

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional

TAYNARA VALÉRIO DOS SANTOS

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A
COMPREENSÃO DE USUÁRIOS DO SUS EM HOSPITAL DE
GRANDE PORTE NA CIDADE DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional

TAYNARA VALÉRIO DOS SANTOS

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A
COMPREENSÃO DE USUÁRIOS DO SUS EM HOSPITAL DE
GRANDE PORTE NA CIDADE DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

São Paulo

2021

Santos, Taynara Valério dos

Classificação de risco e educação em saúde: a compreensão de usuários do SUS Em hospital de grande porte na cidade de São Paulo /
Taynara Valério dos Santos - São Paulo, 2021.

x, 71 p.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências.

Título em inglês: Risk classification and Health Education: the understanding of SUS users in large hospital in the city of São Paulo

1. Classificação de Risco. 2. Educação em saúde. 3. Enfermagem em Emergência. 4. Serviço Hospitalar de Emergência.

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde

Diretor da Escola Paulista de Enfermagem

Prof. Dr. Alexandre Pazetto Balsanelli

Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Linha de Pesquisa:

Educação em Saúde

Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em

Ensino em Ciências da Saúde:

Prof^a. Dr^a. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

TAYNARA VALÉRIO DOS SANTOS

Classificação de Risco e Educação em Saúde: a compreensão dos usuários do SUS em hospital de grande porte na cidade de São Paulo

Presidente da banca:

Prof^a. Dr^a. Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert
(Orientadora – Universidade Federal de São Paulo – Unifesp)

Membros Titulares:

Prof^a. Dr^a. Ieda Aparecida Carneiro
(Hospital São Paulo – Unifesp)

Prof^a. Dr^a. Joelma dos Santos Bernardes
(Universidade Federal de Uberlândia – UFU)

Prof^a. Dr^a. Patrícia Tavares dos Santos
(Universidade Federal de Goiás – UFG)

Membro Suplente:

Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Oliveira Freitas (Suplente)
(Universidade Federal de São Paulo – Unifesp)

Educar é viajar no mundo do outro, sem nunca penetrar nele. É usar o que passamos para transformar no que somos.

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos...

Em primeiro lugar a Deus, e a todo contexto de fé e espiritualidade que rege o universo, na busca de sustentar a nós – seres humanos, que dançam a música da vida mundo afora.

Logo na sequência aos meus queridos pais, *Fátima e Manoel*, que sempre deram todo suporte e apoio possível na minha trajetória profissional e acadêmica. Sempre se fizeram tão presentes e amorosos, mesmo quando longe.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Otilia Seiffert, que me acolheu com tanto carinho e paciência, e me ajudou de forma tão competente a transformar minhas ideias em uma pesquisa concreta. Agradeço imensamente por compartilhar comigo de forma tão generosa tantos ensinamentos.

Ao Hospital São Paulo, que me acolheu profissionalmente e que através do SUS consegue exercer assistência à saúde com excelência e humanidade, apesar das adversidades.

A todos os pacientes que atendo diariamente no Pronto-socorro geral do Hospital São Paulo, em especial àqueles que inspiraram o tema central desse trabalho. Para além daqueles que inspiraram, a todos os usuários do SUS que frequentam o Hospital São Paulo e aceitaram a participar dessa pesquisa, e tornaram possível o desenvolver dessa dissertação de mestrado.

A todos os professores do CEDESS – Unifesp, que através de valiosas disciplinas nos guiaram tão bem num processo de aprendizagem crítica e reflexiva, e que transformam pessoas e profissionais diariamente.

A minha querida banca: Profa. Dra. Maria Aparecida, Profa. Dra. Ieda Carneiro, Profa. Dra. Patrícia Tavares, por tantas contribuições importantes,

por doarem seu tempo e reflexões, sem vocês esse trabalho não seria possível. Atenciosamente à professora Cida, obrigada por suas considerações resolutivas e interessantes!

Especialmente a querida Professora Ieda, diretora de enfermagem do Hospital São Paulo, que exerce sua função de maneira sublime e foi fundamental no desenvolvimento desse projeto.

A minha gerente de enfermagem do Pronto-socorro geral Katilene Pereira, que me apoiou no andamento desse trabalho, e com tanto primor administrou – até a sua licença maternidade, esse setor tão querido.

A todos os colegas da turma 2019 do Mestrado Profissional CEDESS – Campus São Paulo, que foram verdadeiros companheiros, dividindo angústias, dúvidas e compartilhando saberes ao longo desses dois anos.

A todos os profissionais de saúde e educadores brasileiros, que em tempos tão sombrios puderam salvar e transformar vidas. Continuem resistindo.

Por último, com muito amor, a minha querida tia Maria Sônia Juvêncio, minha segunda mãe, que tanto vibrou meu percurso profissional, e que infelizmente não sobreviveu a pandemia do Covid-19.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A Classificação de Risco (CR) é um importante instrumento utilizado pelo enfermeiro na identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. O atendimento deve ser priorizado pela gravidade clínica e não pela ordem de chegada ao serviço, e por muitas vezes os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que procuram atendimento de urgência demonstram uma falta de compreensão deste processo. **Objetivo:** Analisar a compreensão dos usuários do SUS acerca da Classificação de Risco num serviço público de urgência e emergência em São Paulo. **Percurso metodológico:** O percurso metodológico compreende a triangulação das seguintes metodologias: o Método da Problematização e a Ciência da Implementação. O Método da Problematização parte da premissa de observar a realidade e transformá-la, levando a ciência de uma forma adaptada àquele contexto; e a Ciência da Implementação possui pressupostos semelhantes, com intuito mais específico de levar a prática baseada em evidência aos serviços de saúde, buscando integrar ciência na prática cotidiana. Este trabalho foi realizado no Hospital São Paulo, hospital universitário (HU) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), onde deu-se início a uma pesquisa empírica com aplicação de entrevistas semiestruturadas que ocorreram entre maio e junho de 2021, a fim de identificar o perfil dos usuários do SUS que procuram atendimento nesse serviço, e levantar suas dúvidas e percepções sobre a CR. **Resultados:** Os resultados evidenciaram: não associação da CR com o tempo de espera baseado na divisão por cores, determinada pelo protocolo desse serviço (ex: Verde = pouco urgente – tempo de espera para atendimento médico até duas horas; Amarelo = urgente – tempo de espera para atendimento médico de até uma hora); insatisfação quanto ao tempo de espera para atendimento médico, evidenciando que o mesmo ultrapassa o limite de espera previsto; queixam-se de não serem orientados pelo enfermeiro que realiza a classificação de risco sobre o tempo de espera pré-determinado para atendimento médico; ausência de clareza nas informações sobre o tempo de espera, o seu quadro de saúde e também sobre os próprios processos desse hospital. Os pacientes sugerem estratégias de melhoria no que diz respeito ao acesso às informações ao usuário sobre o tempo de espera para atendimento médico determinado na CR. **Conclusão:** Os resultados ancoraram a elaboração de uma proposta educativa com o intuito de contribuir para solucionar as dúvidas dos usuários do SUS acerca do atendimento da CR, buscando melhorar seu acolhimento.

Palavras-chave Classificação de Risco; Educação em saúde; Enfermagem em Emergência; Serviço Hospitalar de Emergência.

ABSTRACT

Introduction: The Risk Classification (CR) is an important instrument used by nurses to identify patients who need immediate treatment, according to the risk potential, health problems or degree of suffering. Care should be prioritized by clinical severity and not by order of arrival at the service, and users of the Unified Health System (SUS) who seek urgent care often demonstrate a lack of understanding of this process. **Objective:** To analyze the understanding of SUS users about Risk Classification in a public urgent and emergency service in Sao Paulo. **Methodological path:** The methodological path comprises the triangulation of the following methodologies: the Problematization Method and the Science of Implementation. The Problematization Method is based on the premise of observing reality and transforming it, taking science in a way adapted to that context; and the Science of Implementation has similar assumptions, with a more specific aim of bringing evidence-based practice to health services, seeking to integrate science into everyday practice. This work was carried out at Hospital Sao Paulo, a university hospital (HU) of the Federal University of São Paulo (Unifesp), where an empirical research began with the application of semi-structured interviews that took place between May and June 2021, in order to identify the profile of SUS users who seek care in this service, and raise their doubts and perceptions about CR. **Results:** The results showed: no association of CR with the waiting time based on the division by colors, determined by the protocol of this service (eg: Green = little urgent - waiting time for medical care up to two hours; Yellow = urgent - time of waiting for medical care of up to one hour); dissatisfaction with the waiting time for medical care, showing that it exceeds the expected waiting limit; complain about not being guided by the nurse who performs the risk classification about the predetermined waiting time for medical care; lack of clarity in the information about the waiting time, their health status and also about the processes of this hospital. Patients suggest improvement strategies with regard to access to information to the user about the waiting time for medical care determined in the CR. **Conclusion:** The results supported the elaboration of an educational proposal in order to contribute to solving the doubts of SUS users about the care provided by CR, seeking to improve their reception.

Key-words: Risk Classification; Health Education; Emergency nurse; Emergency service.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	vi
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS	xii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	xiii
LISTA DE ABREVIações	xiv
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Ponto de partida.....	1
2 OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo Geral.....	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO	6
3.1 Os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência no SUS	6
3.2 A Classificação de Risco	10
3.3 Educação em Saúde.....	14
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	19
4.1 Fundamentos.....	19
4.1.1 Método da Problematização	19
4.1.2 Ciência da Implementação.....	22
4.2 Procedimentos	25
4.2.1 O Hospital São Paulo.....	25
4.2.2 A Classificação de Risco do HSP	30
4.2.3. Pesquisa Empírica	33
4.2.4 A Elaboração do instrumento de coleta de dados.....	34
4.2.5 Análise de Dados	37
4.2.6 Procedimentos Éticos	38
4.2.7 Limitações da pesquisa	38
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 Perfil sociodemográfico de usuários e o acesso ao serviço	40
5.2 Sobre a Classificação de Risco.....	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	50

APÊNDICES.....	56
APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO / ROTEIRO DE PESQUISA	56
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	58
ANEXOS	61
ANEXO 1 – Autorização da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa (CoEPe).....	61
do HSP.....	61
ANEXO 2 – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)	62
da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	62

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 – Número de internações HSP 2020	33
Tabela 1 – Dados sócio-demográficos e de acesso ao serviço	42

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – O Arco de Maguerez	20
Figura 2 – Estrutura física e unidades por ala andar do HSP	33
Imagem 1 – Foto da sala de espera do PSG HSP	35
Imagem 2 – Foto da sala de classificação de risco	36

LISTA DE ABREVIações

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEDESS	Centro de Desenvolvimento para o Ensino Superior em Saúde
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CoEPe	Coordenadoria de Ensino e Pesquisa
COREME	Coordenação de Residência Médica
COREMU	Coordenação de Residência Multiprofissional
CR	Classificação de Risco
CROSS	Central de Regulação de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo
EPE	Escola Paulista de Enfermagem
EPM	Escola Paulista de Medicina
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo
HSP	Hospital São Paulo
LFS	Letramento Funcional em Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PROEX	Pró-reitoria de Extensão Universitária
PSG	Pronto Socorro Geral
QualiSUS	Qualificação de Gestão do SUS
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Sala de Emergência
SPDM	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
STM	Sistema de Triagem Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Ponto de partida

O interesse pelo tema proposto surge a partir da minha prática profissional no Hospital São Paulo – Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, junto ao meu interesse sobre o atendimento às urgências e emergências.

Minha trajetória na enfermagem começa em 2012 com a minha aprovação no vestibular da Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), onde cursei quatro anos de curso na cidade de Botucatu. Desde lá, eu já me interessava por pesquisa, onde participei de diversos projetos de extensão com apoio da Pró-reitoria de Extensão Universitária e Cultura (PROEX), e de projetos de iniciação científica com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP).

No ano da minha formatura da universidade em 2015, os (as) alunos (as) eram imersos num cenário de prática em saúde para realizar o estágio curricular supervisionado, etapa obrigatória para conclusão do curso. Adentrei no universo do Pronto-socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu, o Hospital Universitário da UNESP. A partir daí, o meu encanto pela atuação em emergência só fez crescer.

Após formada, participei do programa de residência uniprofissional em Urgência Emergência no Hospital Sírio Libanês (2016-2018). Trabalhei como enfermeira assistencial em cuidados críticos cardiológicos no Hospital IGESP (2018), e logo na sequência comecei a fazer parte do quadro de funcionários do Hospital São Paulo (HSP) (2018) em regime celetista, como enfermeira assistencial no Pronto-Socorro Geral (PSG). Nesse meio tempo, prestei o concurso público da UNIFESP (2018) para o cargo de enfermeira, e fui nomeada como servidora pública em dezembro de 2020. Continuei atuando como enfermeira assistencial do PSG HSP, onde me encontro até o presente momento.

Em 2019 atuando como enfermeira nesse serviço, conheci o Programa do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da UNIFESP. Imediatamente considerei ser o momento de voltar a explorar e desenvolver o meu lado acadêmico na profissão. Ao realizar a inscrição no processo seletivo do Mestrado escolhi a linha de Educação em Saúde, na qual inseri um ante-projeto de pesquisa, pensando no meu ambiente de prática profissional. Ao ser aprovada, dou início a essa fase desafiadora e importante da minha vida profissional com o desenrolar desta dissertação.

Atualmente o HSP é um hospital terciário, de grande porte e alta complexidade, que atende prioritariamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Por ser um hospital universitário de referência na rede de atenção à saúde, comporta as mais diversas especialidades dos vários departamentos da Escola Paulista de Medicina (EPM) da UNIFESP, e também do atendimento multiprofissional das demais escolas em ciências da saúde, como por exemplo Enfermagem e Biomedicina.

Para que os pacientes tenham um direcionamento adequado e garantam sua segurança, considerando suas queixas junto aos sinais/sintomas apresentados no contato inicial, existe a Classificação de Risco (CR). É o método utilizado nas portas de entrada dos serviços de Urgência e Emergência e executado pelo enfermeiro, organizando os diferentes níveis de gravidade e especialidades médicas. Também vale ressaltar que esse método é considerado indicador de qualidade e regulamentação de Hospitais de grande porte, segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011).

