeito ordinário utiliza de vias próprias, às vezes invisíveis, para sua realização. E aqui falamos não só do cuidado que o profissional (re)inventa, mas o cuidado de si que o paciente também experimenta quando ele decide, quando ele escolhe, e quando ele (o paciente) cria maneiras (fazer) de se cuidar.

Além disso, profissionais e usuários, nesse contexto, irão construir seus movimentos, dando a esse lugar as suas características. Mesmo que estejam sob as influências de vários fatores que compõem o trabalho morto, (re)inventam o cotidiano, e (re)criam os modos de operar a produção do cuidado. Para Mizoguchi (2016), o ponto mais intenso das vidas, aquele em que se concentra sua energia, é bem ali onde elas se chocam com o poder, debatem-se com ele, tentam utilizar suas forças ou escapar de suas armadilhas.

O cuidado de si significa então a produção de práticas de liberdade, que objetiva a constituição de si mesmo como um governador de sua própria vida, ao invés de viver em constantes processos que implicam o assujeitamento. O caminho do cuidar de si e seu desempenho, nesta abordagem, tornam-se mais abrangentes. O sujeito possui algum sofrimento que precisa de cuidados, seja por si mesmo ou pelo outro que possui competência. É preciso que descubra as suas necessidades e saiba o que é necessário para receber o tratamento. O cuidar de si evoca no indivíduo compreender as relações que o constroem e

também o influenciam. Não se dividir e fazer de si um objeto separado que seria preciso descrever e estudar, mas permanecer totalmente presente e estar atento à suas próprias capacidades (MIZOGUCHI, 2016).

Ao contrário do que muitos pensam, o usuário é extremamente ativo em relação ao seu problema de saúde e aos projetos terapêuticos que lhes são prescritos (FRANCO, 2015). E essa questão é percebida, principalmente quando se identifica o uso da criatividade pelo trabalhador nas várias circunstâncias de seu trabalho, pois a partir disso o usuário também manifesta a sua criatividade e sensibilidade para cuidar de si mesmo.

Portanto, o cotidiano, no processo de trabalho do ACCR é repleto de vida, é conflituoso, suas vozes são de homens ordinários - aqueles que moldam uma ordem própria do lugar (CERTEAU, 2014). Assim, não é possível reduzir o processo de trabalho no ACCR a um protocolo mecanizador, uma tecnologia. Dizer que o ACCR é “apenas” o lugar de classificar e priorizar o atendimento como relatado por alguns enfermeiros, choca-se com a visão do cotidiano que movimenta o processo de trabalho circunscrito. O sistema cultural, nesse cenário, é consumido a partir da concepção e dos desejos que cada sujeito impregna nesse lugar (CERTEAU, 2014).

O embate está criado, por um lado a urgência que encontra respaldo na norma e intenta produzir um atendimento despersonalizado e rápido. Por outro, os sujeitos buscam serem ouvidos, acolhidos e ajudados, mesmo que o seu problema possa ser resolvido em outra esfera da rede assistencial. A saída para esse embate talvez esteja na potencialização do fazer criativo, na invenção do cotidiano de cada sujeito. Mas, para isso, o rótulo da “urgência” não pode abafar as vozes que ecoam nesse cotidiano, sua vida e seus clamores. O fazer, nesse cotidiano, não deve ser condenado ao proibido que transgride a regra representada pelo protocolo, pois este é o fazer próprio do lugar, é um cuidar próprio dos sujeitos que ali se inserem e que assim o fazem para dar conta da complexa realidade. O cuidar com criatividade evoca, nesse sentido, a valorização dos saberes, interação, multiplicidade, participação do usuário e a responsabilização pelo outro em seu momento difícil, tornando-se um espaço de relações. Ambos são necessários para um fazer cotidiano. A norma dá diretriz, mas não é a verdade absoluta e depende do saber fazer dos indivíduos no contexto.

5.3 O COTIDIANO DE TRABALHO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nessa categoria, o cotidiano de trabalho no ACCR é desvelado, a partir das vivências de enfermeiros. Seus discursos tecem o processo de ressignificação do que é estratégico (o ACCR normatizado em um lugar próprio) para as práticas cotidianas (táticas do sujeito). Dessa forma, esta categoria está organizada em duas subcategorias: *O Protocolo de Manchester como elemento de “Estratégia” no Acolhimento com Classificação de Risco; As táticas no cotidiano do Acolhimento com Classificação de Risco.*

5.3.1 O Protocolo de Manchester como elemento de “Estratégia” no Acolhimento com Classificação de Risco

As instituições produzem objetos, normas, políticas, protocolos, modelos sociais de comportamento. São sistemas culturais a serem consumidos. Nesses lugares, cria-se a noção totalizante própria, que intenta proteger a autonomia. Na visão de Certeau (2014), essas criações postuladas são conceituadas como “estratégia”. São “cálculos de relações de forças” capazes de isolar um sujeito de um ambiente, definem um “lugar próprio” que é base para a gestão de suas relações.

Um lugar é a ordem, segundo a qual se distribuem elementos nas relações de coexistência. Impera a lei do “próprio”, isto é, os elementos considerados se acham uns ao lado dos outros, cada qual situado num lugar “próprio” e distinto. Um lugar é, portanto, uma configuração instantânea de posições e implica uma indicação de estabilidade (CERTEAU, 2014). As estratégias postulam um “lugar”, um “próprio”, “um lugar do poder e do querer próprio”, de onde se podem gerir as relações com uma exterioridade de alvos ou ameaças – os clientes ou os concorrentes, os inimigos. Em síntese, as estratégias são capazes de produzir e impor (DURAN, 2012). Estão ligadas a uma instituição, ao poder hegemônico, dominante e partem de um lugar que constitui um lugar físico como uma sala de aula, um aeroporto. As instituições são consideradas "estratégicas", organizadas pelo postulado de um poder que impõe a ordem. Ainda depreende-se desse conceito que a estratégia é o conjunto de práticas de criação e reprodução de uma ideologia dominante, articulação de valores de poder e de lugar (DAROS, 2013).

Os relatos dos entrevistados deixaram, à primeira vista, um entendimento de que o protocolo utilizado na classificação de risco pretende ser um elemento normalizador do fazer. Configura-se como um saber legitimado, validado e com a potencialidade de assegurar decisões assertivas de suas práticas. A gênese do que é chamado de “segurança” está imbricada na lógica de que há uma norma, construída a partir de um saber que, se seguida, tende a eliminar ou diminuir a possibilidade do erro.

Acho que o protocolo deu uma segurança realmente além do que era esperado (...). Ele te dá uma segurança muito grande, no que você está fazendo. Respaldo técnico muito grande (E2).

O risco de você errar numa triagem de falar assim: “esse aqui é verde e ele pode esperar tanto tempo”! [...] O risco diminuiu bastante porque você está norteado (E1).

Eu observo na classificação de risco que o Protocolo de Manchester ajuda o enfermeiro a realizar a classificação; dá um respaldo legal, você consegue visualizar realmente aquilo que tem de ser feito. Dá uma segurança maior (E6)

A Classificação de Risco é o respaldo legal que nós enfermeiros temos no acolhimento (E20).

O registro da escrita, desde o século XVI, pôde se tornar em nossas sociedades o modelo mítico da racionalidade ocidental. Os dispositivos escriturários, lugares de terrível memória, são as mais seguras técnicas de controle e de vigilância (CERTAU, 2014). Os textos são escritos por alguém, a norma é construída por alguém, possui vontades ordenadoras, é uma voz que requer ouvintes atentos e desejosos de ouvir esse querer.

O protocolo de Manchester no ACCR é a materialização de uma norma por meio da escrita que é impregnada por um saber previamente estabelecido e consensuado entre especialistas, fornecendo regras/diretrizes, verdades, para a finalidade a que se propõe. Espera-se que essa norma padronize e sistematize as práticas, o fazer, em um determinado lugar. Ressalta-se, entretanto, que essas verdades são consideradas por Certeau (2014) como discursos morais, políticos e tecnocráticos que intentam fabricar o conformismo, a padronização, a uniformização e o enquadramento do cotidiano.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM), *Manchester Triage System* (MTS) ou apenas Protocolo de Manchester foi desenvolvido pelo *Manchester Triage Group* (MTG), em novembro de 1994, na cidade de Manchester, Inglaterra. O protocolo começou a ser utilizado nos serviços de emergência do Reino Unido, a partir de 1996 (MOREIRA, 2014). No Brasil, a triagem de pacientes nas Unidades de Urgência começou a ter legitimidade a partir da Portaria MS/GM nº 2.048, de 2002, que regulamentou o funcionamento da

urgência/emergência em todo território nacional e preconizou a necessidade de uma triagem classificatória de pacientes, definindo a ordem de prioridades para atendimento (BRASIL, 2002). Em 2004, por meio da PNH, O Ministério da Saúde estabeleceu como diretriz específica para a urgência/emergência “acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência” (BRASIL, 2004, p. 14).

No estado de Minas Gerais, o Protocolo de Manchester foi adotado como política pública, desde julho de 2008, sendo pioneiro em sua implantação no Brasil (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010; MOREIRA, 2014). Atualmente, tem sido utilizado em 16 (61,5%) dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (SOUZA; ARAUJO; CHIANCA, 2015).

Assim, os protocolos de classificação buscam normatizar e nortear a avaliação clínica do usuário, de forma a evitar que seja realizada, conforme o conhecimento de cada profissional sem diretrizes que uniformizem as condutas. Estão alinhados com uma política pública para as urgências no país, definida em instâncias superiores e busca-se sua institucionalização em todo o território nacional (BRASIL, 2010, 2011). Reconhece-se a utilidade e necessidade dos protocolos de classificação, porém são insuficientes para apreender os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência (BRASIL, 2009; SOUZA; ARAUJO; CHIANCA, 2015).

O protocolo de Manchester remete a um saber, um postulado de um lugar de poder (lugar teórico) no qual há um sistema próprio que deve abarcar discursos totalizantes, padronizados e que tende a colonizar saberes preexistentes dos sujeitos. Isso pode ser confirmado, neste estudo, quando ao questionar enfermeiros sobre o seu cotidiano foi recorrente o resgate de que anterior à implantação do Protocolo, a classificação na urgência/emergência era realizada, tendo como base o “conhecimento” da clínica e as “concepções” dos profissionais sobre o que era urgente ou não. Entretanto, a partir da implantação do Protocolo de Manchester há o reconhecimento de que o saber válido como norteador agora é outro, o do protocolo.

Antes de implantar o Protocolo de Manchester, a gente tinha certa classificação de risco no antigo Pronto-Socorro. Só que era assim... não tinha nenhum protocolo, você ia mais pelo seu conhecimento, era uma coisa mais empírica (E17).