De acordo com as estatísticas do Sistema de consulta gerencial do HSP, no ano de 2019 a média mensal de pacientes que passaram pela classificação de risco do HSP é de 11.538 pessoas por mês, sendo o mês de maior impacto outubro, com 12.570 pessoas classificadas, e o mês de menor impacto fevereiro, com 10.034 pessoas classificadas pelo enfermeiro neste serviço de Urgência e Emergência. Em 2020, 109.569 pessoas foram classificadas por enfermeiros no PSG do HSP. (Sistema de consulta de gerencial do Hospital São Paulo: banco de

dados. Disponível em: <https://portal.huhsp.org.br/portal>. Acesso em: 15 de março, 2021)

Como enfermeira assistencial, a CR faz parte da escala na rotina em que estou inserida no Pronto-Socorro. Os demais enfermeiros e eu, que prestamos atendimento nesse serviço de urgência e emergência, somos responsáveis por receber e acolher os pacientes da porta de entrada, fazer uso de escuta qualificada, aferir sinais vitais e então, considerando sua história clínica, classificar o paciente para uma determinada especialidade médica, num determinado tempo de espera, que vai de imediato à não urgente.

A partir da minha relação com os usuários do SUS, que buscam o Pronto-Socorro como porta de entrada ao serviço de saúde, comecei a evidenciar a falta de compreensão dos mesmos em relação ao método utilizado para organizar essa demanda da porta de entrada. Grande parte dos pacientes anseiam que o atendimento seja realizado da forma mais ágil possível, porém sem levar em consideração que cada usuário do SUS possui uma diferente demanda, e que o tempo de espera também é distinto para cada caso.

É importante neste ponto também citar que o conhecimento sobre a CR é inerente ao processo de trabalho dos profissionais da saúde e próprio dessa área; as informações nos serviços de atenção à saúde em relação a normas, métodos e condutas são pouco difundidas (RONCALLI *et al.*, 2017). Por esse motivo, noto no meu cotidiano como enfermeira ser comum os pacientes se sentirem inseguros com a classificação realizada pelo enfermeiro. O sentimento de insegurança, junto ao seu sofrimento diante da condição clínica e o anseio para atendimento médico, deixa fragilizada a relação profissional da saúde x usuário do SUS nesta porta de entrada.

A CR é um instrumento de impacto direto à saúde dos usuários do SUS na porta de entrada dos serviços de saúde, visto que através dela é possível perceber num primeiro momento, os riscos e gravidade de cada caso, além de realizar a vigilância clínica do doente até o momento do atendimento médico propriamente dito, supervisionando e recepcionando as pessoas que procuram auxílio à sua

saúde. É importante também citar que a CR de cada serviço de urgência é possui suas particularidades, de acordo com a própria demanda do local.

O fato do PSG do HSP ser um serviço de urgência que sofre com a questão da superlotação, corrobora para que as reclamações sejam muito frequentes. O ambiente de urgência e emergência dos serviços públicos por si só, tende a ser caótico e pouco acolhedor, e junto com a proporção inadequada do número pacientes para quantidade de recursos humanos e tecnológicos, esses sentimentos costumam ser intensificados.

Por conta desse contexto, despertei o interesse em conhecer de forma aprofundada a dinâmica da CR nesse serviço hospitalar de Urgência e Emergência. Diante dessas inquietações que emergem no cotidiano do trabalho, delimito como problema da pesquisa da dissertação a seguinte questão:

Qual a compreensão de usuários do SUS de um hospital público na Cidade de São Paulo sobre a Classificação de Risco?

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a compreensão dos usuários do SUS acerca da Classificação de Risco num serviço de urgência e emergência de um hospital público e de grande porte na cidade de São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a demanda de usuários do SUS na porta de entrada de um serviço de urgência e emergência público e terciário;
- Identificar suas dúvidas, compreensão e satisfação a respeito da classificação de risco realizada pelo profissional enfermeiro.
- Elaborar uma proposta de intervenção educativa (produto) que possa orientar os usuários desse serviço de urgência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando a problemática desta investigação, faz-se necessário apresentar os referenciais que orientam a análise do objeto: Os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência no SUS, a Classificação de Risco e os fundamentos conceituais de Educação em Saúde.

3.1 Os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência no SUS

No SUS os modelos de unidades de atendimento a urgências e emergências, como Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e os Serviços Hospitalares de Emergência, estão entre as portas de entrada que dão acesso a indivíduos que necessitam de atendimento, mediante agravos de saúde agudos, clínicos e cirúrgicos. A demanda desse grupo de usuários no serviço público de saúde varia de acordo com a gravidade, onde alguns problemas podem ser fatais e necessitar de intervenção imediata (CAROLINA et al., 2016).

Uma revisão de literatura, realizada em 2018 por enfermeiros do estado do Mato Grosso do Sul (NETO et al., 2018), evidenciam os serviços de urgência como uma porta de entrada suplementar aos casos não solucionados ambulatorialmente, por diversos motivos, entre eles: difícil acesso ao serviço de atenção básica; falta de compreensão da importância do acompanhamento ambulatorial; grandes filas de espera para ter acesso a consultas médicas, etc. Muitas vezes, o indivíduo chega no serviço de urgência já descompensado clinicamente devido a esses problemas, necessitando de intervenções imediatas e frequentemente sem resolução do problema de base.

A maioria desses serviços financiados pelo dinheiro público funciona acima da sua capacidade, associado regularmente à escassez de materiais, profissionais sem capacitação, falta de recursos humanos, ausência de planejamento, falta de leitos para internação, excesso de demanda e também demanda inadequada. Alguns autores justificam a superlotação hospitalar a esses fatos, além da falta de

interação entre atenções primária, especializada e hospitalar. Isso tudo afeta diretamente a qualidade da assistência, da gestão e da saúde do trabalhador (JUNIOR et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2017).

É importante pontuar que, além de todos esses problemas, a superlotação explica-se também pela procura de pessoas em situações de urgência, juntamente com aquelas em condições de saúde não graves ou em circunstâncias de saúde que não cabem ao atendimento no serviço terciário, dificultando o estabelecimento de prioridades e aumentando o tempo de espera (JUNIOR et al., 2015).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) passa a se preocupar com a qualidade da assistência prestada aos casos de urgência e emergência nos serviços de saúde, desenvolvendo leis, cartilhas e manuais a fim de fornecer subsídio, conhecimento e respaldo aos profissionais responsáveis pelo contato inicial com a queixa primária dos indivíduos. Em 2002, o MS lançou a Portaria MS/GM nº 2048/2002, determinando a regulamentação técnica dos serviços de urgência e emergência no território nacional, a fim de: implantar redes hierarquizadas e regionalizadas; organizar e aperfeiçoar a assistência das unidades de urgência e emergência; articular os serviços; definir fluxos; promover investimento financeiro, etc (BRASIL, 2002).

A partir de 2003 com a ideia do Programa de Qualificação de Gestão do SUS (QualiSUS)¹, inicia-se o projeto para melhorar a formação de novas Redes de Atenção à Saúde, visando a integração dos serviços de saúde em diferentes territórios, regiões e níveis de atenção. Através do seu foco em melhoria da gestão e assistência, o QualiSUS também gerou apoio no financiamento de reformas em serviços de urgência e emergência, e junto com o MS realizaram diversas mudanças nos processos de trabalho destes locais (BITTENCOURT; HORTALE, 2010). O projeto se torna legalmente oficial a partir da portaria MS/GM nº396/2011(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

¹ QualiSUS – Estratégia de apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil no âmbito do SUS, a fim de qualificar a gestão e o cuidado em saúde. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. In: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

Em março de 2005 na cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, a situação de saúde local foi determinada em estado de calamidade pública por decreto presidencial, onde o MS assumiu a responsabilidade por alguns serviços locais, implementando os pressupostos do QualiSUS: implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); instalar a Central de Regulação de Urgência; organizar e melhorar a qualidade de atendimento dos hospitais através da classificação de risco e da presença de equipes horizontais nas salas de emergência; organizar a rede não hospitalar de urgência (BITTENCOURT; HORTALE, 2010).

O'Dwyer (2009), em sua tese de doutorado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), aprofundou seus estudos no funcionamento da rede de atenção às urgências. Dois anos após o início dos projetos influenciados pelo QualiSUS, essa estudiosa realizou uma pesquisa onde entrevistou chefes dos setores de emergência (médicos e enfermeiros), em hospitais brasileiros de quatro estados diferentes, evidenciando que em todos os hospitais apesar do apoio financeiro, ainda eram descritos problemas como: sobrecarga de trabalho em relação a baixa remuneração salarial; recursos humanos insuficientes; baixa qualificação dos profissionais e ausência de políticas de educação permanente; falta de integração dos pronto-socorros/pronto-atendimentos com o restante do hospital; regulação de leitos ineficiente; baixa resolutividade da atenção básica, etc. Apenas dois hospitais citaram espontaneamente influência direta do QualiSUS em seu serviços, o que também demonstra dificuldade na articulação das políticas de saúde com a assistência propriamente dita (DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Gusmão-Filho et al. (2010) lideraram um estudo que avaliou a implantação do QualiSUS em três hospitais gerais do município de Recife com portas de entrada de urgência e emergência, e classificou sua efetividade como intermediária, pois ainda apresentava problemas em relação a resolutividade diagnóstica e terapêutica, e também na normalização de condutas médicas e de enfermagem. Evidenciou-se também a necessidade da institucionalização da prática da avaliação em saúde, a fim de apoiar mudanças e ajustes na condução de programas públicos.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações temáticas e serviços de saúde que foram criadas para auxiliar no processo de regionalização do SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Dentre elas existe a Rede de Atenção às Urgências (RAU) que tem como foco ações especializadas: SAMU, Sala de Estabilização/Emergência (SE), UPAs 24h, Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar. A maioria desses serviços possui financiamento federal, onde a gestão e adequação técnica do sistema operacional devem ser avaliadas pelos entes subnacionais, e o custeio ser compartilhado de forma tripartite. Porém, Duarte e Mendes (2018) evidenciam em sua pesquisa que os recursos para cuidados especializados se concentram em municípios de maior centralidade, algumas vezes não há comprometimento adequado da parte dos entes subnacionais e também é grande a fragmentação dos repasses financeiros.

Em relação ao componente de Atenção Hospitalar, o financiamento das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda para especialidade, que por muitas vezes excedem seu limite estipulado politicamente, são de responsabilidade dos entes subnacionais e devem ser controlados pelos estabelecimentos hospitalares conforme suas particularidades (DUARTE; MENDES, 2018).

Através da Portaria MS/GM nº 1600/2011 foram estruturadas diretrizes para Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências instituiu a Rede Atenção às Urgências e Emergências (PNAU/RUE), descrevendo seus componentes, objetivos e operacionalização com vistas e constituição de uma rede complexa, com multiplicidade de pontos de atenção e tecnologias (BRASIL, 2011; PADILHA et al., 2018).

Um ponto relevante trata-se da região Metropolitana de São Paulo, que retrata a grande complexidade de integração no SUS. Esta região é composta por seis Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), em 39 municípios, e 19,9 milhões de habitantes num total, sendo a cidade de São Paulo uma RRAS específica. Nela, convivem redes de atenção estaduais e municipais, com culturas institucionais distintas e de baixa cooperação ente si, prejudicando o acesso à rede e a qualidade dos serviços de urgência (PADILHA et al., 2018).

Bittencourt e Hortale (2010) mostram numa revisão de literatura que a superlotação dos serviços de emergência hospitalar é considerada um fenômeno mundial e de causas consequenciais. Um dos principais indicadores da causa da superlotação se resume ao tempo de permanência no serviço hospitalar de urgência, que em geral é maior que o ideal, e poderia ser melhorado através de um bom desempenho organizacional. Para o baixo desempenho organizacional, seriam possíveis soluções: construção de serviços integrados, redefinição e integração das vocações assistenciais, releitura e repactuação dos fluxos e dos processos de trabalho nos diversos níveis do sistema (BITTENCOURT; HORTALE, 2010).

3.2 A Classificação de Risco

Por conta da alta demanda nos serviços de emergência as filas de espera são grandes, e todos os indivíduos que procuram atendimento são classificados de acordo com a gravidade da sua condição clínica, alteração de sinais vitais e contexto de saúde, de maneira a otimizar o tempo de espera através de um direcionamento adequado (CAROLINA et al., 2016). No Brasil, a classificação de risco (CR) se tornou legal a partir da Portaria MS/GM nº 2.048/2002, que além de servir como ferramenta de gestão e organização dos serviços de saúde em urgência e emergência, também propõe que o acolhimento dos usuários seja realizado de forma resolutiva e qualificada, de forma que os profissionais também tenham tais características (BRASIL, 2002).

O QualiSUS também mostrou a importância de utilizar protocolos validados na classificação de risco, e a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004 lançou a Diretriz do Acolhimento com Classificação de Risco, a fim de tornar essa prática menos mecânica e generalizada (MORENO *et al.*, 2018). Em 2009 foi lançada a Cartilha para Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, introduzindo aos profissionais uma forma de realizar a triagem de maneira humanizada, e mostrando o método de divisão por cores equivalente aos diferentes níveis de gravidade (BRASIL, 2009).

O Conselho Federal de Enfermagem em 2012, através da Resolução nº 423/2012, passa a considerar a classificação de risco e a priorização de atendimento nos serviços de urgência como privativa do enfermeiro (COFEN, 2012).

A classificação de risco se torna então, uma ferramenta baseada em protocolos com o intuito de: organizar a fila de espera com outro contexto que não seja o da ordem de chegada; garantir o atendimento mais rápido de indivíduos com alto risco de gravidade; comunicar ao paciente que não corre risco imediato, assim como aos seus familiares, sobre o tempo provável de espera; envolver os profissionais numa discussão de cuidado horizontalizado, compreendendo os princípios de ambiência e fazendo o possível para considerar todas as demandas dos pacientes (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar também que a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde de 2006, onde o segundo princípio assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para o seu problema, visa a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, é direito do indivíduo receber informações a respeito do seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e acompanhantes, de maneira compreensível e adaptada a sua condição social e cultural, em relação a todo o processo do seu atendimento (BRASIL, 2006).

Podemos então relacionar os direitos dos usuários citados nesse documento às informações apresentadas no momento do Acolhimento com Classificação de Risco, como por exemplo: direito a informações sobre hipóteses diagnósticas, que se relacionada a informar ao paciente a qual especialidade médica o mesmo será direcionado para continuidade do atendimento; assim como duração prevista do tratamento proposto, que se relaciona à necessidade de informar a média do tempo de espera para atendimento médico diante do seu nível de gravidade clínica naquele momento (BRASIL, 2006).

Várias escalas têm sido desenvolvidas e implementadas desde o início da década de 1990 em muitos países para fornecer subsídio e respaldo nesse processo de triagem/classificação de pacientes, como por exemplo: *Australian Triage Scale* (ATS, Austrália), *Manchester Triage System* (MTS, Reino Unido),

Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS, Canadá), *Emergency Severity Index* (ESI, Estados Unidos da América). Todas essas escalas organizam o atendimento em cinco níveis de prioridade, visando as necessidades do indivíduo e não um diagnóstico preciso (CAROLINA et al., 2016; JÚNIOR; SALGADO; CHINACA, 2012).

O Sistema de Triagem Manchester (STM) foi criado com intuito de dividir em cinco, os níveis de gravidade, relacionando-os com cores pré-determinadas que definem o tempo máximo de espera para atendimento médico. Sua estrutura se baseia em fluxogramas que orientam e direcionam como será analisada a coleta de dados realizada no primeiro contato com o paciente, de forma a definir seu nível de prioridade (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014).

Desde o ano de 2000, diversas instituições de saúde em diferentes regiões geográficas e populacionais do mundo, vem implantando o STM após essa escala ter sido autorizada e licenciada por seus respectivos autores (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014). Países como Áustria, Brasil, Alemanha, México, Noruega, Portugal, Espanha dentre outros estão dentro desta estatística diversa (JÚNIOR et al., 2015).

O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2019) é a associação que implementa e fiscaliza de maneira certificada a utilização do STM em vários serviços de saúde do Brasil. Na última atualização do Mapa do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, o STM tem sido adotado em 19 (73,03%) estados do Brasil e no Distrito Federal, sendo os estados com maior quantidade de serviços certificados: São Paulo (46), Minas Gerais (36), Paraná (21), Santa Catarina (16), Rio Grande do Sul (14), Rio de Janeiro (13) e Ceará (11).

No Brasil o Ministério da Saúde permite que os serviços de urgência e emergência se baseiem nessas diferentes escalas e documentos nacionais já existentes, para formular seus próprios protocolos, com base na especificidade de cada serviço, contexto da região e sua inserção da rede de saúde (BRASIL., 2009; MALFUSSI et al., 2018). Dessa forma, muitas instituições de saúde não certificadas também utilizam seus próprios protocolos com base em métodos internacionais de triagem já existentes e na própria cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco

nos Serviços de Urgência do Ministério da Saúde, que também utiliza o STM como referência ao seu conteúdo (BRASIL, 2009).

Sendo assim, os níveis de prioridade do STM são divididos em: nível 1 ou vermelho (zero minutos para atendimento médico – emergente); nível 2 ou laranja (até dez minutos para atendimento médico – muito urgente); nível 3 ou amarelo (até uma hora para atendimento médico – urgente); nível 4 ou verde (até 120 minutos para atendimento médico – pouco urgente); nível 5 ou azul (até 240 minutos para atendimento médico – não urgente). Dessa forma, o STM se configura numa ferramenta de gestão de risco clínico, administrando o tempo de espera e priorizando os casos mais graves (JÚNIOR et al., 2015).

Foi realizado uma revisão integrativa por enfermeiros da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (SOUZA; ARAÚJO; CHINACA, 2015), que apontou a variação da confiabilidade do STM de moderada a quase perfeita, não descartando a necessidade da continuidade de pesquisas que ajudem a melhorar a gestão e a segurança dos pacientes atendidos nos serviços de urgência.

Em outro estudo realizado por esses mesmos autores (SOUZA et al., 2018), através de entrevistas com enfermeiros que realizavam a classificação de risco, mostrou-se que a confiabilidade do STM varia de moderada a substancial, sendo também influenciada pela experiência clínica do enfermeiro; isso representa a relevância do nível intelectual do profissional enfermeiro como indispensável para um desfecho adequado do atendimento, e se faz essencial um protocolo institucional para definição das prioridades clínicas, com seus respectivos fluxogramas de classificação de acordo com as particularidades do serviço.

3.3 Educação em Saúde

Podemos definir o conceito de Educação em Saúde como um conjunto de práticas que contribui para autonomia das pessoas visando atingir suas necessidades de saúde, à medida que amplia o debate com os profissionais, dando força e potência no que diz respeito ao exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, para que esses possam responder às solicitações da própria população (BRASIL, 2009).

Em 2010 foi criada a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), com objetivo de promover a qualidade de vida, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde com base em seus determinantes e condicionantes, como por exemplo: hábitos de vida, condições de trabalho, ambiente e moradia, educação, cultura e etc. Essa política também tem uma proposta de trabalho transversal, integral e intersetorial com vistas à articular os seguintes serviços: setor sanitário, Governo, setores privados e não-governamentais e sociedade, compondo uma via de compromisso e corresponsabilidade (BRASIL, 2010).

A ideia da promoção também consiste no apoio ao desenvolvimento pessoal do indivíduo, através da divulgação sobre informações de saúde com intuito de ajudá-lo a compreender as necessidades das diversas fases de sua vida, o que também inclui o enfrentamento de doenças crônicas, fatores externos e fatores inerentes às suas particularidades (BRASIL, 2010).

Outra política que surgiu com a intenção de implementar a ideia de Educação em Saúde foi a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEP – SUS) de 2013, que trouxe conceitos sobre participação popular/gestão participativa, controle social, práticas educativas em saúde, cuidado em saúde, intersetorialidade e diálogos multiculturais, etc; o intuito foi mostrar que Educação Popular em saúde se faz junto à população, incorporando as opiniões dos usuários de saúde do SUS ao processo pedagógico de desenvolvimento do saber (BRASIL, 2013).

Com base nas considerações sobre Educação em Saúde, consideramos o seguinte conceito: “construção e compartilhamento do saber”, que gera uma conquista de conhecimento, e que pode ser utilizada, significada e ressignificada por grupos populares a fim de influenciarem suas vidas. Assim, os profissionais de saúde podem se aproximar das experiências de vida da população, compreendendo seus determinantes e propondo intervenções em sua realidade (SEVALHO, 2018).

A partir desse cenário podemos descrever como necessária intervenção de políticas públicas como a PNPS, que contribuem para ações em diferentes níveis de atenção à saúde, visando motivar as pessoas a adotarem e depois manterem padrões de vida saudáveis, usarem adequadamente os serviços de saúde disponíveis, tomarem suas próprias decisões, além de aderirem ao tratamento proposto adequadamente (AZEVEDO et al., 2018).

Nessa direção, a Educação em Saúde acaba sendo a ponte entre organização de saúde e o usuário, a qual deve fornecer informações e orientações necessárias para compor uma nova visão do processo saúde-doença-cuidado, tendo em vista que o objetivo final é a promoção em saúde e desenvolvimento do conhecimento para favorecer a qualidade de vida dos indivíduos envolvidos neste processo (AZEVEDO et al., 2018).

Quando pensamos no ambiente hospitalar, percebemos a atuação dos profissionais de saúde focada em aspectos biológicos e tecnológicos, entre ações de assistência e gerenciamento, onde resta pouco espaço e tempo para o planejamento de ações educativas (RIGON; NEVES, 2011). Em relação aos serviços de urgência e emergência, torna-se um grande desafio pensar numa maneira eficaz de educar pacientes, devido aos fatores específicos que se encontram na maioria destes serviços, como por exemplo: superlotação, administração de tempo, ambiente pouco acolhedor, recursos humanos insuficientes, baixa evidência de educação permanente, etc.

Estudos apontam que a prática educativa em ambiente hospitalar torna-se emergente, e faz-se necessário que a equipe multiprofissional desenvolva novas perspectivas em busca da transformação e autonomia do indivíduo, levando em

consideração seu processo de saúde-doença; é importante que haja uma ação e reflexão com intuito de criar uma prática emancipatória, tanto para profissionais quanto para pacientes (RIGON; NEVES, 2011).

Essa ideia vai ao encontro da importância das pesquisas meta-analíticas no contexto da pós-graduação em saúde, onde se considera imprescindível que a pesquisa gere produtos fidedignos que possam contribuir direta ou indiretamente para melhorar a qualidade de vida coletiva e/ou individual (ROSSO; SOUZA, 2005). Dessa forma, podemos gerar e abrir espaço às pesquisas voltadas para área de Educação, sem fazer que o conhecimento científico construído fique restrito apenas a academia, o que sustenta e justifica ainda mais relevância do presente estudo.

As ações de Educação em Saúde são uma forma construtiva e eficaz para aquisição e compartilhamento de informações previamente de domínio exclusivo dos profissionais da área da saúde aos usuários do SUS. Isso possibilita aos pacientes a execução de boas práticas de saúde, onde os mesmos podem agir de forma crítica e consciente sobre fatores individuais e coletivos (ARAÚJO et al., 2017; LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

Reconhecemos ser importante para esta reflexão teórica incluir o Letramento Funcional em Saúde (LFS), que nada mais é do que a capacidade que os indivíduos possuem para processar e compreender informações de saúde, tanto em relação aos serviços quanto a tomadas de decisão sobre seu autocuidado. Quando pensamos LFS, precisamos também considerar a capacidade cognitiva individual de cada sujeito, de forma que aquele que possui letramento satisfatório, possui condições melhores para absorver e executar informações sobre prevenção e promoção em saúde do que aquele que possui letramento limitado; isso se relaciona diretamente com questões: culturais, sociais, políticas, educacionais, econômicas, regionais, etc (PASSAMAI et al., 2012).

A alfabetização em saúde é um desafio constante quando falamos em Educação em Saúde. Esse assunto tem ganhado cada vez mais interesse científico, buscando melhorar a maneira como as pessoas interpretam essas informações, e compreender de que forma a educação afeta individualmente na saúde da população. O conhecimento e as habilidades de leitura, escrita, escuta,

fala, numeração e afins, é o que promove o desenvolvimento de uma alfabetização múltipla, que diz respeito à: mídias, ciências, cultura, sociedade e as questões de saúde (STARS, 2018).

Em 1999, a Associação Médica Americana (AMA) demonstrou interesse a respeito do tema alfabetização em saúde, convocando um comitê de especialistas para criar novas estratégias para tal contexto. Foram listados como importantes os seguintes tópicos: 1 – aplicação da alfabetização em saúde; 2 – melhoria da comunicação com pacientes que apresentam baixa literacia; 3 – precariedade no custeio e divulgação dos resultados da alfabetização em saúde; 4 – associação dos temas da alfabetização com as condições de saúde da população (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1999).

Importante citar que muitas das informações que são fornecidas aos usuários do SUS nos serviços de saúde, na maioria das vezes ocorrem por escrito ou verbalmente, o que pode ser um desafio e causar constrangimento em pessoas com grau de instrução menor e/ou letramento limitado (PASSAMAI et al., 2012). Essas barreiras podem acarretar em problemas na compreensão de assuntos importantes, como por exemplo: modo de uso e dosagem de medicações, prevenção de doenças, agendamento de consultas, acesso aos diferentes tipos de serviços de saúde, orientações de cuidados durante internação hospitalar, etc.

Sendo assim, é necessário que os profissionais de saúde obtenham conhecimento sobre os conceitos da alfabetização e letramento em saúde, para traçar os desafios e potencialidades de cada população atendida, trazendo empoderamento e autonomia ao indivíduo, num contexto individual e de comunidade (SANTANA et al., 2017). Trazendo esse debate para os dias atuais, devemos levar em consideração o fato de vivermos em uma sociedade afetada grandemente pelo fenômeno da globalização, e conseqüentemente com acesso facilitado às informações através da mídia, internet, redes sociais, dentre outros. Isso faz com que as informações de saúde estejam mais acessíveis, o que traz novos desafios aos profissionais de saúde do século XXI.

Ao considerar que esta pesquisa foi desenvolvida ao longo da pandemia mundial do vírus Covid-19, esse contexto de inserir informações de saúde no

cotidiano de população, se fez ainda mais relevante. A gestão dessa grave situação sanitária atingiu um nível de complicação maior ao passo que a rapidez na disseminação de informações acontecia. A era digital trouxe à população acessibilidade no que diz respeito a gerar, divulgar e consumir informações e opiniões, e facilitou o acesso a fontes de informação confiáveis como OMS, páginas oficiais do governo federal e estadual, órgãos de comunicação em massa, etc; ao mesmo tempo, também permitiu e facilitou a propagação e o acesso às notícias falsas (fake news) (BARCELOS et al., 2021).

A tensão em meio ao caos de uma doença desconhecida junto a divulgação em massa de informações incoerentes apoiadas pelo governo do atual presidente da república Jair Bolsonaro, afetou diretamente e de maneira negativa a assistência dos profissionais de saúde que atuaram frente a pandemia, e também na promoção de precauções adequadas a serem veiculadas através dos órgãos de saúde pública. As autoridades sanitárias e os profissionais de saúde necessitaram de muita resiliência para enfrentar esse estado de calamidade. Por esse motivo, discutir sobre o tema do letramento e alfabetização em saúde torna-se ainda mais urgente.

Todo profissional de saúde tem um compromisso com seu código de ética de manter-se atualizado em relação as novas diretrizes e evidências científicas, a fim de proporcionar uma assistência segura e de qualidade para cada indivíduo. Ao passo que, também precisa considerar o indivíduo como participante ativo no seu processo de cuidado, e isso inclui lidar com as dúvidas provenientes de diversos veículos de mídia, guiando o paciente a compreender e discernir quais informações de saúde são válidas e corretas.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Fundamentos

A escolha da perspectiva metodológica se dá articulada à linha de pesquisa Educação em Saúde, que tem como finalidade incentivar o indivíduo a participar do seu processo de atendimento. Nessa direção, projeta-se a intenção de como melhorar o acesso às informações num contexto hospitalar de Urgência e Emergência, levando em conta as dúvidas que emergem no momento da CR e agregando saber científico ao saber popular.

O percurso da pesquisa ancora-se nos fundamentos do Método da Problematização e da Ciência da Implementação, ambos buscando a transformação da realidade e sustentados na prática baseada em evidência na prática cotidiana.

4.1.1 Método da Problematização

O Método da Problematização foi descrito primeiramente no campo da saúde em 1992 na Universidade Estadual de Londrina – UEL, onde daí foi disseminada para outras instituições de ensino superior do Brasil. A base dessa metodologia vem do Arco de Maguerez, citada no livro de Bordenave e Pereira (1982), que possui em sua fundamentação teórica, o início e o término do ciclo da problematização a partir da observação da realidade, conforme ilustra a Figura 1 (BERBEL; SÍLVIO ANCIZAR SÁNCHEZ GAMBOA, 2012).