A gente trabalhava de acordo com aquilo que era concepção nossa, cada um classificava do seu jeito, agora não nós temos um conhecimento do protocolo que nos direciona (E6).

Então quando eu entrei aqui [UPA]...antigamente era Pronto-Socorro, não tinha Classificação de Risco! A gente fazia certa classificação, mais empírica! O que a gente achava que era urgente a gente passava na frente, o que não era ficava esperando (E10).

O protocolo, como um elemento da estratégia no ACCR, estaria, no reconhecimento desses sujeitos, norteando, promovendo segurança e assegurando decisões assertivas no cuidar em saúde. Em um primeiro momento, é no protocolo como uma estratégia, embebida de verdades, que esses enfermeiros se apegam. Porém, se há o reconhecimento da segurança proporcionada pelo protocolo, em razão do saber que o legitima, há também sentimentos percebidos por outros enfermeiros que mostram inseguranças com o uso da norma. As expectativas por colocar em prática um novo saber, exterior a esses sujeitos, diferente daquele costumeiro, causaram sentimentos variados: aflição, expectativa e insegurança.

É uma aflição quando a gente está iniciando! Eu lembro quando eu iniciei. Então assim você fica aflita mesmo! Porque você passa, você faz uma prova e de repente você está ali! Com uma responsabilidade imensa [...]E eu fico com dó de quem está chegando, a gente vê a aflição, porque [...] uma classificação errada, você mata o paciente, tem risco! Como já ocorreu de paciente morrer aguardando atendimento, por classificação errada. (E8)!

[...] fui seguindo o fluxograma com muita insegurança no início pra fazer, porque não é só triar, você tem que ter uma associação de conhecimento clínico pra entender o processo... Até o porquê daquele fluxograma onde você pode entrar com a queixa da pessoa. Então o primeiro momento foi de muita insegurança [...](E3).

O conhecimento legitimado, estratégico do protocolo também foi reconhecido pelos participantes como um padrão para o diálogo (comunicação). Possui uma linguagem escrita única que legitima o classificador perante os demais profissionais e sustenta o que é correto durante os encaminhamentos para o cuidado em qualquer lugar. Para os entrevistados, o protocolo além de respaldar, nortear, promover segurança/insegurança, também padroniza a linguagem e amplia o olhar sobre as possibilidades de cuidado.

[...] A gente fala a mesma língua, tem o mesmo objeto de trabalho, a mesma nomenclatura [...] Através do protocolo eu tenho como me resguardar e falar para o médico: “Estou seguindo o protocolo”. Se alguém me questionar, vou seguir o protocolo [...] Com o protocolo de Manchester você tem um parâmetro para seguir (E1).

[...] É um documento importante para o enfermeiro, veio nos ajudar muito! Porque é um documento registrado e aprovado e que é utilizado em outros lugares (E16).

A gente tem um embasamento certo daquilo que o paciente tem, de como ele está. Às vezes a gente perde um paciente “caladinho” que não fala da dor, aí quando vê é um paciente grave, infartado, que está ali “quietinho”. Sem a classificação você não tinha parâmetro para medir isso. A tendência é dar mais atenção para o paciente que grita. Esse paciente todo mundo apoia e aquele que está quietinho a gente acha que está bem. E com a classificação você consegue analisar isso bem (E14).

A linguagem escrita é reconhecida por Certeau (2014) como um instrumento de poder que tende a organizar os novos dados da produção socioeconômica e consagra uma divisão social, privilegiando aquele que domina os códigos da escrita. A escrita ordena e está representada pela compilação das leis (a norma), escritos que deveriam ser muito bem aceitos pelos outros. Assim também se fez a implantação do ACCR utilizando o Protocolo de Manchester no cenário em estudo, de forma impositiva, acompanhando uma política governamental na tentativa de delimitar o lugar próprio e circunscrever os sujeitos.

No cenário em estudo, o ACCR teve início, no ano de 2009, em uma unidade de Pronto Socorro na região central da cidade. Surgiu como uma definição da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). Ressalta-se que essa definição de implantação do ACCR na UPA buscou o alinhamento com uma política governamental, por meio da Portaria 2.048/2002 que aprova o regulamento dos serviços de urgência/emergência, no Brasil e pela Política Nacional de Humanização que estabelece o ACCR como uma das diretrizes no nível da urgência/emergência (BRASIL, 2002, 2004).

A tecnologia de Acolhimento com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento, a partir da análise, sob um protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004). Dessa forma essas políticas determinam normas, um saber estruturado, normatizado, consensuado internacionalmente, imposto por técnicos do governo, e que, no contexto desse estudo, é o Protocolo de Manchester, o lugar da estratégia, do poder hegemônico.

Para participar do ACCR, foi exigida dos enfermeiros a realização de um curso teórico-prático ministrado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) com duração de 12 horas e disponibilizado um livro “Sistema Manchester de Classificação de Risco” para a leitura prévia. O curso também foi disponibilizado para os médicos, mas apenas para aqueles que estavam interessados em fazê-lo. Ao final do curso, foi aplicada uma avaliação para receber a Certificação de Classificador com aproveitamento de 60%. Todos os

enfermeiros que trabalhavam no Pronto Socorro participaram da capacitação pelo GBCR, para o manejo dos pacientes, a partir do protocolo de Manchester. Os relatos mostram essas marcas da estratégia (imposições e obrigatoriedades).

[...] Fizemos uma reunião, e o nosso coordenador falou assim: ‘todos vão ter que passar em todos os setores [inclusive classificação], não tem jeito mais, ou quem não quiser vai ter que sair do pronto-socorro’ [...] mas eu não gosto muito da classificação, eu acho que tinha que ser uma aptidão, até pra isso, porque eu especializei, fiz residência em UTI, pós-graduação em UTI, residência em cardiologia, eu queria trabalhar na minha área, mas como eu trabalho em uma UPA eu não posso escolher (E1).

A partir do curso, que veio através da SEMUSA e que foi disponibilizado para todos os enfermeiros que atuavam no Pronto-Socorro e também para os médicos. E o pessoal do Grupo de Classificação de Risco veio! Antes a gente estudou. Tem aquele livro e eles vieram e deram um curso de um ou dois dias, a gente fez a prova. Ele foi presencial, e a partir de uma nota... não sei se era 60% de aproveitamento, aí você poderia exercer a Classificação de Risco! A partir daí a gente começou a classificar (E6).

O olhar dos enfermeiros sobre o protocolo lhes confere o *status* de “ordenador do cotidiano” como citado por Certeau (2014), um elemento de um sistema confeccionado para ser aceito e que deveria direcionar as práticas. As imposições para a implantação do ACCR e para as capacitações, as possíveis punições e a definição de uma política a ser seguida, são elementos que sustentam a tese de que há uma estratégia delimitando um lugar próprio e um fazer a ser cumprido, algo fundamental para sustentar as pretensões dos gestores da vida pública em uniformizar, padronizar, parametrizar e instituir a lógica do que deve ser obedecido (SULTI et al., 2015).

Nesse sentido, as pretensões imbricadas no ACCR, principalmente, por meio do protocolo de Manchester, buscam isolar o sujeito num lugar circunscrito, de domínio do técnico, prescritivo e validado. Isso coloca o enfermeiro numa estrutura visível, onde o mesmo pode ser controlado, vigiado, cobrado e sobre ele podem incidir tensões e conflitos derivados da sensação consciente de vigilância e monitoramento constante.

Assim, nessa primeira subcategoria o ACCR como um lugar próprio é demarcado por normatizações (o protocolo), políticas, regras, imposições e obrigatoriedades que intentam isolar o sujeito, circunscrevê-lo no afã de direcionar o seu fazer. Entretanto, como apontado por Santos (2015), nesse lugar próprio, do ACCR, tais normatizações tornam-se frágeis na prática cotidiana, pois são ressignificadas/reinterpretadas, a partir de novas intencionalidades

que emergem de um sujeito ordinário, pensante e ativo no seu fazer. É o que propomos demonstrar na subcategoria, a seguir.

5.3.2 As táticas no cotidiano do Acolhimento com Classificação de Risco

Apesar dos enfermeiros, em um primeiro momento, deixarem transparecer passividade em aceitar o protocolo, um saber prescrito e um posicionamento em um lugar próprio, há uma resignificação do sistema proposto em seu cotidiano no ACCR. A sua relação de consumo com o sistema cultural e político definido no ACCR é de produção, a partir de suas artes de fazer, suas práticas cotidianas, astúcias que marcam a sua relação com o que lhe é imposto. Apesar de o enfermeiro ser o sujeito foco deste estudo, seus discursos, nessa subcategoria, remetem também ao fazer dos demais profissionais e usuários que tecem a rede de relações de poder estabelecida no ACCR. Assim, busca-se analisar o cotidiano sobre a ótica do enfermeiro, a partir de suas táticas e daquelas promovidas pelo outro, a partir de seu olhar, seus discursos.

Para Certeau (2014), as táticas compreendem as artes de fazer da prática cotidiana própria do sujeito ordinário que não é dono do lugar, isto é, são os dominados (o que não quer dizer passivos ou dóceis). Com sutilezas, os sujeitos vão se embrenhando nas brechas do poder, no campo do inimigo, movem-se e se valem de astúcias para empreender seus golpes, para dar um novo significado ao poder sistematizado, imposto, que o mobiliza e o prende em uma rede de vigilância. O sujeito ordinário faz do “jeito dele”, subverte a ordem estabelecida e utiliza de táticas que são as astúcias, as espertezas desse herói.

A tática que possibilita sua mobilidade, e é sua astúcia em captar as possibilidades oferecidas pelo instante no lugar onde ninguém espera, o que garante sua sobrevivência. Sem lugar próprio e nem visão globalizante, a tática é cega e perspicaz no corpo a corpo sem distância, comandada pelos acasos do tempo. As táticas são apresentadas pela subversão, astúcia e antidisciplina (DAROS, 2013). Reordenam os espaços (lugar vivido) por meio da atribuição de novos sentidos, novos significados o que possibilita ao sujeito reapropriações e resignificações das suas práticas cotidianas, permitindo dessa forma um fazer coeso com sua maneira de agir.

Os relatos a seguir mostram essas resignificações, invenções, táticas que marcam o jogo das relações com a ordem (elementos da estratégia) e entre os indivíduos que transitam nesse mesmo *locus*. A passividade em aceitar o prescrito começa a ser “transgredida”,

“manipulada”, “burlada”, a partir de indivíduos que assumem uma postura de questionamentos, críticas e julgamentos diante da realidade, tal como ela acontece (situações contextuais), utilizando maneiras de fazer diferentes do padronizado.