Fonte: Adaptado de Bordenave e Pereira (1982)

Figura 1: Método da Problematização com o Arco de Magueres

Apesar do Método Problematização se destacar na educação superior, também é aplicado como método de ensino, trabalho, estudo, etc, em qualquer situação que seja oportuna discutir temas que se relacionem com a vida em sociedade. Dessa forma, como explícito no arco, essa metodologia percorre um caminho com distintas etapas, mas com início e fim em comum, que se trata da realidade de acordo com a natureza do problema em estudo (BERBEL, 1998). Podemos discorrer melhor a respeito de cada etapa:

- Observação da realidade: Diz respeito a primeira análise de um determinado tema de estudo diante de sua realidade social, seguido de uma sistematização dos dados evidenciados. Sendo assim, é possível identificar: dificuldades, discrepâncias, carências, oportunidades de melhoria, que serão discutidas a fim de elucidar o problema (BERBEL, 1998). Algumas sugestões que podem auxiliar na sistematização desses dados são: relatórios institucionais, formulários, questionários, indicadores, observação participante ou não participante, recursos audiovisuais, entrevistas, reuniões com a técnica de *brainstorming*, reuniões para discussão de artigos científicos, grupos focais, etc (SANTOS JÚNIOR et al., 2019).

- Pontos-chave: Este é o momento de refletir sobre as possíveis causas do por que este problema existe, onde muitas vezes percebemos que o problema é multicausal, podendo estar ligado à: saúde, educação, cultura, relações sociais, etc). Assim, é preciso de um olhar mais criterioso para identificar quais são os determinantes mais importantes e que mais interferem neste determinado tema, elencando os pontos essenciais a serem desenvolvidos com maior profundidade, a fim de gerar soluções aquela realidade (BERBEL, 1998).
- Teorização: Fase que exige uma organização técnica para buscar embasamento científico. Uma revisão bibliográfica completa é necessária até que se aprofunde o assunto e este possa ser discutido com propriedade, confrontando os pontos-chave com a literatura. As informações obtidas são registradas e analisadas quanto a suas potencialidades e contribuições para resolução do problema (BERBEL, 1998).
- Hipóteses de solução: Esta etapa trata da elaboração de possíveis soluções, estratégias imprescindíveis a serem cumpridas, conforme o prazo em questão, e que se articulem com os problemas levantados (BERBEL, 1998). Nesse processo é possível utilizar ferramentas de gestão que ajudem a elencar prioridades e desenvolver novas táticas.
- Aplicação à realidade: A última etapa do processo, que põe em prática o compromisso com os componentes sociais e políticos. É o momento de levar as respostas de pesquisas realizadas no meio acadêmico para a comunidade ou ao meio onde foram encontrados os problemas previamente. É preciso executar as hipóteses de solução, lembrando sempre de envolver os atores sociais da realidade estudada durante esse processo. Importante salientar que o arco pode ser reaplicado por quantas vezes for necessário, à medida que outros problemas precisem ser solucionados (BERBEL, 1998).

A problematização possui um propósito para além de um método científico; trata-se de um processo de desenvolvimento do indivíduo que deve tomar consciência social do seu ambiente, pensando em propostas transformadoras que visem a melhora daquele contexto. O exercício social, político e ético é posto em prática o tempo todo, se mostrando agentes sociais de mudança mesmo que em uma pequena dimensão (BERBEL, 1998).

4.1.2 Ciência da Implementação

A Ciência da Implementação é definida pelo periódico internacional líder no assunto *Implementation Science* em 2006 como o estudo de métodos que promovem a incorporação sistemática de pesquisas e outras práticas baseadas em evidências, dentro do cotidiano profissional na prática, com intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde; é necessário que o serviço e os profissionais de saúde estejam dispostos a se envolver para que os resultados sejam efetivos, pensando no contexto clínico, comunitário e político (ECCLES; MITTMAN, 2006).

De acordo com o *Canadian Institute of Health Research*, uma agência canadense que financia pesquisas em saúde, a Ciência da Implementação é um processo dinâmico e interativo, em que deve haver síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética, a fim de fornecer serviços e produtos de saúde com melhor qualidade e efetividade, fortalecendo o sistema de saúde (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009).

Importante ressaltar que a ideia central da Ciência da Implementação consiste em incorporar inovações na prática em saúde, para melhorar a qualidade e performance dos serviços de saúde, onde o ponto chave é investigar e compreender os múltiplos fatores que possam facilitar o processo de implementação. Nesse sentido, este tipo de pesquisa requer um envolvimento transdisciplinar (o que não é feito na maioria das pesquisas clínicas), trazendo ao processo diversos profissionais de saúde, equipe de serviço social, administradores operacionais, pacientes, etc (BAUER et al., 2015).

Em diferentes países a Ciência da Implementação possui diferentes terminologias. Por exemplo, no Reino Unido e Europa, são comumente utilizados os termos *Implementation Science* ou *Research Utilization*, nos Estados Unidos da América usa-se os termos *Dissemination and Diffusion*, *Research Use* e *Knowledge Transfer and Uptake* e no Canadá os termos mais comuns são *Knowledge Transfer and Exchange* e *Knowledge Translation* (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009). Eccles (ECCLES; MITTMAN, 2006) mostra que o fato de existir diversas terminologias, dificulta a disseminação e a procura sobre referências a respeito da Ciência da Implementação, e tentam lançar alternativas como revistas específicas para publicação destas pesquisas em específico.

Handley et al. (2016) realizaram uma revisão metodológica, destacando em diversas pesquisas sobre Ciência da Implementação três passos importantes, que determinam a qualidade do processo de implementação:

- 1 – Compreender o papel dos indivíduos e das organizações, identificando quais as dificuldades em colocar em prática as recomendações adequadas;
- 2 – Engajar todas as partes envolvidas no processo, definindo grupos de interesse, com intuito de que os mesmos consigam compreender qual a finalidade desta mudança e participem de todo processo de forma ativa;
- 3 – Criar um processo flexível e “não-linear”, para que as ideias inovadoras possam se encaixar na realidade, se moldando às variáveis contextuais que podem surgir durante o processo de mudança.

Para traçar o processo de planejamento, esses autores também descrevem as etapas de uma pesquisa de implementação:

- 1 – Planejamento pré-implementação: Consiste em procurar um referencial teórico para identificar evidências que sirvam de base para intervenção, adaptando as informações à realidade e estrutura do serviço local, envolvendo os interessados no processo;

2 – Planejamento das estratégias: Selecionar estratégias baseadas em evidências para prover a mudança comportamental, identificando barreiras e facilitadores no processo de implementação;

3 – Avaliação das estratégias de implementação: Avaliar se as estratégias estabelecidas estão sendo efetivas ou não.

Pensando na falta de orientação sobre quais as melhores estratégias a serem estabelecidas no processo de implementação, alguns estudos trazem análise da viabilidade de ferramentas, como a *Implementation Science Research Development (ImpRes)*, com intuito de auxiliar pesquisadores a projetarem pesquisas com essa metodologia com melhora qualidade (HULL et al., 2019).

O processo de implementação consiste em: definir as características do processo de implementação; envolver e engajar o público e os pacientes; envolver e engajar os grupos operacionais de interesse; realizar uma avaliação da situação econômica; avaliar as consequências não planejadas; gerar hipóteses sobre os possíveis resultados da implementação junto do serviço e pacientes; implementar estratégias para executar o projeto; compreender os determinantes do processo; e, por fim, avaliar o modelo, estrutura e teoria que se gerou deste estudo (HULL et al., 2019).

A Ciência da Implementação se apresenta como instrumento facilitador, que pretende analisar pesquisas sistemáticas e seus resultados obtidos por rigorosas análises científicas, identificando os desafios em realizar a replicação efetiva em diferentes realidades. O intuito é gerar um plano e colocá-lo em prática, com escopo transformador, que impulse a evolução e melhorias nos serviços de saúde, criando benefícios a todas as partes envolvidas neste processo e lembrando sempre de considerar o contexto: clínico, social, gerencial, operacional, estrutural, político, econômico, dentre outros (ZEPEDA et al., 2018).

Podemos definir duas questões importantes que nos fazem guiar o processo de implementação: quais os componentes chave para essa intervenção funcionar? Como asseguramos a melhor aplicação da intervenção para todos? Extrair os resultados oriundos da prática baseada em evidências e incorporá-los ao campo

prático representam um exercício que ainda enfrenta diversas dificuldades em estabelecer a ponte entre aqueles que produzem o conhecimento e aqueles que precisam aplicá-lo (ZEPEDA et al., 2018).

Levando em conta os prazos e questões burocráticas que envolvem o desenrolar de uma pesquisa de mestrado, e buscando manter a maior governabilidade possível sobre o desenvolvimento deste trabalho, foi utilizado apenas parte do tema central da Ciência da Implementação, partindo do princípio de conectar a ciência e o saber popular, e conseqüentemente construir um produto que seja útil para o serviço de saúde em questão.

Dessa forma, empregamos o primeiro passo descrito (Planejamento pré-implementação), com intuito de elaborar um produto orientado por referencial teórico fundado em evidências científicas, que sejam a base para intervenção a ser aplicada na realidade do serviço de saúde estudado, o PSG do HSP. Para isso nos utilizamos também da primeira premissa da Ciência da Implementação, que consiste necessariamente em compreender o papel e as opiniões dos indivíduos envolvidos nesse processo (nesse caso, os usuários do SUS), para a partir daí apreender evidências consistentes, e pôr em prática este planejamento.

4.2 Procedimentos

4.2.1 O Hospital São Paulo

O Hospital São Paulo (HSP) é o hospital da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e se encontra em atividade há oitenta e um anos, oferecendo serviços de saúde à população através do SUS, por meio de uma intensa atividade assistencial. A instituição atende a todas as especialidades médicas e possui destaque em procedimentos de alta complexidade (PAULO; MEDICINA, 2019).

A Escola Paulista de Medicina (EPM) e a Escola Paulista de Enfermagem (EPE) foram criadas em 1933 e 1939, respectivamente, tendo o compromisso com o desenvolvimento do conhecimento científico e com a prestação de assistência de

qualidade. Fundado em 1940, o HSP foi o primeiro hospital-escola do Brasil a ser construído para esta finalidade especificamente. Estatutariamente estabelecido como Hospital Universitário, possui gestão compartilhada com a Sociedade Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), desde a sua fundação. Nos últimos vinte e cinco anos, sua estrutura evoluiu e compõe mais de cem ambulatórios, subespecialidades e mais de seiscentos leitos disponíveis para atendimentos do SUS (NEMI; GALLIAN; MINHOTO, 2020).

Sua representatividade para os gestores de saúde está a nível estadual e municipal, e é responsável na Grande São Paulo pela cobertura de mais de cinco milhões de habitantes, além de frequentemente atender a casos provenientes de outros estados do Brasil. Além do atendimento hospitalar, o HSP também possui atendimento ambulatorial com diversas especialidades, que funcionam em horário comercial mediante consulta agendada, através da Central de Regulação de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo -CROSS (NEMI; GALLIAN; MINHOTO, 2020).

Um hospital de grande porte é caracterizado pelo seu número de leitos que vai de 151 a 500 leitos em capacidade normal ou de operação. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a Portaria MS/GM nº 2.395/2011 dispõe que a porta de entrada de um serviço de urgência e emergência, deve prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas e traumatológicas (BRASIL, 2011).

Além disso, para ser considerado um Hospital Especializado tipo II, deve atender no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos demais critérios estabelecidos, e ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Também precisa possuir, no mínimo, duas especialidades de referência, habilitadas em alta complexidade, para desempenhar seu papel, como por exemplo: neurocirurgia, traumato-ortopedia, cardiologia/cardiovascular e/ou pediatria (BRASIL, 2011).

Outros critérios que constam como indicador de qualidade/regulamentação nesse mesmo documento, se refere a implantação do Acolhimento com Classificação de risco, associado a articulação com o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), equipe

multiprofissional na porta de entrada de urgência, controle da porta de entrada efetuado pela Central Regional de Regulação de Urgência, mecanismos de gestão clínica que garantam a qualidade do cuidado, etc (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, o Hospital São Paulo atende a todos os requisitos necessários segundo MS, para ser considerado Hospital de grande porte, referência e especializado tipo II, contendo ainda mais uma série de especialidades devido ao vínculo ensino-universidade.

Desde 2017, o HSP se tornou o único serviço terciário com especialidades disponíveis de portas abertas a livre demanda dos usuários do SUS da cidade de São Paulo. Isso significa que: qualquer usuário do SUS, que necessite de atendimento de saúde, será atendido ao dar entrada nesse serviço. São portas de entrada ao serviço: o Pronto Socorro do Hospital São Paulo junto a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Vila Mariana. Esses dois serviços unificaram em uma mesma porta de entrada e espaço físico, a fim de atender pacientes de média e alta complexidade utilizando os recursos do serviço terciário (PAULO; MEDICINA, 2019).

O HSP tem como missão a prestação de assistência à saúde à população com qualidade, visando ao seu bem-estar, bem como oferecer condições ideais ao ensino e à pesquisa. Como visão, seu objetivo é desenvolver em nível de excelência a assistência à saúde, com ênfase nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Seus valores são pautados em equidade, respeito, ética e qualidade (PAULO; MEDICINA, 2019).

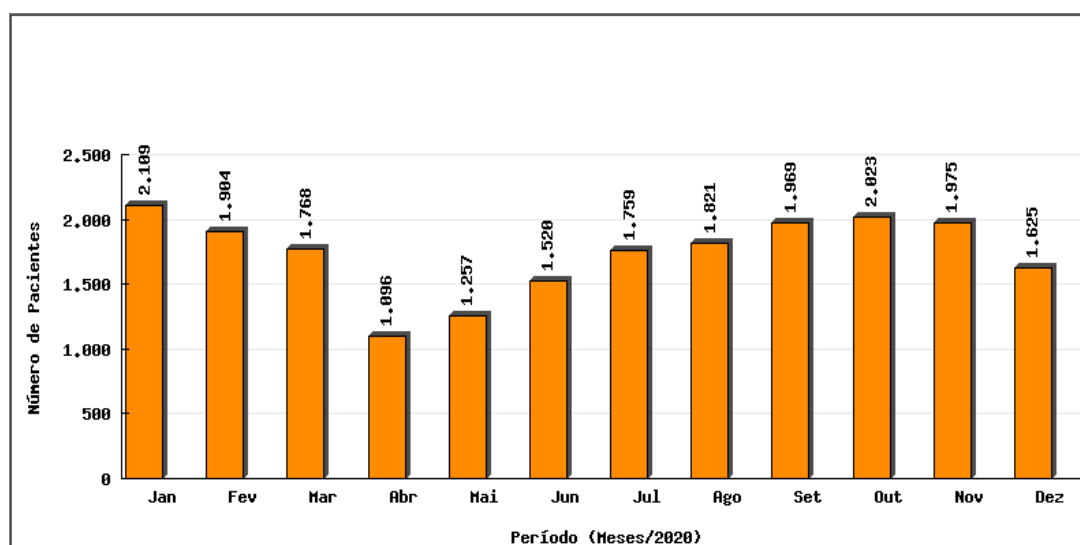
Em sua política de qualidade, resolutividade e segurança do atendimento prestado é pauta central, buscando promover a satisfação dos usuários e visando a melhoria dos processos internos e do sistema de gestão, maximizando o comprometimento de seus colaboradores com os padrões de qualidade estabelecidos pela instituição (PAULO; MEDICINA, 2019).