[...] acaba que o enfermeiro muitas vezes começa a burlar a classificação. Ele burla a classificação porque o médico demora a atender, porque o paciente está reclamando ou porque está cheio demais. A gente perde o respaldo e o objetivo do protocolo. [...] essas situações acontecem e você se sente fragilizada diante do médico que reclama do paciente, que reclama diante da demora de atendimento, ultrapassando os parâmetros, os tempos determinados e a tendência é você voltar a classificar como as classificações eram antigamente sem o protocolo, não respeitando o respaldo que a gente tem do protocolo (E12)

E eu acho também que muitas vezes aquele tempo do protocolo, de espera, não é muito respeitado e isso traz alguns prejuízos para o usuário. Por que você está com um paciente aguardando atendimento médico por uma hora, só que na realidade são duas horas, três horas. Então o médico, às vezes, alega que não tem condições de atender em tempo hábil, mas às vezes isso é o que a gente não vê, não (E15)!

É nós que damos o resultado final ali, né? Então a gente pode de alguma forma manipular, de qualquer forma mesmo (E8).

O ato de “burlar a classificação”, a manipulação dos parâmetros, o não-cumprimento dos tempos determinados, a transgressão ao protocolo e a alegação de não ter “condições de atender em tempo hábil” são elementos que caracterizam um fazer diferente do preconizado. Não é a negação da norma, pelo contrário, é a sua manipulação, é a sua adaptação para atender a uma realidade, para atender ao paciente em suas expectativas de atendimento, aos demais profissionais e, até mesmo, aos seus próprios interesses.

“O ato de burlar” como uma prática apontada pelos entrevistados é um fazer possível, em decorrência de situações contextuais. Ora é o médico que alega sua impossibilidade de cumprir a norma (tal como ela é), em razão do excesso de pacientes a ser atendidos, ora é o enfermeiro que justifica o seu fazer a partir do outro profissional (o médico que não atende no tempo determinado independente do volume de pacientes) e, até mesmo, das pressões exercidas pelos pacientes que buscam atendimento.

Essas situações demonstram a ressignificação que estes profissionais fazem da norma e, portanto, a sua prática (tática) que vai além do prescrito. Há uma necessidade de responder às táticas dos demais profissionais, principalmente do médico e dos usuários que também fazem conexão, nessa rede de relações de poder (estratégia *versus* táticas), tecida a partir do posicionamento de cada indivíduo, seus anseios e intencionalidades. Nas palavras de Certeau (2014) é sempre bom lembrar que não se deve tomar as pessoas por idiotas. No

consumo dos bens culturais e materiais as apropriações e ressignificações são reais, incontroláveis e transgridem o idealizado. Assim, a rede de relações de poder é tecida, a partir das astúcias dos consumidores (enfermeiros, médicos, usuários) que resistem ou se posicionam contra as imposições sociais.

Estabelece-se no ACCR um cotidiano que abriga as táticas (o fazer real) de profissionais e de usuários que criam seus movimentos, suas falas, suas astúcias, suas invenções anônimas, ou seja, suas “bricolagens” desviando-se do instituído. No exercício das práticas cotidianas, o indivíduo se reapropria do sistema produzido e *fabrica* redes de antidisciplina. Isso é, o indivíduo cria meios para escapar ou fugir dos modelos impostos pela ordem dominante, inventando e reinventando o cotidiano. É possível subverter as representações ou leis hegemônicas sem rejeitá-las, há formas de escapar do poder sem deixá-lo.

Nessa ótica, os profissionais em destaque não abandonaram a normatização, o ato de “burlá-la”, não é deixar de fazê-la, mas instaurar um novo fazer, reinventá-lo: classificar com um tempo maior do que o preconizado; acelerar a classificação como se fazia anteriormente, a partir de um conhecimento não sistematizado; reconhecer que existem parâmetros e cumpri-los de outra maneira.

A postura passiva em aceitar o protocolo como uma norma continua a ser desconstruída. por meio das críticas tecidas pelos entrevistados, acerca do que é instituído (fluxogramas, software TRIUS, tempo previsto) e a comparação com as demandas de uma realidade que se estabelece no ACCR. Os entrevistados destacam a necessidade de revisão do protocolo voltada para uma realidade que se materializa no cotidiano de trabalho.

Tem coisas no programa que não encaixam. Por exemplo, às vezes a gente avalia um paciente, mas a gente não consegue encaixar ele no programa. Então tem que rever algumas coisas (E8).

O protocolo precisa ser mais bem estudado sabe? Porque ele tem algumas falhas. Por exemplo, falha se um paciente chega aqui com cisto hemorroidário inflamado, eu não tenho fluxograma que encaixa esse paciente. Não existe outra porta de entrada de urgência, então toda e qualquer queixa seja dentro do protocolo ou não eu tenho que entrar com ela em algum lugar. Onde que eu entro? [...] Eu não tenho fluxograma que encaixa esse paciente, porque na verdade não é uma urgência pela clínica, mas é uma urgência pela dor. [...] A questão da gestão da classificação também, muitas vezes a gente tem que fazer uma gestão de classificação dependendo do quesito emocional e nível de tensão naquele momento na classificação de risco (E2).

[...] o tempo nosso seria de uns 3 minutos para cada paciente, o que às vezes não dá porque o TRIUS realmente é muito lento, é um problema nosso (E16).

As demandas dos respondentes estão atreladas ao seu próprio fazer e que rompe com o padrão estabelecido na norma, cabendo-lhe adequações, sejam elas no sistema de software, nos fluxogramas, na gestão da classificação de risco, nos aspectos emocionais e de tensão envolvidos no cenário. Aqui o cotidiano vivenciado pelos participantes é evocado como algo vivo que possui práticas divergentes da norma previamente estabelecida em um protocolo, há um jeito de fazer diferente. Esse debate remete ao apontamento de Certeau (2014) de que o cotidiano pode ser compreendido como algo diferente, vai além de enxergá-lo como um cenário rotineiro onde tudo aconteceria de forma previsível e contratual. Reforça-se, nesse sentido, que o cotidiano de trabalho dos participantes no ACCR é dotado de movimentos relacionados à apropriação da esfera simbólica do que é instituído pelos dominantes. Há uma ressignificação e transformação daquilo que é normatizado, a partir dos diversos fazeres do cotidiano embebido por intencionalidades e saberes inerentes aos dominados. Assim, se a estratégia é impregnada do controle e da prescrição que também possui intencionalidades, impondo um saber validado, por outro lado, as táticas propõem a resistência ao instituído, cria um fazer adaptado ao cenário e às intencionalidades dos que constroem o cotidiano (CERTEAU, 2014). O protocolo, fluxograma, software e a norma, nessa ótica, não se encaixam na realidade, divergem dela.

Alguns acordos também são construídos. São astúcias para fazer valer intencionalidades que se julgam ser recomendáveis e aceitas nessa rede de relações de poder estabelecida no cotidiano de trabalho no ACCR. Essa subversão se dá, por meio de micronegociações, de um modo próprio de uso das normas do sistema (CERTEAU, 2014). O trecho, a seguir, destaca o reconhecimento de um profissional sobre uma tática que se constrói, sutil e sem o conhecimento dos pacientes, acerca do processo de classificação entre aqueles que deveriam receber a mesma cor, traduzindo as prioridades. Há um acordo entre os profissionais que, a partir de seu julgamento e de suas afinidades, define dentre aqueles que possuem a mesma classificação, qual deverá ser atendido com prioridade.

Eu tenho uma interação muito boa com os funcionários da recepção e com o médico que está atendendo. Então eles já começam a “priorizar” o paciente porque às vezes chega um para fazer a ficha e observou que ele precisa ser triado na frente de outros que estão esperando. É uma ajuda muito grande, ele me adianta essa ficha e eu também tendo confiança com o profissional médico consigo também levar isso direto e passar até na frente de outros da mesma cor que estão esperando (E7).

[...] desde a recepção, o pessoal que faz a ficha, eles já tem, às vezes eles falam pra gente: atende essa que é grave [...] vai lá dentro da sala da gente e fala: esse paciente está pior, atende ele primeiro (E1).

Assim, os profissionais também estabelecem uma ordem de priorização no ACCR, constituída de ressignificações da norma, a partir de suas intencionalidades e situações contextuais, objetivando o seu próprio fazer. Resta ao paciente, em um primeiro momento, o consumo do que foi instituído pelos profissionais. Reconhece-se a existência de situações contextuais que afetam a prioridade clínica e determinam uma prioridade relativa dentro das categorias de classificação: a tipologia dos pacientes (crianças, idosos, pacientes com incapacidade física, com déficit cognitivo, alcoolizados, “cliente habitual”, pacientes agressivos/abusivos, pacientes agendados para retorno, pacientes readmitidos) e fatores do serviço como superlotação, absenteísmo e área física que não promove ambiência pode afetar a prioridade clínica (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O próprio Ministério da Saúde afirma que, no cotidiano do trabalho, surgem a todo o momento, situações novas e “ventos imprevisíveis” não definidos pelas prescrições da organização do trabalho, das normas estabelecidas. Para dar conta dessas questões, os trabalhadores são impulsionados a criar, a improvisar ações, a reinventar o cotidiano. Quando as normas são seguidas fielmente, sem serem questionadas, podemos colocar o trabalho em crise, pois as prescrições/normas/protocolos não são suficientes, para responder aos imprevistos que acontecem a cada dia (BRASIL, 2008).

Enfim, essas negociações (táticas) constituídas a partir de acordos e que não são padronizados, pois dependem das intencionalidades, de um saber próprio de cada profissional (recepcionistas, enfermeiros, médicos) e de situações contextuais, coloca, em um primeiro momento, de um lado dominados (pacientes) e de outro os dominantes (equipe). Ao dominante lhe é atribuído a posse dos meios de controle, produção e disseminação cultural que, por sua vez, moldam espaços de poder e criam visões de mundo próprias e autônomas (DAROS, 2013).

Nesse sentido, os profissionais participantes do ACCR, em seu cotidiano estariam produzindo e disseminando a sua própria construção, um fazer, uma classificação que lhes é peculiar: [...] *a gente fez uma combinação assim: é laranja, não fica aqui, vai pra sala vermelha direto. São dez minutos né (E1)*. Apesar de não ser normatizada, ela se torna oficial a partir de sua prática engendrada nos acordos, nas micronegociações perpetuadas entre os sujeitos desse espaço.

Em contrapartida, os dominados não possuem meios de empregar sua cultura e torná-la oficial (DAROS, 2013). Os usuários, nesse sentido, assumem essa roupagem de dominados, pelo menos por enquanto, pois lhes resta consumir uma cultura produzida na obscuridade e oficial perante as táticas previamente estabelecidas nessa rede de intencionalidades. Certeau (2014) reforça essas afirmações, ao constatar que a relação entre dominados e dominantes não é fixa. Ora um sujeito, norma, estrutura social, sistema é o emissor de elementos da dominação e tem a possibilidade de transmiti-los, ora essa relação se inverte. Além disso, a relação entre dominados-dominantes não está delimitada a setores da hierarquia social, mas nas relações estabelecidas na rede de poder.

O paciente/usuário que em um primeiro momento assume a identidade do dominado, agora se posiciona, a seu modo, resiste ao instituído e também se movimenta, pratica o lugar, buscando satisfazer os seus anseios (atendimento médico, exames, medicamentos, tratamento, cura). Na cena a seguir, foi possível observar esse movimento criado por um paciente.

Uma paciente entra no ACCR dizendo que precisava ser atendida pelo médico. Ela achava que precisava de um antibiótico, pois estava com alguma infecção urinária. A enfermeira questionou o que ela estava sentindo. Mas a paciente disse que precisava ser atendida pelo médico, queria o antibiótico. Então a enfermeira novamente perguntou se a paciente já havia procurado a unidade básica mais próxima de sua casa. Ela disse que não, pois sempre vem direto na UPA quando precisa ser atendida. Faz isso para qualquer dor ou desconforto que sente. A enfermeira então classificou como azul (não urgente). A paciente questionou que esperaria muito tempo e que não ficaria ali e voltaria para sua casa. No dia seguinte esta mesma paciente retornou a UPA e passou novamente pelo ACCR, só que agora verbalizou dores mais fortes e dizendo que precisava ser atendida mais rápido. Ficou muito nervosa, gesticulou, alterou seu tom de voz. Na verdade eram os mesmos sintomas relatados no dia anterior, porém a paciente os representava como exacerbados, pois queria uma classificação de cor diferente, para que fosse atendida de mais rápido. A enfermeira, após muito debate com a paciente, numa atitude de vencida e até mesmo dizendo que se sentia cansada daquela situação, classificou a paciente como amarelo (urgente). A paciente então disse “agora sim... meu problema será resolvido, obrigado viu!” e sorriu com um ar de conquista (NO).

Remete-se assim à colocação de Certeau (2014) de que os dominados não devem ser entendidos como dóceis ou passivos. Sob o julgamento dos enfermeiros há “resistências” dos usuários à classificação de risco que originam da incompreensão que esses sujeitos possuem sobre a classificação.

[...] a maioria da população não entende essa questão de priorizar o atendimento... Eles não aceitam (E14).

[...] parte dela (a população) ainda não compreendeu o processo de triagem, o Manchester (E7).

Na tentativa de intervir sobre esse cotidiano, os enfermeiros propõem práticas prescritivas, lançam mão da necessidade do disciplinamento com vistas à aceitação da forma como o serviço é organizado. Sob a ótica desses enfermeiros, o que resolveria o problema seria a conscientização da população, sua educação e sua escolha pelo fluxo correto de atendimento, partindo da atenção primária a saúde.

[...] É preciso tentar educar a população que o serviço de emergência é pra emergência, não é “consultinha”, exame, essas coisas. Tem que aprender que ele tem que fazer isso em posto (E7).

Para todos que você perguntar ali, eles tem que ser atendido mais rápido, mas na hora que você vai ver a minoria que está ali precisa consultar (E1).

Eu acho que deveria ser feito um trabalho maior de conscientização dos usuários para eles compreenderem o que é o protocolo (E15).

É preciso reconhecer que a passividade do usuário em consumir um sistema definido a priori não se pratica no ACCR. Talvez, apenas o desconhecimento dos pacientes sobre a classificação de risco não justifique a sua postura de resistências em ser classificado. A sua incompreensão também pode ser entendida como o resultado de sua interpretação da realidade, estimulada por suas intencionalidades e escolhas. Para Santos (2015), existem necessidades individuais daqueles que vivenciam a doença ou as anormalidades. Esses usuários possuem a sua própria concepção de urgência e essas situações direcionam a busca por assistência à saúde em serviços que reúnem em um mesmo local as especialidades médicas, recursos diagnósticos e terapêuticos. Há o descrédito com a assistência (in)disponibilizada na atenção primária a saúde marcadamente desprovida de estrutura, profissionais e demais recursos tecnológicos.

[...] aí ele (o paciente) fala assim pra gente: “porque aqui eu sei que eu posso até ser, que pode demorar atender, mais eu sei que vai ser atendido, vai pedir exame de sangue, vai pedir raio-X, coisa que na unidade de saúde não acontece, demora né!!! Semanas!!” E aqui não...demora horas, mas ele é atendido, são feitos os procedimentos que devem ser feitos (E20).

Se a gente tivesse condições de oferecer para as pessoas aquilo que elas não têm, porque elas vêm buscar aqui o que elas não tem na atenção básica, que é o médico para dar alívio naquele momento imediato quando está passando mal. Todo mundo acha que o atendimento imediato seria aqui, então ela pensa que chegar na atenção básica, que ele vai demorar 15 dias para agendar uma consulta, então tudo isso faz as pessoas virem para cá o que causa um transtorno muito grande pra gente e para os

outros pacientes que realmente precisam de um atendimento de urgência na UPA, mas no mais eu sou muito feliz no que eu faço, gosto muito (E3).

Destaca-se ainda que essa postura da população em procurar os serviços de urgência ao seu bel entender dificulta a estratégia proposta na organização da rede assistencial que tem a atenção primária à saúde como porta de entrada (BRASIL, 2011). Enfim, a escolha do usuário, por um atendimento em um serviço de saúde, vai além de sua incompreensão de um sistema de classificação, como apontado pelos enfermeiros, a sua busca por cuidado baseia-se em suas experiências com resolutividade, acolhimento, agilidade no atendimento, com o vínculo estabelecido, a possibilidade de recursos disponíveis em seu imaginário, as experiências de amigos e familiares (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; SANTOS, 2015).

A astúcia utilizada aqui é resistir, não no sentido de descartar a ordem (a norma), mas mantê-la no desconhecimento, questioná-la e exigir a solução de seu problema dentro de seu sistema de valoração simbólico (aquilo que é significativo). Compreende-se que o paciente também participa das decisões relacionadas ao seu próprio cuidado e, portanto, busca a satisfação de suas expectativas, sejam elas quais forem: a eliminação da dor, do sofrimento, das necessidades, dos encaminhamentos e da solução de seu problema (a cura).

Nesse sentido, a população também é protagonista na conformação do modelo assistencial do serviço de saúde, ao assumir posição ativa perante as novas regras de acesso e de funcionamento do serviço de emergência (SANTOS, 2015). Esse protagonismo não está ancorado no fato de conseguir ou não ser atendido no tempo esperado, mas na sua escolha em procurar uma porta de entrada para suas necessidades. Mesmo que seja redirecionado para outra esfera assistencial, a sua primeira opção de escolha e a sua luta por se fazer ouvir naquele espaço é uma conquista e ganha destaque a partir da constatação de sua presença e exigências. Estabelece-se assim a prática cotidiana do paciente em ressignificar o que lhe é oferecido como possibilidade de cuidado. A oferta do sistema é a possibilidade de cuidados nos níveis assistenciais adequados à sua demanda por cuidados. Mas essa oferta não é consumida como uma condição *sinequa non*, é questionada, interpretada e (re)inventada. Isso impulsiona o usuário a um caminhar próprio na rede assistencial direcionado por suas escolhas.

Essa postura ativa do paciente em resistir ao instituído, moldá-lo, estimulada por suas escolhas que intentam reinventar o que é estratégico no ACCR, assume uma exacerbação, as agressões. Os enfermeiros reconheceram que o ACCR torna-se, nesse

contexto, como um grande campo de batalhas onde as agressões são verbais e podem ser até mesmo físicas.

A gente ali na frente, a gente fala que é porta de entrada. Assim tudo que acontece, acontece ali na frente! Já ouviu casos de ser agredido verbalmente, dependendo se a gente não mantiver distância eles batem na gente! (E20).

[...]. Eu já tive quase desistindo por causa dessa outra parte de agressão física, verbal, porque gera um desconforto muito grande. Nós tivemos colegas assim, eu também passei por isso, de precisar tomar medicação para tolerar o trabalho e tudo mais. Hoje estou mais tranquila em relação a isso, mas já fiz um combinado com o chefe. Eu tenho um tempo limitado para ficar aqui, não pode me deixar muito tempo aqui porque aí eu já começo a “surtar”(E7).

Entretanto, a tática do usuário não é a agressão verbal ou física ao enfermeiro, pois ela é explícita, barulhenta e desprovida de astúcia. Responsabilizar o enfermeiro pela ausência ou ineficiência de assistência, culpá-lo, lançar sobre ele o rótulo de “vilão” pode garantir boas oportunidades de transpor a classificação e conseguir um atendimento mais rápido do que os demais usuários. A sutileza da tática utilizada aqui está na relação que se estabelece com o enfermeiro na conquista de ser classificado para conseguir o prêmio tão desejado, a solução de seu problema que é materializado na figura do médico, do medicamento, dos exames, da assistência.

Nesse cenário, o enfermeiro assume, no imaginário do usuário, a representação de uma dominação que pode garantir ou negar a possibilidade de cuidado/assistência dentro do ACCR. Assim, como está na linha de frente assistencial (a classificação) é culpabilizado, assume a representação da norma estabelecida, é o “outro” como o lugar do problema no olhar do usuário. Nas palavras de Certeau (2014, p. 58) “É sempre o outro, sem responsabilidades próprias (a culpa não é minha, mas do outro: o destino) e de propriedades particulares que limitam o lugar próprio”. Nos trechos seguintes é possível apontar esta rotulação e pressões que os usuários fazem sobre os enfermeiros.

Eles oprimem muito a gente! No sentido assim de: “Ah a gente está ali, estou aqui há três horas esperando, me pôs uma pulseira verde, você é culpado.” Eles veem a gente como um vilão, alguns (E15).

[...] aí já passa aquele boato que vai demorar muito azul, e assim quando a gente está classificando muitos falam: “Oh!!! Vê o que você pode fazer aí... por que se você colocar verde...” (E13).