O HSP sempre esteve à frente do seu tempo no que diz respeito a ensino superior em saúde, e se tornou um dos melhores centros formadores de médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde. Destaca-se também pela vasta produção científica a nível nacional e internacional, o que qualifica o HSP como

instituição de excelência (PAULO; MEDICINA, 2019; NEMI; GALLIAN; MINHOTO, 2020).

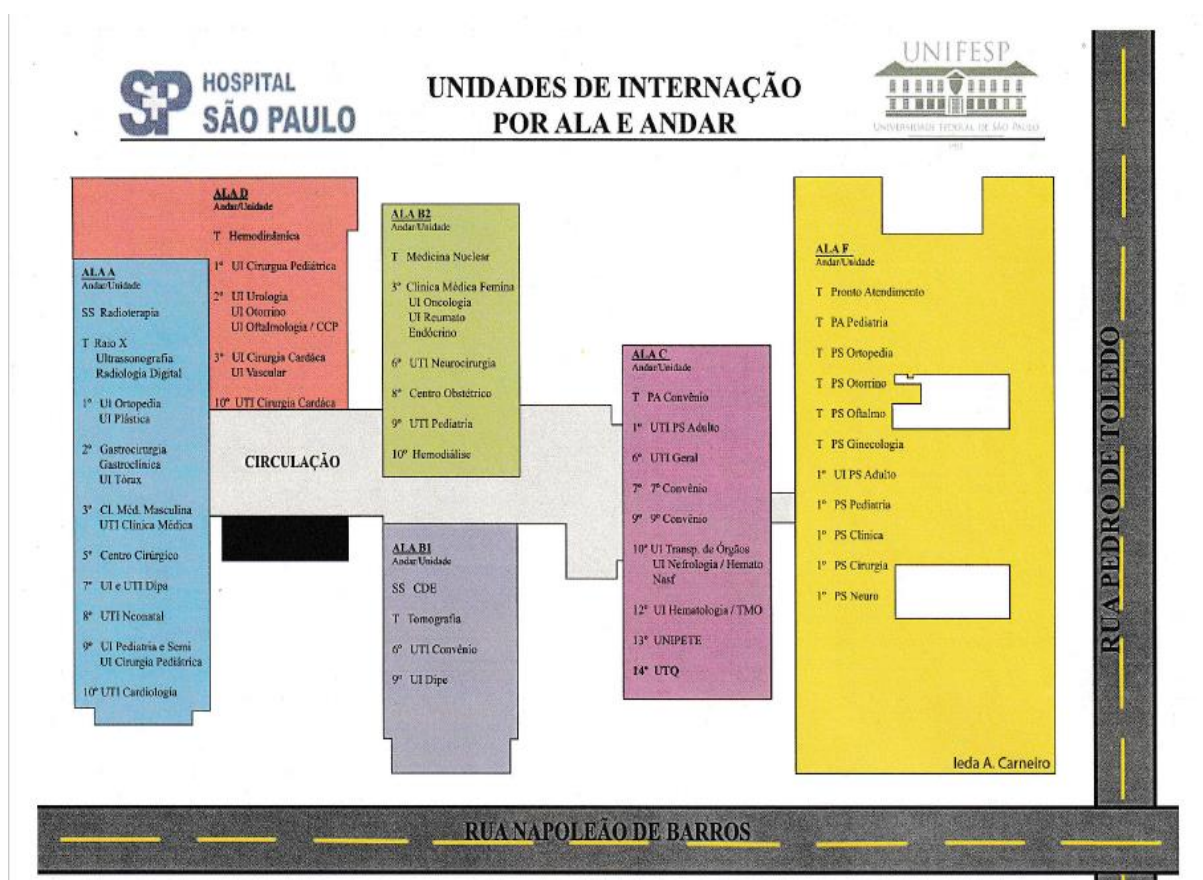
Como hospital universitário, abriga diversos programas de residência médica, residência multiprofissional e programas de pós-graduação em saúde; alguns destes, considerados pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e por outras agências de fomento como um dos melhores do país. São treze programas de residência multiprofissional em saúde, abrangendo enfermagem, fisioterapia, serviço social, psicologia e nutrição; três programas em área profissional de saúde (enfermagem e física médica); e noventa e quatro especialidades e subespecialidades de residências médicas clínicas e cirúrgicas. Todos os programas coordenados e supervisionados pela COREMU (Coordenação de Residência Multiprofissional) e COREME (Coordenação de Residência Médica) (UNIFESP, 2021).

A estrutura física hospitalar do HSP conta com, 600 leitos de internação (desses, 26 bloqueados), sendo: 387 leitos em enfermarias clínicas, 48 leitos cirúrgicos, 123 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 14 leitos de unidade de terapia semi-intensiva, 15 leitos para cirurgias ambulatoriais, 2 leitos para o ambulatório de otorrinolaringologia, 6 leitos de hemodinâmica, 3 leitos de eletrofisiologia e 2 leitos de polissonografia. O número de internações deste serviço é altíssimo, e no ano de 2020 houve uma média mensal de 1735,5 pacientes. (Sistema de consulta de gerencial do Hospital São Paulo: banco de dados. Disponível em: <https://portal.huhs.org.br/portal>. Acesso em: 15 de julho, 2021)



Fonte: Sistema de consulta gerencial do HSP 2021

Gráfico 1: Número de internações por mês no HSP no ano de 2020



Fonte: Sistema de consulta gerencial do HSP 2021

Figura 2: Estrutura física e unidades por ala e andar do Hospital São Paulo

4.2.2 A Classificação de Risco do HSP

A porta de entrada do HSP é o pronto-socorro geral (PSG), que se encontra no térreo do prédio, e atende pacientes de baixa, média e alta complexidade. Por ser referência em tratamento clínico e cirúrgico devido suas diversas especialidades médicas, a quantidade de pacientes em estado gravíssimo de saúde internados pelo PSG é frequente.

Para auxiliar na compreensão do contexto da pesquisa e ilustrar o ambiente em que ela ocorre, iremos descrever como funciona a CR deste serviço. Em 2009 a diretoria do HSP implementou o Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto-socorro Geral do Hospital São Paulo, projeto este que foi executado pela diretoria de enfermagem da época. Optou-se por utilizar o Sistema de Triagem Manchester para dividir pacientes em diferentes níveis de urgência.

Como o HSP possui diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, o PSG criou seu próprio protocolo para guiar e respaldar a classificação de risco realizada pelos enfermeiros. Este protocolo foi criado por médicos e enfermeiros especialistas do PSG. Importante lembrar que no Brasil, o Ministério de Saúde permite que os serviços de urgência e emergência se baseiem em diferentes escalas e documentos nacionais e internacionais já existentes, para formular seus próprios protocolos, com base na especificidade de cada serviço, contexto da região e sua inserção da rede de saúde (BRASIL, 2009; MALFUSSI et al., 2018).

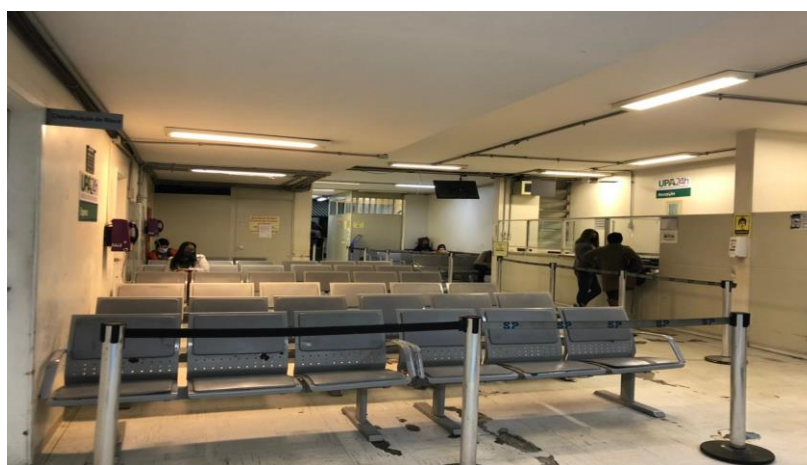
O protocolo do PSG do HSP é baseado em sinais em sintomas divididos por especialidade: cirurgia geral, clínica médica, clínica médica Covid-19, ginecologia e obstetrícia, neurocirurgia, neurologia clínica, ortopedia e otorrinolaringologia. Após direcionada a especialidade médica, utiliza-se o Sistema de Triagem de Manchester como base para indicar o nível de gravidade do paciente por cores e determinar o tempo de espera para atendimento médico, de acordo com os níveis de prioridade.

Nessa porta de entrada, o enfermeiro acolhe, identifica o motivo da procura ao serviço de urgência, avalia o risco e vulnerabilidade do paciente e realiza a

classificação de risco. De acordo com o sistema gerencial do HSP, no ano de 2020 109.569 pessoas passaram pela CR dos enfermeiros no PSG.

A sala da CR se encontra no térreo, na porta de entrada do HSP. O usuário do SUS realiza a abertura de ficha com a equipe da recepção, e na sequência o seu nome aparece no computador, através de um sistema informatizado específico de pronto-atendimento do HSP. Nessa sala, existem três mesas, três computadores, três monitores multiparamétricos (para aferição de sinais vitais) e uma impressora. Obrigatoriamente ficam escalados dois enfermeiros por plantão para realizar a CR dos indivíduos e organizar suas respectivas demandas. Eventualmente também estão presentes alunos da graduação e de programas de residência em enfermagem da Unifesp, que acompanham a dinâmica destes atendimentos supervisionados pelos enfermeiros.

O enfermeiro realiza o chamado verbal do nome do paciente na sala de espera da recepção e o conduz até a sala de CR. Após realizada a CR, o ideal é que o profissional informe ao paciente qual o grau de urgência da sua queixa, seus sinais vitais e qual o tempo de espera máximo ele poderá aguardar para ser atendido pela equipe médica, de acordo com a sua cor de classificação. O paciente é direcionado para aguardar o atendimento médico na sala de espera da recepção do térreo ou do primeiro andar, de acordo com a especialidade médica pré-determinada.



Fonte: Câmera do celular da autora da pesquisa (autorizada pela coordenação) 2021
Imagem 1: Fotografia da Sala de Espera do PSG HSP (térreo)

Os pacientes são divididos por cores: vermelho (zero minutos para atendimento médico – emergente); laranja (até dez minutos para atendimento médico – muito urgente); amarelo (até uma hora para atendimento médico – urgente); verde (até 120 minutos para atendimento médico – pouco urgente); azul (até 240 minutos para atendimento médico – não urgente) (JÚNIOR et al., 2015). Importante enfatizar que por motivos de superlotação hospitalar, por vezes esse tempo é excedido.

Além desse fluxo de atendimento da CR, esses enfermeiros também se disponibilizam para esclarecer dúvidas dos usuários do SUS e seus acompanhantes/familiares, intermediar intercorrências e conflitos, auxiliar em pequenos procedimentos e também realizar uma ponte de comunicação entre médicos, auxiliares de enfermagem e pacientes.



Fonte: Câmera do celular da autora da pesquisa (autorizada pela coordenação) 2021

Imagem 2: Fotografia da Sala de CR do PSG HSP

No ano de 2011, a diretoria de enfermagem junto com enfermeiros e uma aluna da graduação, realizou uma pesquisa no PSG do HSP, buscando conhecer o perfil de atendimento das pessoas e suas avaliações após a implantação do acolhimento com classificação de risco. Observou-se quanto ao perfil dos usuários que a maioria era do sexo masculino, com idade média de 44 anos, procedente da cidade de São Paulo e vindos da própria residência. A maior parte dos usuários classificou o atendimento do PSG como bom, porém houveram algumas ressalvas em relação à: falta de agilidade e demora no atendimento, consulta médica realizada de maneira muito rápida, condições de infra-estrutura como espaço e limpeza e também falta de orientações da equipe de enfermagem (CARMAGNANI et al., 2014).

4.2.3. Pesquisa Empírica

O foco inicial desta pesquisa é compreender dúvidas e opiniões de pacientes que procuram atendimento em serviços de urgência e emergência sobre a classificação de risco. A ideia foi estudar um serviço hospitalar de portas abertas e alta demanda, situado na cidade de São Paulo. Para isso, foram realizadas um total de dezoito entrevistas a fim de obter essas informações que orientaram a construção do “produto”, uma exigência do Mestrado Profissional.

Para escolha dos sujeitos da amostra da pesquisa, pré-determinou-se uma lista de critérios de inclusão:

- Pacientes que já tenham sido classificados pelo enfermeiro;
- Pacientes que tenham sido classificados nas cores: azul, verde, amarelo e laranja;
- Pacientes que se encontrem num período do atendimento em que apresentem condições clínicas estáveis para responder à entrevista;
- Pacientes idosos ou com algum déficit cognitivo que possuam acompanhantes/representantes legais para representar suas respostas;
- Pacientes que tenham sido classificados e passado por atendimento médico há menos de seis horas;

- Pacientes maiores de 18 anos.

E, também, pré-determinou-se os critérios de exclusão:

- Pacientes internados;
- Pacientes classificados com a cor vermelha: Sala de Emergência.

Após a coleta, sistematização e análise dos dados, a segunda fase do trabalho consistiu em elaborar uma proposta educativa para o HSP com base nas sugestões dos entrevistados em diálogo com as evidências científicas analisadas, e com o referencial teórico metodológico estabelecido. Essa proposta tem a intencionalidade de contribuir para a melhoria o entendimento do paciente sobre a classificação de risco, e inseri-lo no seu processo de cuidado.

4.2.4 A Elaboração do instrumento de coleta de dados

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados foi realizado uma busca bibliográfica nas bases de dados: *Pub Med*, *BVS (Biblioteca Virtual em Saúde)* e *Scielo (Scientific Eletronic Library Online)*. Foram utilizados os termos em português: “triagem”, “classificação de risco”, “percepção dos usuários” e “serviços de urgência e emergência”, e em inglês: “*triage*” e “*emergency service, hospital*”. O período de tempo utilizado no recorte foram artigos publicados nos últimos cinco anos, cujo o título continham os termos pesquisados. Foram escolhidos três trabalhos que estudaram a percepção dos pacientes em relação a CR, e selecionados nestes mesmos trabalhos as dúvidas mais frequentes e relevantes para elaboração de um roteiro como guia das entrevistas.