Então, para o usuário, resistir a essa dominação, rotulando, culpando, deslocando a responsabilidade pelo problema sobre outro, pode ser uma oportunidade de moldar a norma,

pressionar a passagem por suas brechas, conferindo garantias em suas demandas por assistência/cuidado. É a sua insistência em ser ativo, norteado por suas escolhas, que aparentemente dominado, também se coloca em uma posição de dominante. Um jogo complexo de relações de poder onde o suspeito “fraco” de repente se faz forte e intenta impor as suas vontades próprias. Assim, a agressão precisa ser analisada sob outro olhar, são práticas de uma população que se vê num campo de batalhas nada romântico, mas desafiador e com estratégias para serem moldadas. Para Certeau (2014), o campo de batalhas é assim repleto de práticas gazeiteiras ressignificadas que levam a certa liberdade e microrresistências, que, por sua vez, fundam microliberdades, mobilizando recursos insuspeitos e assim deslocam as fronteiras verdadeiras da dominação dos poderes. Nesse campo de batalhas, cada um com seu jogo de micro resistências/micro liberdades torna o ambiente de trabalho tenso, conflituoso, estressante e violento submetendo todos (usuários e profissionais) ao risco e ao sofrimento.

[...] Não é ruim classificar, porém é tenso, entra aquela questão, você é o responsável pelo paciente até que ele passe pelo atendimento médico [...] isso pesa muito e deixa a gente bem estressada (E6).

[...] é difícil você ficar ali o dia todo triando! Tem dia que tenho de classificar 130 pessoas. Então assim... é muita coisa né!! Vai indo, será que no final você está fazendo certo? O risco de errar vai aumentando né? (E17).

[...] por ser um setor no qual é pressão psicológica é intensa, a gente tem que rodar mesmo, a gente não consegue ficar lá mais que quatro meses. Você fica assim, muito cansado! Então a gente já pede: “Olha eu não consigo ficar lá mais um mês não!” (E20).

Estudos apontam a existência de algum tipo de violência de pacientes sobre profissionais de enfermagem e afirmam que essas relações são tensas, pois cada um intenta emanar os seus efeitos de poder. No caso dos pacientes, esperam satisfazer as suas demandas por assistência/cuidado/subjetividades. No caso dos profissionais de enfermagem esperam atender as suas intencionalidades e aos seus anseios. No estudo de Vasconcellos, Abreu e Maia (2012), os trabalhadores de enfermagem de um serviço de pronto atendimento estavam diariamente expostos a agressões verbais e físicas. Por se tratar de um ambiente tenso, com demandas de urgência na realização do cuidado de enfermagem, o contato muito próximo dos trabalhadores com essas situações críticas eram um facilitador da violência ocupacional no local de trabalho. Essa situação pode ser agravada pelo número insuficiente de profissionais das diferentes especialidades para atender às demandas do serviço e a frequente superlotação ocasionando sobrecarga de trabalho. O paciente e seus familiares insatisfeitos com o

atendimento acabam por demonstrar descontentamento, na forma de agressões, com os profissionais da enfermagem que estão na linha de frente.

A violência no trabalho é um dos fatores mais importantes que causa a diminuição da qualidade de vida no trabalho. Os enfermeiros representam o maior grupo de prestadores de serviços de saúde e necessitam de boa qualidade de vida no trabalho, a fim de propiciar uma assistência de qualidade. Os gestores e autoridades dos hospitais devem se empenhar em estabelecer políticas para a promoção da qualidade de vida de trabalho dos enfermeiros, por meio de melhoria das condições de trabalho, propiciando um ambiente de apoio e envolvendo os enfermeiros na tomada de decisões (ESLAMIAN; AKBARPOOR; HOSEINI, 2015).

O paciente se posiciona diante da norma, resignificando-a e resistindo (não entendamos por negá-la) à sua institucionalização e o médico também é apontado como aquele que exerce certo “boicote” à classificação de risco. Os enfermeiros acreditam que assim como acontece com os pacientes, o desconhecimento do médico sobre a classificação, gera essa resistência.

Mas é pelo médico não acreditar muito no Manchester [...]. E aí parece que tem um tipo de “boicote” por parte de alguns médicos. Isso atrapalha muito o andamento do serviço (E15).

Outros médicos que não tem a noção do que é Manchester perguntam: “Uai por que você pôs amarelo aqui?” Não é porque eu pus amarelo, é porque que ele tem que ser atendido primeiro! Então às vezes, a gente esbarra nisso (E7).

Mas, ainda tem preconceito sobre ele [protocolo]. Médicos muitas vezes criticam “Porque que você pôs isso?” Eles não entendem muitas vezes! Acho que todos tinham que obrigatoriamente fazer, mesmo que não participe diretamente da execução! Todos na unidade deveriam entender como funciona o protocolo! Porque mesmo gente experiente, como médicos da nossa época, muitas vezes criticam. Criticam quem está na Classificação, não o protocolo! Acham que a gente é que está fazendo as coisas do jeito que a gente quer (E16)

Os relatos destacam o “preconceito” do médico e seu “desconhecimento” sobre a classificação, a partir de um julgamento do saber incutido nessa forma de classificar e também no saber do profissional para a realização da classificação, por isso as críticas a quem está na classificação. Nesse campo de batalhas, existe o conflito entre os saberes, em um jogo de poderes que perpassam a rede de relações, bem como o embate pela manutenção da autonomia médica. Os enfermeiros apontaram situações em que o médico não aceita a classificação, os procedimentos, reforçando a superioridade de suas condutas.

Era bem complicada e bem difícil a conduta dos médicos, o que você fazia eles não aceitavam. Uma vez eu fiz uma glicemia, no meu primeiro dia de serviço numa criança, tinha história, o médico falou assim: “Agora então você assume o caso, a criança é sua, você assume” Foi horrível! (E1).

A autonomia que o enfermeiro tem hoje é muito boa. Nosso limite vai até o limite médico. O meu começa onde o dele termina! Então a enfermagem sempre vai ficar submissa. [...] tem médico que não quer a classificação de risco: “Pode mandar os pacientes sem ser triado”. E isso tem que ser respeitado; é conduta médica [...] Há resistência médica e a diferença está aí! O dia que o médico caminhar junto com o enfermeiro, o sistema funciona. Tem que respeitar, porque tem enfermeiro que tem muito conhecimento (E9).

O Protocolo de Manchester implica em importantes tensões entre médicos e enfermeiros no contexto do ACCR. É uma estratégia que interfere na autonomia do trabalho médico, considerando que a priorização e ordem do atendimento são definidas pelo enfermeiro conforme a norma. Esse dispositivo institucional (o protocolo) funciona como objeto regulador e de controle interposto entre o médico e o paciente. Por outro lado, ao assegurar ao enfermeiro uma função de visibilidade dentro do ACCR, fica instaurada a tensão entre esses profissionais (BOHN et al., 2015; COUTINHO, 2010).

Entretanto, não podemos entender o destaque e a visibilidade conferidos ao enfermeiro como a representação de sua autonomia no ACCR. Isto é claro, na compreensão formal que se tem de autonomia. No sentido etimológico, autonomia significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas próprias leis” (PRZENYCZKA; LENARDT; LACERDA, 2012). Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde (BRASIL, 2008).

A autonomia do enfermeiro, na sua formalidade conceitual (sentido etimológico), não se materializa na prática cotidiana neste estudo. A visibilidade e o destaque conferidos ao enfermeiro o enquadram no lugar próprio cearteuniano, o lugar normatizado, uma estrutura que é o domínio dos lugares pela vista. Onde se pode “observar e medir, controlar, portanto, e incluir na sua visão. Ver será igualmente prever, antecipar-se ao tempo pela leitura de um espaço” (CERTEAU, 2014, p. 94). A maneira como as táticas se desenvolvem no cotidiano do ACCR reforçam a autonomia do médico, uma vez que ele continua a definir a ordem dos acontecimentos relacionados à assistência aos usuários, inclusive como a classificação deve acontecer ou não. Resta ao enfermeiro engendrar astúcias para conseguir realizar o seu

próprio trabalho, tais como burlar a classificação, fazer de forma diferente do que está preconizado, responder às pressões dos usuários fazendo a classificação de forma assistemática, achar uma maneira para conseguir fugir do olhar vigilante do médico, do usuário e das pressões políticas do sistema. Aqui emergem práticas que lhe conferem autonomia, mas no campo invisível, informal, assistemático. Assim, as táticas utilizadas pelos enfermeiros não podem sair da obscuridade, pois essa é a maneira de fazer valer as suas intencionalidades (tática de defesa) e o seu jeito de cuidar. Se o médico continua tendo centralidade no processo, o enfermeiro, em contrapartida, lança mão de suas astúcias, buscando na informalidade das práticas o desenrolar do seu cotidiano.

Enfim, o cotidiano do ACCR assume a representação de um “campo de batalhas”, onde as práticas de profissionais e pacientes são engenhosas, astutas e repletas de intencionalidades. Há esforços para conseguir o atendimento, como é o caso dos pacientes que verbalizam, questionam, resistem, bem como há a postura dos profissionais que tecem acordos, submetem os demais e até reforçam sua autonomia profissional, seja no campo formal ou informal. Assim se estabelece uma rede de microrresistências, onde os saberes se digladiam, onde as práticas são individualizadas, interdependentes, cada participante desta rede é ativo e reinventa o cotidiano no ACCR.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto de partida para a realização desta tese foi o meu próprio cotidiano como enfermeira de serviço de urgência e emergência. Foram as minhas experiências, vivências do trágico, do urgente, do sofrido, dos risos e da dor que me trouxeram a este desafio de entender esse cotidiano. Era preciso vivenciar mais esta etapa em minha jornada e culminar com a produção de um conhecimento teórico, mas impregnado pelo vivido, pelo experimentado no dia a dia da rotina fria e difícil de um serviço de urgência.

O questionamento que gerou esta pesquisa tinha como centralidade a necessidade de entender o “cotidiano”, e isso remeteu ao referencial teórico de Michel de Certeau sobre o cotidiano e suas (re)invenções. Aqui, um novo desafio foi criado, o de compreender Certeau, seus conceitos e ainda a difícil missão de associá-los com o trabalho no contexto do acolhimento com classificação de risco em um serviço de urgência. Fase difícil, mas de grande aprendizado. As lentes teóricas de Certeau impregnaram e resignificaram a minha visão, o que contribui em todo o processo da tese.

Partimos do pressuposto de que existem táticas próprias de profissionais e usuários no cotidiano que é (re)inventado no contexto do ACCR. Essas táticas conformam-se como artes de fazer de cada sujeito, a partir de suas singularidades e de suas intenções. São táticas que resignificam o sistema cultural proposto no serviço de urgência/emergência. Assim, apesar da normatização materializada em regras, fluxos a serem seguidos, protocolos e um sistema de triagem que caracterizam os elementos de estratégia no ACCR, os mesmos são burlados, atravessados pelas intencionalidades e movimentos criados pelos sujeitos que vivificam aquele lugar. Há, portanto, a prática do lugar que só é visível no *locus* assistencial. Além disso, no processo de trabalho do enfermeiro da UPA, ao incorporar um dispositivo tecnoassistencial, no caso o Protocolo de Manchester, é reforçada a necessidade de (re)invenção do cuidado neste contexto. O cotidiano de enfermeiros, demais profissionais e pacientes é permeado pela produção subjetiva do cuidado, suas singularidades e criatividade no processo de trabalho. O acolhimento é uma estratégia definida, normatizada por protocolos, mas deveria acontecer, a partir da escuta qualificada, da responsabilização e da interlocução, o que exige novas maneiras de fazer, adaptando o protocolo à realidade cotidiana.