O primeiro trabalho foi realizado no ano de 2017 num hospital de grande porte de Minas Gerais (MG), desenvolvido pela enfermeira Joyce Araújo (especialista em emergência) e alunos da graduação de enfermagem. Os resultados apontaram pouco conhecimento dos usuários do SUS sobre a CR, dificuldade na associação de cores com os níveis de gravidade, e também sobre o funcionamento da rede de urgência e emergência e suas portas de entrada; frisaram ainda que os mesmos recebiam orientações insuficientes no momento da CR (ARAÚJO et al., 2017).

A segunda pesquisa foi realizada num serviço de urgência no Paraná, e conduzida pelo doutorando em enfermagem João de Oliveira com a colaboração de demais enfermeiros docentes da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Foi evidenciado que apesar de os usuários entenderem a CR como vantagem ao atendimento de emergências, aqueles que foram classificados como casos menos urgentes, apresentavam discordância e insatisfação com a classificação atribuída pelos profissionais. A falta de compreensão dos usuários em relação ao método utilizado pelos enfermeiros fica clara, e dá espaço à sensação de insegurança (OLIVEIRA et al., 2017).

O terceiro artigo foi produzido por enfermeiros da Universidade Federal de Sergipe, num hospital público em Itabaiana no ano de 2018. Neste estudo, poucos usuários demonstraram conhecimento sobre o que seria a CR, e a minoria também relatou ter recebido orientações a respeito da mesma. Em conclusão, os usuários desconheciam o significado da CR e sua associação na prioridade dos atendimentos (MORENO et al., 2018).

As questões levantadas nesses estudos deram suporte à confecção do roteiro da entrevista para coleta de dados. O roteiro (Apêndice 1) possui uma primeira parte com base em dados sociodemográficos para traçar o perfil dos participantes, seguidas de três questões sobre o acesso ao serviço estudado, três questões avaliativas e abertas sobre a classificação de risco, e quatro questões abertas, para que os participantes possam expor suas dúvidas, satisfações e sugestões inerentes às circunstâncias da pesquisa. Importante lembrar que o objetivo das questões foi responder ao objetivo da pesquisa, então a elaboração de perguntas simples e diretas teve a intenção de facilitar esse processo.

O pré-teste desse instrumento foi de extrema importância nessa etapa do planejamento de coleta de informações. Somente após a autorização do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no mês de fevereiro de 2020, foram realizadas três entrevistas para a pré-testagem do roteiro. Esses participantes não compuseram a amostra oficial. Na análise dos resultados obtidos observou-se que: a terminologia médica precisava ser melhor explicada nas questões; as perguntas mais longas geraram dúvidas; os pacientes tinham necessidade de dizer o por que estavam ali, e não havia nenhuma questão que abordasse esse aspecto. Na

questão 1 sobre acesso ao serviço: “Como conheceu o HSP?”, os pacientes trouxeram mais opções de alternativas que não haviam sido incluídas, quando um dos usuários disse ter conhecido o hospital quando o resgate o encaminhou até o local.

Foram reformuladas algumas questões para que o objetivo da pesquisa fosse diretamente atingido, através de um roteiro mais assertivo e que possuísse uma linguagem mais clara. A ideia de realizar uma entrevista semiestruturada teve o intuito de mostrar questionamentos básicos do tema central da pesquisa, que trazendo à tona novas hipóteses a partir das respostas dos informantes. Isso favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, como também a compreensão da sua totalidade (MANZINI, 2004).

Na apresentação da proposta da pesquisa e do Termo de Consentimento, foi esclarecido que a entrevista seria conduzida através de um diálogo tranquilo e flexível, de maneira que o paciente pudesse realizar apontamentos e interrupções sempre que julgasse necessário. Assim sendo, buscou-se acolher e deixar o participante a vontade para expor suas opiniões e sentimentos.

A escolha pela entrevista também objetivou favorecer o acesso justo e equânime aos usuários que buscaram este serviço de saúde de urgência, incluindo pessoas com grau de instrução menor, que poderiam ter dificuldade no processo de leitura e escrita. As entrevistas foram gravadas e transcritas, a fim de obter a maior fidedignidade dos dados.

Triviños e Manzini (2004) defendem que a entrevista semiestruturada, além de descrever os fenômenos sociais, ajuda a compreender o contexto em sua totalidade, trazendo a presença ativa e consciente do pesquisador durante este processo. Com esse modelo de entrevista as informações podem emergir de forma mais espontânea, e as respostas apesar de precisar se encaixar num contexto, não precisam ser exatas e padronizadas (MANZINI, 2004).

4.2.5 Análise de Dados

O sentido da experiência tem a ver com a compreensão que o ser humano impõe sobre ela. O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Toda vivência tem como suporte ingredientes de um coletivo em que o sujeito se insere e as condições que ela ocorre. Também se faz necessário definir o objeto a partir de uma sentença problematizadora e teoriza-lo (DE SOUZA MINAYO, 2012). Neste caso, o objetivo é compreender a conhecimento dos usuários do SUS sobre a classificação de risco e traçar uma proposta de melhoria a partir de suas opiniões, associando o referencial teórico, a vivência profissional da autora e os achados da pesquisa.

Após realizado a coleta de dados, o material foi ordenado e organizado, e a empiria se torna elaboração teórica através do processo de tipificação. Para que o material tenha seu devido sentido os relatos e dados são organizados por ordem, conjuntos e relevância. Os dados são interpretados, de maneira a dar lugar a um texto fiel aos achados de campo e contextualizado, gerando uma síntese com base no objeto da pesquisa (DE SOUZA MINAYO, 2012).

Para encerrar o recrutamento de participantes da pesquisa, utilizou-se do processo de amostragem por saturação teórica, considerando empiricamente o momento em que os elementos do campo de pesquisa já não traziam aprofundamento ao trabalho (FONTANELLA et al., 2011). Ademais, as falas dos participantes demonstravam muita similaridade entre si, ao abordar o tema central da pesquisa – a classificação de risco.

Para compor e caracterizar a amostra, primeiro expôs-se os dados sócio-demográficos e os dados sobre acesso ao serviço, a fim de entender melhor quem é este usuário do SUS. As entrevistas foram enumeradas, para conseguir criar uma organização por ordem. Depois, para agrupá-las em conjuntos, dividimos as questões em: questões inerentes a CR e questões abertas para expor as opiniões dos participantes. A partir daí, os dados foram discutidos dentro de seus respectivos conjuntos, e procurou-se aproveitar todo o conteúdo.

Para analisar o conteúdo das questões inerentes a CR, utilizou-se a divisão por núcleos temáticos (funções da CR, informações sobre o tempo de espera,

satisfação e opiniões) e também a divisão pela própria numeração das perguntas, que iam de 1 a 7. Para contabilizar as proporções e analisar o conteúdo nas respostas dessas questões abertas, empregou-se o agrupamento por proximidade de falas, afirmações, negações e contexto. Para ilustrar os resultados de forma fidedigna, utilizamos a transcrição das respostas mais relevantes dos entrevistados na discussão.

4.2.6 Procedimentos Éticos

Este trabalho foi realizado em conformidade com as normas éticas fixadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº466/2012, bem como suas regulamentações sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Dessa forma, essa pesquisa foi aprovada pela Coordenadoria de Ensino e Pesquisa (CoEPe) do HSP (Anexo 1) e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (Anexo 2), por meio da plataforma Brasil sob o número do parecer 4.526.497, CEP/UNIFESP nº 1340/2020, CAAE – 39989620.6.0000.5505. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e a confidencialidade das informações, e todos foram apresentados e convidados assinar o TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido) (Apêndice 2) antes do início da entrevista. As entrevistas foram realizadas pela própria autora da pesquisa, com a intencionalidade de facilitar o acesso e abordagem adequada para com os pacientes desse contexto.

4.2.7 Limitações da pesquisa

Neste ponto iremos apresentar alguns aspectos inerentes às circunstâncias da coleta de dados, que ocorreu entre maio e junho de 2021. No momento da escolha dos participantes a serem entrevistados, foram considerados alguns pontos importantes para além dos critérios de inclusão e exclusão, que no decorrer da pesquisa se mostraram necessários.

Frente à alta demanda de pessoas e fragilidades da saúde pública, o PSG do HSP sofre com problemas de superlotação hospitalar, por ser um dos poucos

serviços hospitalares terciários e referência para diversas especialidades clínicas e cirúrgicas da cidade de São Paulo. Considerando a arquitetura da infraestrutura, os pacientes internados e com maior complexidade clínica encontram-se no primeiro andar deste serviço, na entrada do Edifício Jairo Ramos do Hospital São Paulo, e por esse motivo, o local se torna um dos ambientes mais movimentados do PSG. As pessoas encontram-se em situação de maior vulnerabilidade por conta de suas condições delicadas de saúde, e também devido a inquietude relacionada ao seu fluxo de atendimento.

As circunstâncias da pandemia do vírus Covid-19, que se instalou em março 2020 e se mantém até o presente momento de conclusão desta dissertação de mestrado (Novembro/2021), considera-se que houve influência direta no aumento do fluxo de atendimento PSG HSP. O setor de atendimento de pacientes com suspeita ou contaminados pelo vírus da Covid-19 também se encontram no primeiro andar do PSG.

Dinante desse cenário complexo e extremamente problemático, optou-se por não realizar entrevistas com os indivíduos que se encontravam em atendimento do primeiro andar do PSG HSP, local em que se encontram os setores e pacientes mais críticos, considerando um olhar empático frente a esse cenário delicado e visando não causar mais sofrimento, angústia e/ou ansiedade desses pacientes e acompanhantes. Portanto, a coleta de dados foi realizada com pacientes no andar térreo, a porta de entrada UPA Vila Mariana, onde se encontra a CR, e são atendidos nos consultórios e sala de medicação os pacientes em condições clínicas de menor gravidade e menos urgentes, os casos não cirúrgicos e sem necessidade de internação hospitalar.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo é apresentada a análise dos dados oriundos da pesquisa empírica, que foco no perfil sociodemográfico dos/as entrevistados/as e nas suas falas, com intuito de compreender suas percepções a respeito da CR do serviço de urgência do HSP. Assim sendo, iremos conhecer quem é o/a paciente e como ele/ela chegou até o pronto-socorro do HSP, dando espaço para capturar suas opiniões e sentimentos.

5.1 Perfil sociodemográfico de usuários e o acesso ao serviço

As respostas da primeira etapa da entrevista, dizem respeito sobre o perfil sociodemográfico e sobre o acesso ao serviço em questão, e continham apenas respostas de múltipla escolha, gerando dados que possibilitaram caracterizar e compreender quem é o paciente que procura este serviço.

Cada entrevista foi realizada em folha individual, contendo as seguintes informações de identificação: iniciais dos nomes, idade, sexo e/ou identidade de gênero, cidade de procedência e grau de instrução/escolaridade. Na Tabela 1 os dados estão agrupados para gerar uma melhor visibilidade aos resultados.

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos e de acesso ao serviço. São Paulo, 2021

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	10	55,55
Feminino	8	44,44
Idade		
18-30	7	38,88
30-60	6	33,33
60-80	4	22,22
Acima de 80	1	5,55
Grau de Instrução		
Não instruído	1	5,55
Ensino fundamental incompleto	2	11,11
Ensino fundamental completo	1	5,55
Ensino médio incompleto	2	11,11
Ensino médio completo	6	33,33
Ensino superior em andamento	4	22,22
Ensino superior completo	2	11,11
Primeira vez no serviço		
Sim	12	66,66
Não	6	33,33
Como conheceu o serviço		
Conversa Informal	9	50
Internet	5	27,77
Encaminhamento de outros serviços de saúde	3	16,66
Resgate	1	5,55
Total de participantes	18	100%

Fonte: Dados levantados na entrevista

Em relação à faixa etária, evidencia-se que sete pessoas possuíam entre 18-30 anos, seis pessoas entre 30-60, quatro pessoas entre 60-80 e uma pessoa com idade acima de 80 anos. Dentre os entrevistados, dez pessoas (55,55%) eram do sexo masculino, e oito pessoas (44,44%) do sexo feminino. Em relação a cidade de procedência, quinze pessoas (83,33%) eram da cidade de São Paulo, e três pessoas (16,66%) do ABC Paulista.

Sobre o grau de instrução dos participantes, uma pessoa não era instruída alfabeticamente, duas possuíam ensino fundamental incompleto, uma possuía ensino fundamental completo, duas possuíam ensino médio incompleto, seis

possuíam ensino médio completo, quatro possuíam ensino superior em andamento e dois possuíam ensino superior completo.

Ao constatarmos ser esse grupo heterogêneo, com idades, procedência e escolaridades distintas, reconhecemos a importância de um serviço de saúde público, com fácil acesso e portas abertas à demanda popular, no que diz respeito a abrangência de diferentes perfis de pessoas e seus diversos fenômenos sociais.

Para compreendermos como esse usuário do SUS chegou até ao hospital, foram realizadas três perguntas sobre o acesso ao serviço. Em relação a como os participantes conheceram o HSP, nove citaram por meio de conversa informal, cinco através da internet, três foram encaminhados por outros serviços de saúde e um foi trazido certa vez pelo resgate. Dessas pessoas, doze (66,66%) já eram frequentadores desse serviço e seis (33,33%) estavam no local pela primeira vez.

Os participantes foram indagados sobre o acesso ao HSP, com o propósito de conhecer o que levou este indivíduo até o hospital, além do intuito de criar uma atmosfera de acolhimento, conforto e confiança, através da escuta qualificada. Isso também favoreceu a sequência do diálogo, onde as demais questões abertas puderam fluir de forma mais tranquila.

Dentre as falas sobre o acesso ao HSP, podemos perceber, através da queixa do paciente em si qual era o seu problema de saúde no momento, envolvendo desde situações agudas, como por exemplo: acidentes domésticos e de trabalho, dores de múltiplas origens (neurológicas, cardíacas, ortopédicas) e problemas gineco-obstétricos; até problemas de saúde crônicos-agudizados e recorrentes, que em maioria procedia de indivíduos que já são frequentadores desse serviço de urgência e/ou fazem acompanhamento ambulatorial nos demais serviços da Unifesp.

5.2 Sobre a Classificação de Risco

A partir deste ponto abordaremos as falas que dizem respeito especificamente a CR e as opiniões dos/as entrevistados/as, apreendendo sua compreensão, nível de satisfação, e sugestões acerca das orientações sobre a CR.

Ao serem solicitados para comentar sobre o seu entendimento acerca da classificação de risco na questão “*O senhor/a sabe para que serve a classificação de risco?*”, a maioria dos participantes (quatorze) citou que no momento da CR o enfermeiro avalia os sinais vitais e encaminha para equipe médica. A minoria (quatro) afirmou apenas que o enfermeiro realiza o encaminhamento para equipe médica.