O ACCR constitui-se como um lugar impregnado por símbolos e subjetividades. Se a disposição do cenário destaca as cores de classificação e a nomenclatura dos

profissionais, é necessário considerar, também, as subjetividades que vivificam aquele cenário. Um “palco” de cenas peculiares do cotidiano carregadas de conflitos, urgências, dor, rejeição e ansiedades. Além disso, há uma normatização direcionadora do trabalho que se materializa em protocolos, fluxogramas, instrumentos de trabalho e alinhamentos a uma política definida *a priori*. Conformam-se assim um sistema cultural que intenta circunscrever os sujeitos, cabendo-lhes o consumo passivo dessa ordem própria estabelecida para o lugar.

O contexto do ACCR também é impregnado por situações circunstanciais que pressionam os sujeitos e incentivam a prática do lugar. Primeiro, há maior demanda de crônicos que de pacientes agudos. Muitos usuários poderiam ser atendidos na atenção primária à saúde do município, o que não acontece. Outra situação circunstancial é a precariedade da rede assistencial que não consegue acolher e assistir os usuários nos demais pontos da rede (hospital, UBS, unidades especializadas de atendimento à saúde). A terceira situação circunstancial é a lógica de procura dos usuários pelo serviço, criada a partir das intencionalidades e interpretações desses sujeitos que buscam a solução de seus problemas. A população institui o seu próprio itinerário na rede assistencial e contradiz a lógica prescrita. O embate está criado. De um lado, estão os usuários que demandam assistência, e de outro, profissionais e o próprio sistema organizacional.

Porém, esse lugar é impregnado pela vida estabelecida pelos sujeitos, seu processo de adoecer/cuidar/curar, suas interações e ressignificações. Nesse lugar há o paciente que busca o cuidado, bem como há profissionais que desenvolvem o seu próprio “fazer”, o reinventam a todo instante mediante as situações circunstanciais que emergem. O cotidiano no ACCR é (re)inventado a cada tática, a cada cuidado prestado, a cada fazer intencional. Nesse cotidiano, profissionais e usuários se ajudam, entram em conflito, constituem, mesmo que de forma não fixa, a relação dominante-dominado. Os elementos de estratégia que intentam circunscrever os sujeitos no lugar ACCR são transpassados, não garantem a norma, pois há a construção de uma ordem própria que cada sujeito inaugura naquele lugar que passa a ser um lugar de relações, construído.

O fazer diferente, próprio, de cada sujeito no cotidiano atribui ao processo de trabalho uma nova ordem, a (re)invenção do cuidado atrelado à realidade. As articulações e interações entre os profissionais, a busca pelo acolher e ser acolhido, a certificação de um cuidado prestado, a sensibilidade para cuidar do outro são características dos sujeitos que vivenciam esse cotidiano. Estratégias não são negadas, mas adaptadas por um emaranhado de táticas dos sujeitos envolvidos, resultando em novas maneiras de fazer. O lugar fixo,

determinado, normatizado não responde às necessidades e demandas, dando lugar a espaços relacionais e às artes de fazer/cuidar/ser cuidado de cada sujeito.

O reconhecimento da dinamicidade que conforma o cotidiano de trabalho do enfermeiro no ACCR deixa em aberto a necessidade de novos estudos sobre o cotidiano da UPA, em sentido mais amplo. Há novos lugares e espaços a serem desvelados, assim como estratégias e táticas na (re)invenção de um cotidiano complexo e repleto de intencionalidades. É necessário compreender o cotidiano na ótica dos demais profissionais da equipe multidisciplinar, bem como dos usuários que criam o seu próprio itinerário na rede assistencial. O ponto de chegada (a tese) é também ponto de partida. Essa é a vida, repleta de desafios que geram novas perguntas e algumas respostas. Algumas ainda a serem descobertas, outras já constatações, mas todas instigam novas trajetórias (re)inventadas a cada pensamento, assim é o fazer do sujeito, homem ordinário, herói do cotidiano.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181-190, dez. 2012.
- ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de uma unidade de emergência. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 323-31, jul./set. 2005.
- ALVES, N.; OLIVEIRA, I. B. Certeau e as artes de fazer: pensando o cotidiano da escola. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 21, 2015, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Anped, 2015.
- ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho no Brasil: reestruturação e precariedade. **Nueva Sociedad**, San José, n. 239, p. 44-59, maio/jun. 2012.
- _____. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 28, n. 81, p. 39-53, maio/ago. 2014.
- ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando**: introdução à filosofia. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Moderna, 2009. 520 p.
- ARAÚJO, M. T. **Práticas cotidianas do serviço de atendimento móvel**. 2013. 110 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p.
- BELLUCCI JUNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 419-428, 2012.
- _____. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 797-806, dez. 2011.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2013. 200 p.
- BOHN, M. L. S. et al. Percepção de enfermeiros sobre utilização do Protocolo do Sistema de Classificação de Risco Manchester. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1004-1010, abr./jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52 p.
- _____. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 23 p.
- _____. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 70 p.
- _____. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

_____. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 2011.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

_____. **Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 138 p.

BRUIJINS, S. R.; WALLIS, L. A.; BURCH, V. C. Effect of introduction of nurse triage on waiting times in a South African emergency department. **Emergency Medicine Journal**, London, v. 25, n. 7, p. 395-397, July 2008.

BRUMMELL, S. T. P.; SEYMOUR, J.; HIGGINBOTTOM, G. Cardiopulmonary resuscitation decisions in the emergency department: an ethnography of tacit knowledge in practice. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 156, p. 47-54, May 2016.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2008.

CAVEIÃO, C. et al. Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 189-196, jan./mar. 2014.

CERTEAU, M. A. **Invenção do cotidiano**: artes de fazer. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 315 p.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. When the entrance does not solves: analysis of the health family units in the city of Rio Branco, Acre. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377-388, abr./jun. 2013.

COUTINHO, A. A. P. **Classificação de risco no serviço de emergência**: uma análise para além de sua dimensão tecno-assistencial. 2010. 206 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CRESSWELL, K.; SHEIKH, A. Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: an interpretative review. **International Journal of Medical Informatics**, Shannon, v. 82, n. 5, p. 73-86, May 2013.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 524-530, jul./set. 2011.

DAROS, L. D. **Currículo vs narrativas ordinárias**. 2013. 130 p. Mestrado (Dissertação em Ciências Humanas) - Universidade Tutiuti do Paraná, Curitiba, 2013.

DAVIES, M. J. et al. The attitudes of pharmacists, students and the general public on health applications for medication adherence. **Pharmacy Practice**, Granada, v. 13, n. 4, p. 644, Oct./Dec. 2015.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; TOME, L. Y.; POPIM, R. C. O processo de trabalho em urgência e emergência em interface com a morte. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 14, n. 6, p. 1149-1159, 2013.

- DEW, K. et al. Home as a hybrid centre of medication practice. **Sociology of Health & Illness**, Boston, v. 36, n. 1, p. 28-43, Jan. 2014.
- DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, abr./jun. 2013.
- DURAN, M. C. G. Uma leitura do cotidiano escolar com Michel de Certeau. **International Studies on Law and Education**, Porto, p. 43-48, 2012.
- DURO, C. L. M. et al. Perception of nurses regarding risk classification in emergency care units. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 15, n. 3, p. 447-454, maio/jun. 2014.
- EK, B.; SVEDLUND, M. Registered nurses' of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 24, n. 7/8, p. 1122-1131, Apr. 2014.
- ELKUM, N. B.; BARRETT, C.; AL-OMRAN, H. Canadian emergency department triage and acuity scale: implementation in a tertiary care center in Saudi Arabia. **BMC Emergency Medicine**, London, v. 11, p. 3, Feb. 2011.
- ESLAMIAN, J.; AKBARPOOR, A. A.; HOSEINI, S. A. Quality of work life and its association with workplace violence of the nurses in emergency departments. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, Mumbai, v. 20, n. 1, p. 56-62, Jan./Feb. 2015.
- FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2008. 68 p.
- FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p. 178-181, 2012.
- FERNANDES, L.; GÖTTEMS, L. Humanização e ambiência na clínica médica do hospital de base do Distrito Federal. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 1917-1931, 2013.
- FRAGA, A. M. de S. Integração da vigilância em saúde e assistência em saúde: contribuições da SRS Divinópolis. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS, 1.; SEMINÁRIO DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SANTO ANTÔNIO DO MONTE-MG, 3., 2016, Divinópolis. **Anais...** Divinópolis: SRS, 2016. 14 Slides.
- FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 102-114, abr./jun. 2015.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva**, Lánus, v. 7, n. 1, p. 9-20, Enero/Abr. 2011.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.
- INOUE, K. C. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Mineira de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 13-20, set./out. 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

- JOHANSEN, M. B.; FORBERG, J. L. Nurses' evaluation of a new formalized triage system in the emergency department: a qualitative study. **Danish Medical Bulletin**, Copenhagen, v. 58, n. 10, p. A4311, Oct. 2011.
- KOH, H. K. et al. A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients engagement in care. **Health Affairs**, Millwood, v. 32, n. 2, p. 357-67, Feb. 2013.
- KUMMER, T.; SCHÄFER, K.; TODOROVA, N. Acceptance of hospital nurses toward sensor-based medication systems: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Elmsford, v. 50, n. 4, p. 508-517, Apr. 2013.
- LEE, J. Santa Casa de Formiga admite pedir revisão de contrato de gestão da UPA-24 h. **Gazeta do Oeste**, Divinópolis, p. 3, 8 jan. 2014.
- LEMOS, B.; JOIA, L. A. Fatores relevantes à transferência de conhecimento tácito em organizações: um estudo exploratório. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 19, n. 2, p. 233-246, 2012.
- LOPES, G. V. D. **Implantação da atenção domiciliar**: o processo de trabalho e o cuidado à pessoa com condição crônica na Atenção Primária à Saúde. 2015. 171 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
- LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, abr./jun. 2012.
- LOVE, R. A. et al. The effectiveness of a provider in triage in the Emergency Department a quality improvement initiative to improve patient flow. **Advanced Emergency Nursing Journal**, Philadelphia, v. 34, n. 1, p. 65-74, jan./mar. 2012.
- MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage: manchester triage group**. New York: John Wiley & Sons, 2010. 175 p.
- MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. 264 p.
- MAÑAS, C. M. **Tempo e trabalho**: a tutela jurídica do tempo de trabalho e tempo livre. São Paulo: LTr, 2005. 160 p.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 144 p.
- MARQUES, A. P. P. Productive restructuring and the reallocation of work and employment: a survey of the "new" forms of social inequality. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1545-1554, jun. 2013.
- MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-869, nov./dez. 2009.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 192 p.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirização" do mercado na saúde. 2014. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-04.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.