Em relação aos pacientes que mencionaram os sinais vitais (quatorze), todos eles se referiram primeira e espontaneamente à aferição de pressão arterial, como por exemplo:

*“Ah, aqui é onde o enfermeiro encaminha a gente pro doutor né. Vê a **pressão**...”* P5, 61 anos.

*“É a triagem né, onde o enfermeiro vai olhar a **pressão**, perguntar o que tá acontecendo, e daí manda nós pro médico atender.”* P10, 64 anos.

*“É onde a enfermeira olha a **pressão** né, pergunta o que está acontecendo e encaminha para o médico né.”* P3, 52 anos.

De acordo com uma publicação da OMS na revista *The Lancet*, o número de adultos com hipertensos entre 30 e 79 anos cresceu de 650 milhões para 1,28 bilhões nos últimos 30 anos; essa informação foi levantada através de uma pesquisa liderada pelo *Imperial College London* e a OMS, publicada em agosto de 2021, que analisou de maneira global prevalência, detecção e controle da hipertensão arterial (*COLLABORATION, NCD-RisC members listed, 2021*).

Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) mostram que devido à alta prevalência a nível mundial e sua relação com problemas cardiovasculares, internações hospitalares e altas taxas de morbimortalidade, ações educativas em relação a esse assunto são alvo frequente na promoção do cuidado em saúde da população

(TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007). Podemos associar essas informações ao fato da aferição de pressão arterial ser o sinal vital mais comentado no momento das entrevistas.

Quanto a esse aspecto, todos os participantes também frisaram que o enfermeiro é quem faz o encaminhamento para equipe médica, e apenas um deles citou o termo “especialidade médica”, que se refere a escolha de diferentes categorias de cuidado, conforme a queixa e história clínica apresentada.

“Sim, a gente passa com o enfermeiro né, eles avaliam a pressão e outros sinais, e encaminham a gente pra especialidade médica.”
P13, 24 anos.

Importante salientar que nenhum dos participantes falou a respeito de tempo de espera, diferentes ordens de atendimento e gravidade clínica, considerados também pontos cruciais quando pensamos nas funções da CR.

Sobre a compreensão acerca da **prioridade da classificação de risco** estabelecida pelo enfermeiro, a maioria dos participantes citou termos como: “idade”, “grave”, “pior estado” e até surgiu uma citação ao termo “gestante”, no que diz respeito a quem deveria ser atendido primeiro. Metade dos participantes também mencionou alterações de sinais vitais como critério de gravidade, se referindo a termos como: “pressão”, “febre” e “dor”. Apenas uma pessoa respondeu não saber sobre o assunto.

“O pessoal com alguma alteração ou mais idade passa na frente né.” P2, 24 anos.

“Não sei muito bem não, deve ser por idade. Mas tem gente de idade que fica aguardando muito tempo também, então não sei.”
P16, 49 anos.

Quando indagados sobre o **funcionamento da CR pela divisão de cores**, houve maior diversidade nas respostas, a maior parte das pessoas (oito) afirmou não compreender como funciona o tempo de espera da CR pela divisão de cores. Outros participantes (sete) disseram não saber exatamente, mas mencionaram algumas associações de cores, com tempo de espera e gravidade, por exemplo: “vermelho e laranja são atendidos mais rápido”, “o amarelo é em até uma hora de espera”, “o verde pode esperar mais”, etc. Duas pessoas declararam não conhecer,

mas entender que alguns necessitam de prioridade. E um participante disse saber da existência da divisão de prioridade por cores, mas não saber como funciona.

“Sei que tem algumas cores que tem prioridade, mas não sei exatamente como isso funciona.” P1, 31 anos.

“Sei que verde espera um pouco mais, amarelo que me deram é em até uma hora, e eu já acho muito.” Essa foi a fala da filha e responsável legal do paciente P6, 73 anos.

A CR determina as diferentes prioridades, por meio da divisão por cores, visando uma melhor organização da demanda da porta de entrada de um serviço de urgência. Porém podemos perceber nas respostas dos/as entrevistados/as que procuraram esse serviço, que esse conhecimento se mantém muito restrito aos profissionais de saúde e é pouco transmitido aos pacientes, fazendo com que não exerçam a autonomia devida no seu processo de atendimento.

Em 2017, realizou-se uma pesquisa lideradas por enfermeiros da UFMG (RONCALLI et al., 2017) em uma UPA situada em Belo Horizonte – Minas Gerais, mostrando a CR na visão dos próprios enfermeiros que realizam a classificação. Concluíram que, por vezes, há uma interpretação incorreta dos usuários que procuram o serviço em relação ao método de classificação utilizado, e que os mesmos não compreendem a relação dos seus próprios sinais e sintomas com a classificação recebida no momento da triagem.

Os enfermeiros justificam tal interpretação em decorrência da falta de informação da população em relação ao próprio método utilizado nos serviços de saúde para definir gravidade clínica e tempo de espera, levando os indivíduos muitas vezes até a questionar a capacidade do profissional enfermeiro para realizar a classificação de risco (RONCALLI et al., 2017). Isso também influencia os usuários a formularem a satisfação do seu atendimento com base numa opinião particularizada e individual, baseada num conhecimento subjetivo. Vale ressaltar também, a carga sentimental presente no momento de dor aguda, dificultando tal discernimento (OLIVEIRA et al., 2017).

Na entrevista abrimos um espaço para que os/as participantes pudessem apresentar **sugestões referentes à melhor forma de receber informações** sobre o tempo de espera do serviço de urgência do HSP. Algumas pessoas indicaram

mais de uma opção dentre as sugestões. Metade dos participantes (nove) disseram sentir falta de um profissional informando sobre o tempo de espera previsto para o atendimento médico.

Seis pessoas ressaltaram a importância de algo que fosse visualmente informativo, chegando a dar exemplos como *banner*, cartaz, panfleto, e até mesmo vídeo explicativo na sala de espera. Duas pessoas afirmaram sentir falta de receber alguma informação “em mãos”. Todas as falas evidenciam a carência de informações e ações educativas sobre a CR no serviço estudado. Também mostra que ocorre de os profissionais por vezes não orientarem de forma clara os pacientes após a CR.

“Ah, eu acho que falta algo mais informativo, mais visual. Se você não me dissesse isso, eu nem iria saber que aqui seguia aquele sistema por cores.” P12, 33 anos.

“Ah realmente falta alguma coisa né. Ninguém fala pra gente, não tem nada naquela TV, não tem cartaz.” P3, 52 anos.

“O próprio enfermeiro poderia nos dizer né, eles não falam nada... Não tem um cartaz informando, nada.” P4, 58 anos.

A enfermeira especialista em urgência e emergência Araújo, junto a acadêmicos de enfermagem da UFMG, realizou uma pesquisa através de entrevistas semiestruturadas num hospital terciário em Belo Horizonte – Minas Gerais, buscando entender e analisar o conhecimento prévio do usuário sobre a Rede de Atenção às Urgências e o funcionamento da CR. Esse trabalho evidenciou a falta de compreensão sobre o método da CR e o acesso às diferentes portas de entrada do SUS, em relação aos diferentes níveis de complexidades. Para contribuir com o serviço de urgência em questão, foi elaborado um *banner* informativo correlacionando o tempo de espera com as cores para os diferentes níveis de urgência (ARAÚJO et al., 2017).

Seguindo nesta linha de abertura à escuta aos/às usuários/as, solicitamos comentários sobre o que lhe incomoda enquanto está aguardando o atendimento médico. A maioria das respostas (sete) se referiu a espera prolongada, a demora no atendimento médico e demais fluxos hospitalares. Outra parte das pessoas (cinco) mencionaram não sentir incômodos em relação ao assunto. Quatro pessoas disseram se sentir apreensivas em relação ao risco de contaminação com o vírus

Covid-19, por estarem expostos em ambiente hospitalar. E duas pessoas declararam o desagrado com a falta de informação.

“Não tenho do que reclamar aqui do Hospital São Paulo, sempre venho e me tratam bem. Mas tem coisas que poderiam ser mais organizadas.” P7, 82 anos.

“Eu acho que é o tempo de espera mesmo. A gente até entende as condições aqui do hospital, que está lotado e essas coisas. Mas as vezes fico meio perdido” P1, 31 anos.

“Não me incomoda nada, mas agora com a pandemia do covid, a gente fica um pouco apreensivo de ficar aqui no hospital né.” P13, 29 anos.

Perguntados sobre sua **satisfação com o serviço de urgência do HSP**, a grande maioria dos participantes (dezessete) afirmou estar satisfeita com o atendimento até o momento. Contudo, duas pessoas acrescentaram que, apesar da satisfação, consideravam que ainda teria algo a melhorar. Apenas uma pessoa demonstrou insatisfação com o atendimento.

Importante salientar essa relação sobre como os pacientes demonstram satisfação apesar de terem alguns pontos de melhoria a declarar. Isso pode se justificar pela própria história e representatividade do HSP no contexto de saúde da cidade de São Paulo, onde muitos pacientes buscam esse serviço como referência positiva no quesito atendimento e resolução de seus problemas, além de possuir diversas especialidades médicas que fornecem tratamento de saúde via SUS.

Para finalizar a entrevista, solicitamos aos/às participantes a tecer considerações que julgassem pertinentes. A grande maioria das pessoas (dezessete) informou não ter mais contribuições a apresentar. Uma pessoa, a mesma que demonstrou insatisfação quanto ao atendimento, se sentiu à vontade para expor suas considerações, queixas e angústias.

“Eu penso que falta comunicação da equipe com nós pacientes, as informações só aparecem depois que perguntamos as coisas. Acho que os superiores, gerentes do hospital, deveriam ver mais de perto a realidade né. O volume de pacientes alto, não temos nenhum conforto pro meu pai aqui. Acho complicado”. Essa foi a fala da filha e responsável legal do paciente P6, 73 anos.

No Hospital das Clínicas de Porto Alegre, enfermeiras da Universidade Federal do Rio grande do Sul (UFRS), realizaram entrevistas com pacientes idosos a respeito da sua satisfação em relação ao atendimento recebido na CR. Evidenciaram que os idosos com quadro de maior gravidade consideraram o tempo de espera adequado, e aqueles que apresentavam menor gravidade apontaram de forma negativa o tempo de espera para atendimento médico. Destacaram a necessidade de qualificar a orientação aos usuários sobre o fluxo do atendimento, aprimorar a escuta nos demais setores do serviço de urgência, desenvolver atividades de capacitação para equipe e melhorar a comunicação entre as redes de atenção à saúde nas diferentes complexidades (GONÇALVES; BIERHALS; PASKULIN, 2015).

Nessa mesma linha de trabalho, uma pesquisa (SILVA *et al.*, 2016), realizada no hospital da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e liderada por enfermeiros evidenciou que os pacientes que tiveram maior acolhimento e receberam maior número de informações a respeito da CR, demonstraram maior satisfação em relação ao serviço de saúde. Os aspectos negativos apontados pela população do estudo foram em relação ao a falta de conforto do ambiente, o que nos mostra como fatores estruturais influenciam diretamente na sensação de acolhimento doente na porta de entrada do serviço de urgência. Nota-se que o uso eficiente de estratégias de comunicação e acesso à informação em saúde no âmbito das unidades de emergência do SUS, pode influenciar significativa e diretamente na satisfação dos usuários em relação ao serviço prestado (SILVA *et al.*, 2016).

Assim sendo, podemos notar através das falas dos entrevistados quais são os fatores passíveis de mudança para melhorar a experiência do usuário do SUS quando este da entrada num serviço hospitalar de urgência e emergência. Certos pontos como a falta de conforto proporcionada pela estrutura física do local, torna-se de difícil governabilidade, uma vez que envolvemos o financiamento público e sua aplicabilidade nesse serviço. Porém é possível aperfeiçoar o acesso às informações e proporcionar um melhor acolhimento nessa porta de entrada, através de ações de educação em saúde e/ou educação permanente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos os resultados provenientes da pesquisa empírica, podemos evidenciar que: muitos pacientes não realizam associação da CR com o tempo de espera baseado na divisão por cores; existe insatisfação quanto ao tempo de espera para atendimento médico, apontando também que o mesmo ultrapassa o limite de tempo previsto; existem queixas dos usuários/as do SUS sobre não serem orientados de forma devida pelo enfermeiro que realiza a CR; há falta de clareza nas informações.

Considero que ao desvendar essa realidade, à medida que foram evidenciados os pontos-chave da situação problematizada diante das informações fornecidas pelos pacientes, impôs-se também o desafio de auxiliá-los à compreender melhor o fluxo inerente ao tempo de espera delimitado no momento da classificação de risco, desafio este que pode ser enfrentado partir da construção do produto desse trabalho.

Dessa forma, trazemos perspectivas possíveis de: contribuir com o acesso às informações inerentes a CR, esclarecer dúvidas e inquietações dos pacientes a respeito da CR, melhorar a relação profissional x usuário do SUS na porta de entrada do pronto-socorro do HSP, fornecer melhor acolhimento na porta de entrada deste serviço de urgência e incentivar o protagonismo do indivíduo neste processo.

O sentido da pesquisa se finda junto com os fenômenos da relação entre o enfermeiro e o usuário do SUS, levando o conhecimento previamente inerente aos profissionais da saúde ao restante da população, de forma que o momento da classificação de risco tenha mais sentido e relevância a quem procura esse serviço de urgência.

Educar é impregnar de sentido o que fazemos a cada instante!

Paulo Freire

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). Health Literacy: report of the council of scientific affairs. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 35–46, 1999.

ARAÚJO, J. H. DE V. et al. Compreensão dos usuários do SUS sobre a classificação de risco na rede de urgência e emergência por meio de um programa de educação tutorial. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, p. e-1823, 2017.

AZEVEDO, P. R. DE et al. Ações de Educação em Saúde no contexto das Doenças crônicas: Revisão Integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 1, p. 260, 2018.

BARCELOS, T. DO N. DE et al. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, v. 45, n. 65, p. 1–8, 2021.

BAUER, M. S. et al. An introduction to implementation science for the non-specialist. **BMC Psychology**, v. 3, n. 1, p. 1–12, 2015.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, p. 139–154, 1998.

BERBEL, N. A. N.; SÍLVIO ANCIZAR SÁNCHEZ GAMBOA. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Filosofia e Educação**, v. 3, n. 2, p. 264–287, 2012.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: [s.n.]. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2009b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2010a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância e Atenção em Saúde, 2010b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. [s.l: s.n.]. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. [s.l.] Diário Oficial da União, 2011b. v. 193p. 56.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013 - Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL, M. DA S. DO. Portaria no 2.048, de 5 de novembro de 2002. Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. [s.l.] Diário Oficial da União, 2002. p. Seção 1, 32-54.