- MIZOGUCHI, D. H. Os dispositivos e o cuidado de si: a invenção do presente. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 21, n. 1, p. 69-79, 2016.
- MORAIS, P. T. Pierre Bourdieu e Michel de Certeau na pesquisa em educação: reflexões sobre a teoria das práticas. In: COLÓQUIO DE PESQUISA SOBRE INSTITUIÇÕES ESCOLARES, 6., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Universidade Nove de Julho, 2009.
- MOREIRA, D. A. **Protocolo de Manchester na atenção primária a saúde**: visão de profissionais, usuários e gestores. 2014. 119 p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- NASCIMENTO, E. R. P. et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, 2011.
- NASI, C. et al. O trabalho da equipe orientado pelas motivações dos usuários no CAPSad: estudo fenomenológico. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 3239-3248, 2015.
- NATHAN, S.; STEPHENSON, N.; BRAITHWAITE, J. Sidestepping questions of legitimacy: how community representatives manoeuvre to effect change in a health service. **Health**, London, v. 18, n. 1, p. 23-40, Jan. 2014.
- NAZIAZENO, E. L. A moderna sociedade tecnológica em confronto com o princípio fundamental do direito à desconexão ao trabalho. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 2012. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/39736/a-moderna-sociedade-tecnologica-em-confronto-com-o-principio-fundamental-do-direito-a-desconexao-ao-trabalho>>. Acesso em: 29 set. 2016.
- OLIVEIRA, K. K. D. et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, São Paulo, v.17, n. 1, p. 148-156, 2013.
- OLIVEIRA, A.; LOPES, S.; LUZ, V. **O paradigma biomédico e holístico face aos cuidados de enfermagem**. 2013. 70 p. Monografia (Licenciatura em Enfermagem) - Universidade do Mindelo, Cabo Verde, 2013.
- OLIVEIRA, I. B. de. Artes de curar e modos de viver na geografia do cangaço. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 18, n. 3, p. 745-756, set. 2011.
- PEREIRA, C. D. F. D. et al. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, Rio Grande do Norte, v. 2, n. 4, p. 29-37, 2012.
- PEREIRA, E. S. S. L.; SILVA, A. C. C. Impactos das mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde: o que diz a literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 2, n. 1, p. 209-224, dez. 2013.
- PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009.
- PIRES, D. E. P. et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 157-168, mar. 2012.
- PIRES, D. E. P. et al. **New technologies and workloads of health care professionals**. [S.l.: s.n.], 2014. 13 p.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 254 p.

PORTO, A. R. et al. Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 32, n. 1, p. 72-79, 2014.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 464 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, 2014-2017**. Divinópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. Disponível em: <www.divinopolis.mg.gov.br/>. Acesso em: 12 fev. 2016.

PRZENYCZKA R. A.; LENARDT, M. H.; LACERDA, V. A. M. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 27-31, abr./jun. 2012.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, nesp. 2, p. 61-7, 2012.

ROCHA, E. S. B. et al. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão, Preto, v. 20, n. 2, p. 1-9, abr./maio 2012.

SAKAI, A. M. et al. Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 17, n. 2, p. 233-241, 2016.

SAMPAIO, D. M. N.; VILELA, A. B. A.; PIRES, V. M. M. M. Processo de trabalho em saúde com ênfase na enfermagem: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico. **Revista Saúde.com**, Bahia, v. 8, n. 2, p. 61-68, 2012.

SANTOS, D. S. **O cotidiano de um serviço de urgência e emergência nos discursos de usuários e trabalhadores**. 2015. 96 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SCHMIDT, M. L. S. Produções táticas de usuários e trabalhadoras de programa de saúde mental: estudo etnográfico num centro de saúde escola da zona oeste de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1084-1093, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS-MG - SEMUSA. 2014. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

SILVA, K. F.; LYRIO, K. A.; MARTINS, N. S. Michel de Certeau e educação. **Pró-Discente: caderno de produções acadêmico-científico**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 63-74, 2011.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, p. 121-128, 2012. Suplemento.

SILVA, S. M.; RAMOS, M. Z. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 693-714, 2014.

- SOLIMEO, S. L. et al. Medical homes require more than an EMR and aligned incentives. **The American Journal of Managed Care**, Old Bridge, v. 19, n. 2, p. 132-40, Feb. 2013.
- SOUSA, T. S. A. et al. Acolhimento com classificação de risco: a voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 3, p. 212-20, set./dez. 2013.
- _____. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2011.
- _____. et al. Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências. **Investigación Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 1, p. 78-86, Jan./Apr. 2014.
- SOUZA, C. C.; ARAUJO, F. A.; CHIANCA, T. C. M. Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester Triage System (MTS) protocol: a integrative literature review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144-151, fev. 2015.
- SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 581-586, out./dez. 2008.
- SPRANDEL, L. I. S.; VAGHETTI, H. H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 794-802, out./dez. 2012.
- STOVER-BAKER, B.; STAHLMAN, B.; POLLACK, M. Triage nurse prediction of hospital admission. **Journal of Emergency Nursing**, East Lansing, v. 38, n. 3, p. 306-310, May 2012.
- SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-82, jan./mar. 2015.
- SZOTTA, K. Remaking hospital space: the health care practices of injection drug users in New York City. **The International Journal on Drug Policy**, Liverpool, v. 25, n. 3, p. 650-652, May 2014.
- THOFEHRN, M. B. et al. Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 141-146, jan./mar. 2014.
- ULHÔA, M. L. et al. A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. **Revista Gestão Organizacional**, v. 3, n. 1, p. 99-118, jan./jun. 2010.
- UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA. PAC, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento>>. Acesso em: 15 mar. 2016.
- VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 167-175, jun. 2012.
- VERSA, G. L. G. S. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da dimensão resultado na perspectiva de trabalhadores. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 85-92, jan./mar. 2016.

_____. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 21-28, set. 2014.

VITURI, D. W. et al. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1-9, set./out. 2013.

WEYKAMP, J. M. et al. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 16, n. 3, p. 327-336, maio/jun. 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.

ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 358-365, abr./jun. 2010.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº _____ Data: ____/____/____

Dados de Identificação – Enfermeiro: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____

Sexo: M () F ()

Estado civil:

Solteiro (a) () Casado (a) () Viúvo (a) () Separado/divorciado(a) ()

Outros ()

Salário: _____

Escolaridade: _____

Especialização: () Sim: _____ () Não

Mestrado: () Sim: _____ () Não

Doutorado: () Sim: _____ () Não

Há quanto tempo você se formou? _____

Há quanto tempo trabalha como enfermeiro? _____

Há quanto tempo trabalha na classificação de risco? _____

Como iniciou o trabalho na classificação de risco?

Houve indicação de alguma pessoa para esse trabalho?

Houve algum tipo de seleção?

Fale-me sobre o seu processo de capacitação para a realização desse trabalho

Quais são as finalidades do seu trabalho?

Quais são os objetos do seu trabalho?

Quais são os instrumentos utilizados na realização do seu trabalho?

Quais são os agentes do seu processo de trabalho?

Qual é ou são os produtos finais do seu trabalho?

Gostaria de acrescentar algo mais sobre o seu processo de trabalho?

Fale sobre o seu cotidiano no Acolhimento com Classificação de Risco

Fale sobre as práticas que realiza em seu cotidiano

Você gostaria de acrescentar algo sobre o seu cotidiano de trabalho?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada: “**Processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco no setor de emergência**”, a ser desenvolvida pelo DINTER-UFMG/UFSJ (Doutorado Interinstitucional entre a Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal de São João Del Rei). Trata-se de uma tese de Doutorado de Hosana Ferreira Rates, sob a orientação da Professora Dr^a Marília Alves da Escola de Enfermagem da UFMG. Esta pesquisa se justifica pela proposta de reorganização da área de urgência e emergência através da mudança do processo de trabalho com a implantação do acolhimento com classificação de risco utilizando o sistema de Manchester em todas as unidades de urgência e emergência do Estado de Minas Gerais. O estudo tem por objetivo analisar o processo de trabalho do enfermeiro no setor de classificação de risco nas unidades de urgência e emergência na Macrorregião Oeste de Minas Gerais que utilizam o Sistema Manchester de forma contínua. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será por meio de observação direta e entrevista individual. Sua colaboração é voluntária e muito importante para a realização desta pesquisa. Ao ser entrevistado (a) você responderá questões referentes ao seu trabalho realizado na unidade. Acreditamos que a entrevista não irá causar maiores riscos; com exceção do incômodo de ser observado, que será minimizado garantindo o anonimato e sigilo das informações. Assim, mediante sua autorização, as entrevistas serão gravadas com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações, ficando à sua disposição caso queira ouvi-la. O material será guardado por cinco anos e utilizado apenas para fins científicos e, após esse período será destruído. Salientamos que este projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG). Em qualquer fase da pesquisa você poderá fazer perguntas, esclarecer dúvidas, recusar a responder as questões e ainda retirar o seu consentimento sem nenhum ônus ou prejuízo. O não consentimento quanto a sua participação no estudo não lhe implicará em nenhum tipo de restrição institucional. Espera-se que os resultados contribuam para a consolidação de ações políticas sobre a reorganização da área de urgência/emergência no Estado de Minas Gerais, melhorar suas condições de trabalho, proporcionar uma assistência de saúde mais justa e humana, fornecer subsídios para o ensino e fomentar a produção científica na área. Se estiver de acordo favor assinar o presente Termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Prof. Dra. Marília Alves

Doutoranda Hosana Ferreira Rates

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Eu, _____, portador do documento de identidade _____, fui informado dos objetivos desta pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário.

Assinatura do participante: _____
_____, ____ de _____ de 20__

Nome da pesquisadora: Hosana Ferreira Rates Tel: (37) 8414-7544

Orientadora: Prof^a Dr^a Marília Alves Tel: (31) 3409-9849

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627, Unidade Administrativa II, 2° andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31.270-901. Tel: (31) 3409-4592

APÊNDICE C - DIÁRIO DE CAMPO

Pesquisadora: Hosana Ferreira Rates

Data: ___/___/_____

Unidade: _____

Horário: _____

Período de observação: _____

Observação realizada:

- descrição dos locais

- descrição dos sujeitos

- descrição das atividades

- diálogos/escuta (informante/equipe/usuário)

- conversas informais (informante/pesquisadora)

- descrição de eventos especiais

Impressões da pesquisadora:

ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO (RESPONSÁVEIS PELO SERVIÇO DE UE EM DIVINÓPOLIS)



**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**



Divinópolis-MG., 26 de maio de 2014.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Lúcia Aparecida Manoel de Faria - Gerente de Recursos Humanos e eu Cristiane Silva Joaquim, Diretora de Urgência e Emergência da Prefeitura Municipal de Divinópolis, autorizamos a realização da pesquisa: **“Processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco no setor de emergência”**, nos serviços de urgência de Divinópolis. Afirmamos que fomos devidamente orientadas sobre as finalidades do estudo, bem como da utilização dos dados obtidos exclusivamente para fins científicos, sendo que, segundo nos foi assegurado, os nomes dos informantes da pesquisa serão mantidos em anonimato.

A pesquisa será realizada na Rede Municipal de Saúde de Divinópolis.
Autorizamos a citação do município.

Lucia Aparecida Manoel de Faria
(Gerente de Recursos Humanos)

Cristiane Silva Joaquim
(Diretora de Urgência e Emergência)

Cristiane Silva Joaquim
Diretora de Atenção
Urgência e Emergência
Matrícula: 5708233

**ANEXO B - APROVAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA
DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA**

Parecer nº 09/2014-ENA

Interessadas: Hosana Ferreira Rates (Doutoranda)
Profª Drª Marília Alves (Orientadora)

Projeto: “Processo de Trabalho do Enfermeiro no acolhimento com classificação de risco no setor de emergência”.

Relatora: Profª Kátia Ferreira Costa Campos

Histórico

Recebi em 22 de Abril de 2014 o projeto supracitado, enquanto membro suplente da Câmara Departamental do ENA, para análise e emissão de parecer.

Mérito

A autora atua em uma Unidade de Emergência e problematiza a implantação do acolhimento com classificação de risco nesse setor, onde o enfermeiro é colocado como profissional responsável com autonomia para a tomada de decisão, o que afirma gerar tensões e conflitos relacionadas a hierarquização de trabalhos e fazeres dos membros da equipe da UE, já que a avaliação do paciente é deslocada para o enfermeiro, e antes o modelo desse atendimento era médico-hegemônico.

Afirma que a intervenção política de implantação do acolhimento com classificação de risco pode provocar mudanças no processo de trabalho com possibilidades de repercussão técnica, estrutural, organizacional e relacional, e associa essa questão com a construção social das redes de atenção à saúde.

Tem como pergunta norteadora: “Como os enfermeiros estão vivenciando o processo de trabalho de implementação do acolhimento com classificação de risco nesse novo modelo de construção social de redes de atenção à saúde?”

E como objetivo geral “Analisar o processo de trabalho do enfermeiro no setor de classificação de risco nas unidades de UE da macrorregião Oeste de Minas Gerais que utilizam o Sistema Manchester de forma contínua.”

Como objetivos específicos: "Conhecer as finalidades do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR nas unidades de UE; Conhecer os objetos do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR nas Unidades de ACCR nas Unidades de UE; Conhecer os meios utilizados na realização do trabalho do enfermeiro no ACCR nas unidades de UE; Conhecer os agentes do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR nas unidades de UE; Conhecer o produto final do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR nas unidades de UE."

A pesquisadora apresenta fundamentação teórica adequada, demonstrando a importância do tema no contexto atual de trabalho do enfermeiro nas Unidades de Emergência.

O desenho metodológico proposto apresenta coerência entre esse e os objetivos propostos. Os procedimentos para coleta e análise dos dados foram descritos de forma detalhada e clara. A pesquisadora informa que os procedimentos éticos previstos para a pesquisa com seres humanos serão respeitados, constando nos anexos o TCLE de forma coerente a referida resolução, com os detalhamentos necessários. Consta ainda no anexo os roteiros a serem utilizados na coleta de dados.

O projeto traz uma temática atual, pertinente e relevante para a discussão do trabalho do enfermeiro nas UE, e o resultado da análise proposta, do processo de trabalho do enfermeiro na classificação de risco, poderá trazer contribuições importantes para a enfermagem e para o atendimento de emergência, e certamente contribuirá para avanços na organização do processo de trabalho nesse nível assistencial.

Conclusão

Assim sendo, s.m.j., sou pela aprovação do projeto de pesquisa "Processo de Trabalho do Enfermeiro no acolhimento com classificação de risco no setor de emergência".

Belo Horizonte, 24 de abril de 2014.


Profª Kátia Ferreira Costa Campos
Relatora

Aprovado em reunião de Câmara do
Departamento de Enfermagem Apli-
cada/ENA em 30/04/14.


Profª Drª Kênia Lara Silva
Subchefe do Deptº de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem UFMG

ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

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

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SETOR DE EMERGENCIA

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33125014.0.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 799.271

Data da Relatoria: 19/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa qualitativa com o modelo de estudo de caso. Será avaliado o funcionamento do acolhimento com classificação de risco (ACCR) realizado por enfermeiros em hospitais de três municípios, de alta, média e baixa densidade demográfica da Macrorregião Oeste de Minas Gerais. A avaliação será baseada em observação direta do enfermeiro durante o atendimento e em entrevista semi-estruturada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o processo de trabalho do enfermeiro no setor de ACCR nas unidades de UE da Macrorregião Oeste de Minas Gerais que utilizam o Sistema Manchester de forma contínua.

Objetivos Secundários: Conhecer as finalidades do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR nas unidades de UE; Conhecer os objetos do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR nas unidades de UE; Conhecer os instrumentos utilizados na realização do trabalho do enfermeiro no ACCR nas unidades de UE; Conhecer os agentes do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR nas unidades de UE; Conhecer o produto final do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR nas unidades de UE.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 799.271

7- Pedido de permissão para gravação das entrevistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentam: folha de rosto devidamente assinada pela pesquisadora e pela Diretora da Escola de Enfermagem; projeto de pesquisa no modelo da Plataforma Brasil e no modelo da PG de origem; parecer consubstanciado aprovado em Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada, TCLE, roteiro de entrevista, diário de campo, anuência das três prefeituras onde o estudo será desenvolvido.

Recomendações:

Solicita-se a substituição no texto do TCLE "sendo que uma cópia ficará em seu poder" por "sendo que uma via ficará em seu poder", pois a palavra cópia pressupõe um documento não original.

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto "O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SETOR DE EMERGENCIA" da Pesquisadora Profa Dra. MARILIA ALVES.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**ANEXO D - CONSOLIDADO DE ATENDIMENTOS NO PERÍODO DE 01/01/2015 A
31/01/2015 NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE DIVINÓPOLIS-MG**

Consolidado de Atendimentos

Data de Entrada de 01/01/2015 Até 31/01/2015

1º Turno

**Sis - Sistema Integrado de Saúde
Semusa-Secretaria Municipal de Saúde**
Data de Impressão 06/02/2015 Página : 1/ 1

Clínica Médica									
Feminino	1.594	56.4000	%						
Masculino	1.232	43.6000	%						
						2.826	46.28	%	
Ortopedia									
Feminino	394	39.7200	%						
Masculino	598	60.2800	%						
						992	16.25	%	
Ortopedia									
Feminino	237	34.9000	%						
Masculino	442	65.1000	%						
						679	11.12	%	
Urgência									
Feminino	43	43.4300	%						
Masculino	56	56.5700	%						
						99	1.62	%	
Urgência/Medicação									
Feminino	161	48.7900	%						
Masculino	169	51.2100	%						
						330	5.40	%	
Odontologia									
Masculino	2	100.0000	%						
						2	0.03	%	
Raio X									
Feminino	2	100.0000	%						
						2	0.03	%	
Clínica Pediatria									
Feminino	401	46.3600	%						
Masculino	464	53.6400	%						
						865	14.17	%	
Enfermeiro(a)									
Feminino	26	38.8100	%						
Masculino	41	61.1900	%						
						67	1.10	%	
Otorrinolaringotologia									
Feminino	1	50.0000	%						
Masculino	1	50.0000	%						
						2	0.03	%	
Neurologia									
Feminino	17	33.3300	%						
Masculino	34	66.6700	%						
						51	0.84	%	
Assistente Social									
Feminino	64	45.3900	%						
Masculino	77	54.6100	%						
						141	2.31	%	
Urgência - Ficha Reduzida									
Feminino	1	33.3300	%						
Masculino	2	66.6700	%						
						3	0.05	%	
Buco Maxilo									
Feminino	15	31.9100	%						
Masculino	32	68.0900	%						
						47	0.77	%	
Total de Atendimentos	6.106								
Total Masculino	3.150		51.59 %						
Total Feminino	2.956		48.41 %						

Relatório de Atendimento

Período: 01/01/2015 Até 31/01/2015

URNO

Sis - Sistema Integrado de Saúde
Semusa-Secretaria Municipal de Saúde

Data de Impressão 06/02/2015 Página : 1 / 1

Atendimento Médico				1,365	51.68	%
Masculino	806	59.0500	%			
Feminino	559	40.9500	%			
Atendimento Especializado				322	12.19	%
Masculino	135	41.9300	%			
Feminino	187	58.0700	%			
Atendimento Urgência				396	14.99	%
Masculino	124	31.3100	%			
Feminino	272	68.6900	%			
Atendimento Urgência				60	2.27	%
Masculino	24	40.0000	%			
Feminino	36	60.0000	%			
Atendimento Vacinação/Medicacão				69	2.61	%
Masculino	39	56.5200	%			
Feminino	30	43.4800	%			
Atendimento Pediatria				408	15.45	%
Masculino	195	47.7900	%			
Feminino	213	52.2100	%			
Atendimento Farmácia				4	0.15	%
Masculino	2	50.0000	%			
Feminino	2	50.0000	%			
Atendimento Radiologia				10	0.38	%
Masculino	3	30.0000	%			
Feminino	7	70.0000	%			
Atendimento Urgência - Ficha Reduzida				6	0.23	%
Masculino	3	50.0000	%			
Feminino	3	50.0000	%			
Atendimento Otorrinolaringologia				1	0.04	%
Masculino	1	100.0000	%			
Total de Atendimentos	2,641					
Total Masculino	1,310	49.60	%			
Total Feminino	1,331	50.40	%			

ANEXO E - ATENDIMENTOS REALIZADOS NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO- DIVINÓPOLIS, MG; NO PERÍODO DE 01/01/2015 A 31/01/2015