BRASIL, M. DA S. DO. Portaria nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. [s.l.] Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL, M. DA S. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. Série E Le ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Classificação de risco em pronto socorro universitário. **Nursing Magazine Digital**, 2014.

CAROLINA, V. et al. Acolhimento com classificação de risco: Caracterização da demanda em Unidade de Pronto Atendimento. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 1–8, 2016.

COFEN. **Resolução nº 423/2012.** **Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco.** *DF, Brasília: [s.n.].*

COLLABORATION, N. R. F. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. **The Lancet**, v. 398, p. 957–980, 2021.

DE SOUZA MINAYO, M. C. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

DUARTE, L. S.; MENDES, Á. N. Questão territorial, processo de regionalização do SUS e financiamento das redes temáticas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1–12, 2018.

DWYER, G. O. O.; OLIVEIRA, S. P. DE; SETA, M. H. DE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1881–1890, 2009.

ECCLES, M. P.; MITTMAN, B. S. Welcome to implementation science. **Implementation Science**, v. 1, n. 1, p. 1–3, 2006.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389–394, 2011.

GONÇALVES, A. V. F.; BIERHALS, C. C. K.; PASKULIN, L. M. G. Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. 3, p. 14–20, 2015.

- HANDLEY, M. A.; GORUKANTI, A.; CATTAMANCHI, A. Strategies for implementing implementation science: A methodological overview. **Emergency Medicine Journal**, v. 33, n. 9, p. 660–664, 2016.
- HULL, L. et al. Designing high-quality implementation research: Development, application, feasibility and preliminary evaluation of the implementation science research development (ImpRes) tool and guide. **Implementation Science**, v. 14, n. 1, p. 1–20, 2019.
- JÚNIOR, D. P.; SALGADO, P. DE O.; CHINACA, T. C. M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: Avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um Pronto Atendimento. **Rev LatinoAm Enfermagem**, v. 20, n. 6, 2012.
- JUNIOR, L. C. et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 627–636, 2015.
- JÚNIOR, W. C. et al. **Diretrizes para Implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de Atenção às Urgências e Emergências**. 2ª Ed ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2015.
- LOPES, E. M.; ANJOS, S. DE J. S. B. DOS; PINHEIRO, A. K. B. Tendências das Ações de Educação em Saúde Realizadas por Enfermeiros no Brasil. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 2, p. 273–277, 2009.
- MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage: Manchester Triage Group**. 3rd Ed ed. Manchester: BMJ Books, 2014.
- MALFUSSI, L. B. H. DE et al. Concordância de um protocolo institucional de Avaliação com Classificação de Risco. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 1–8, 2018.
- MANZINI, E. J. **Entrevista Semi-Estruturada: Análise de Objetivos e Roteiros**. Seminário Internacional Sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos. **Anais...Bauru**: 2004
- MORENO, E. C. S. G. et al. Acolhimento Com Classificação De Risco Em Um Hospital Da Rede Pública: Percepção Dos Usuários. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, p. 89–97, 2018.

- NEMI, A.; GALLIAN, D.; MINHOTO, M. A. P. **Unifesp 25 anos: histórias e reflexões**. São Paulo: Editora Unifesp, 2020.
- NETO, O. C. et al. A atuação do enfermeiro no Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de saúde. **Journal Of Health Sciences**, v. 20, n. 4, p. 295–302, 2018.
- OLIVEIRA, J. L. C. DE et al. Acolhimento com classificação de risco: Percepção de usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1–8, 2017.
- PADILHA, A. R. S. et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 579–593, 2018.
- PASSAMAI, M. DA P. B. et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 301–314, 2012.
- PAULO, U. F. DE S.; MEDICINA, A. P. PARA O D. DA. **Atendimento Hospitalar do Hospital São Paulo**. Disponível em: <<http://www.hospitalsaopaulo.org.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- RIGON, A. G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: O que tem sido ou há para ser dito? **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 812–817, 2011.
- RONCALLI, A. A. et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: Visão do Enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. e16949, 2017.
- ROSSO, A. J.; SOUZA, A. P. DE. A formulação dos objetivos de pesquisa na pós-graduação em Educação: uma discussão necessária. **RBPG. Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 2, n. 3, p. 118–133, 2005.
- SANTANA, J. DE F. et al. Desafios e potencialidades da alfabetização em saúde no contexto do empoderamento: revisão sistemática da literatura. **Revista InterScientia**, v. 5, n. 1, p. 211–224, 2017.

- SANTOS JÚNIOR, G. A. DOS et al. Integration of clinical pharmacy services into the Brazilian health system using Problematization with Magueres Arc. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 15, n. 2, p. 173–181, 2019.
- SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Comunicação Saúde educação**, v. 22, n. 64, p. 177–188, 2018.
- SILVA, P. L. et al. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 427–433, 2016.
- SOUZA, C. C. DE et al. Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester: concordância interna e entre observadores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3005, 2018.
- SOUZA, C. C. DE; ARAÚJO, F. A.; CHINACA, T. C. M. Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 142–149, 2015.
- STARS, I. Health literacy as a challenge for health education. **SHS Web of Conferences**, v. 40, n. 3, 2018.
- STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, I. Defining knowledge translation. **Cmaj**, v. 181, n. 3–4, p. 165–168, 2009.
- TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. D. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 233–238, 2007.
- UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. **Programas de Residência**. Disponível em: <https://www.unifesp.br/> Acesso em: 16 set. 2021.
- ZEPEDA, K. G. M. et al. Fundamentos da Ciência da Implementação: um curso intensivo sobre um emergente campo de pesquisa. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, p. 1–8, 2018.

APÉNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO / ROTEIRO DE PESQUISA

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Iniciais:

2. Idade:

3. Sexo / Identidade de gênero:

- Feminino Masculino Mulher Trans Homem Trans
 Travesti Não-binário

4. Cidade de procedência:

5. Grau de instrução / Escolaridade:

- Não instruído Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio completo Ensino Superior em Andamento
 Ensino Superior completo Pós – Graduação Completa
 Pós – Graduação em Andamento Mestrado / Doutorado em Andamento
 Mestrado / Doutorado Completo

SOBRE O SERVIÇO:

1. Como conheceu o Hospital São Paulo?

- Conversa informal / “boca a boca” Internet Revistas / Jornais
 Encaminhamento/orientação de outro serviço de Saúde Resgate
 Outros

2. É a primeira vez que procura este serviço?

- Sim Não

3. O que trouxe você a este serviço hoje?

SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- 1. O senhor/a sabe para que serve a Classificação de Risco?**
- 2. O senhor/a sabe como o enfermeiro classifica quem deve ter prioridade?**
- 3. O senhor/a compreende como funciona o tempo de espera da classificação de risco pela divisão de cores?**
- 4. Para você, qual seria a melhor forma de receber informações sobre o tempo de espera deste pronto-socorro?**
- 5. O que lhe incomoda quando o senhor/a está aqui aguardando atendimento médico?**
- 6. O senhor/a está satisfeito com o atendimento deste serviço até este momento?**
- 7. Tem algo que não perguntei, mas você considera importante colocar?**

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

A presente pesquisa intitulada **“Educação em Saúde em um Serviço de Urgência e Emergência: Implementação de uma proposta educativa sobre a Classificação de Risco na Percepção dos Usuários do SUS”**, tem como objetivo principal *implementar uma proposta educativa sobre o atendimento na Classificação de Risco (CR) em uma unidade de Urgência e Emergência, com intuito de melhorar o protagonismo do usuário do SUS neste processo.*

Eu, *Taynara Valério Santos* aluna de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde, programa de Mestrado Profissional do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob orientação da docente Profa. Dra. *Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert*, venho por meio deste convidá-lo (a) voluntariamente a participar da pesquisa.

Esta pesquisa será realizada junto aos usuários do SUS que procuram o Pronto Socorro Adulto do Hospital São Paulo. A coleta de dados será realizada da seguinte forma: o Sr(a) responderá à uma entrevista semi-estruturada com base em um roteiro contendo dados sócio-demográficos para traçar o perfil dos participantes. Em seguida, o Sr(a) irá responder questões relacionadas às suas percepções sobre o atendimento recebido na CR e suas percepções sobre este serviço enquanto aguarda o atendimento médico. Esta entrevista terá duração aproximada de 15 minutos, ocorrendo nesta unidade durante o dia e/ou noite, conforme a ciência da chefia imediata. O conteúdo será manuscrito no roteiro e gravado via celular, e em seguida, apresentado aos participantes da pesquisa para que haja validação das informações coletadas. Durante todo o processo será preservada a identidade do participante, sendo os dados de responsabilidade dos pesquisadores e após cinco anos do término da pesquisa serão descartados.

A sua participação na pesquisa é de suma importância e mesmo não tendo benefícios diretos para o participante, indiretamente contribuirá para melhorar o atendimento da CR e do Pronto-Socorro do Hospital São Paulo.

A participação nesta pesquisa envolve riscos mínimos aos participantes, podendo ocasionar apenas desconforto ao ser entrevistado. Nesta pesquisa, não haverá despesa pessoal para o participante em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

A qualquer momento, se for de seu interesse, você poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do mesmo. Quando o estudo for finalizado, você será informado (a) sobre os principais resultados e conclusões obtidas.

Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado(a) a sua identificação ou de outros participantes em nenhum momento, utilizados para a pesquisa científica. O Sr. (a) não terá ônus nem bônus em qualquer fase da realização do estudo e terá o direito de ser informado sobre os resultados dos dados coletados em qualquer momento do estudo, e haverá a garantia do sigilo ao participante.

Há risco de quebra de sigilo dos dados, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isso não ocorra. Caso a pesquisa resulte comprovadamente em dano pessoal, ressarcimento e indenizações previstas em lei poderão ser requeridos pelo participante. Este Termo deverá ser lido, dado aceite e assinado pelo participante ou responsável legal, que receberá uma via.

Em qualquer etapa do estudo, o Sr.(a) terá acesso às pesquisadoras responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora Taynara Valério Santos e sua orientadora Profa. Dra. Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert, podem ser encontradas no endereço Rua Pedro de Toledo, 859, Vila Clementino – São Paulo/SP, Telefone: (11) 5576 - 4874. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre questões éticas da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – Rua Botucatu, 740 – 5º andar (sala 557), Vila Clementino - CEP 04023-900, São Paulo/SP – telefones: (11) 5571-1062 / Fax: (11) 5539-7162, *e-mail*: cep@unifesp.edu.br.

Eu, _____, certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento, e entendi seu conteúdo, também sei que qualquer informação obtida será confidencial e acredito ter sido suficientemente informado a respeito do estudo **“Educação em Saúde em um Serviço de Urgência e Emergência: Implementação de uma Proposta Educativa sobre a Classificação de Risco na Percepção dos Usuários do SUS”**.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

São Paulo, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do Participante


Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda “que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos”.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura da Orientadora Responsável

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa (CoEPE) do HSP

	Comitê de Ensino, Pesquisa e Extensão - CoEPE Hospital São Paulo-Hospital Universitário UNIFESP
---	---

Ofício CoEPE do HSP-HU/UNIFESP nº 399/20

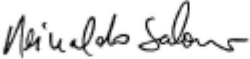
São Paulo, 31 de agosto de 2020.

Ilmo(a). Sr(a).
Prof(a). Dr(a). Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert
Orientador(a)

Prezados Professor(a)

O Comitê de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital São Paulo - HU da UNIFESP, está de acordo com a realização do Projeto de Pesquisa intitulada: "Educação em saúde em um serviço de urgência e emergência: avaliação de um projeto educativo sobre classificação de risco na percepção dos usuários do SUS", da aluna de mestrado Taynara Valério dos Santos.

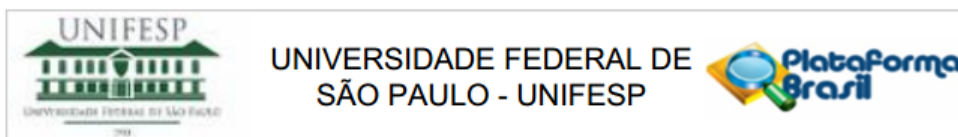
Atenciosamente,



Prof. Dr. Reinaldo Salomão
Coordenador do Comitê de Ensino, Pesquisa e Extensão
Hospital São Paulo – Hospital Universitário da Unifesp

Rua Napoleão de Barros, 715 1º andar – CEP: 04024-002 – São Paulo – SP
Tel.: (55) (11) 5576-4848 vop 17253

ANEXO 2 – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação em Saúde em um Serviço de Urgência e Emergência: Avaliação de um Projeto Educativo sobre a Classificação de Risco na Percepção dos Usuários do SUS

Pesquisador: OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39989620.6.0000.5505

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.526.497

Apresentação do Projeto:

-Projeto CEP/UNIFESP n:1340/2020 (parecer final)

-Trata-se de Projeto de Mestrado Profissional de Taynara Valério Santos (Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde).

-Orientador: Prof. Dr. Otilia Maria Lucia Barbosa Seiffert;

-Projeto vinculado ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Campus São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1641072.pdf, gerado em 4/11/2020)

APRESENTAÇÃO: A Classificação de Risco (CR) é um importante instrumento utilizado na identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. O atendimento deve ser priorizado pela gravidade clínica do paciente e não pela ordem de chegada ao serviço, e por muitas vezes os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que procuram atendimento de urgência demonstram uma falta de compreensão deste processo. Dessa forma, o objetivo deste estudo é promover e

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-900

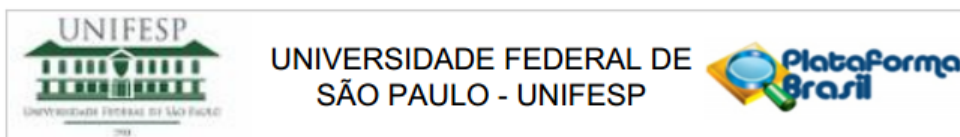
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.526.497

avaliar a implementação de um projeto educativo piloto com foco no esclarecimento da importância da CR e suas funções, com o intuito de contribuir para a reorganização e qualidade de atendimento deste serviço de urgência e emergência, com vistas ao engajamento dos usuários do SUS em seu próprio processo de atendimento. Assim sendo, também será possível agregar conhecimentos relevantes à produção acadêmica no eixo de Educação em Saúde.

-HIPÓTESE: A medida que forem evidenciados os pontos-chave da situação problematizada diante das informações fornecidas pelos pacientes, considera-se ser possível contribuir para a reorganização e qualidade de atendimento na CR, com vistas ao engajamento dos usuários do SUS em seu próprio processo de atendimento nos serviços de urgência e emergência. Assim sendo, será possível agregar conhecimentos relevantes à produção acadêmica no eixo de Educação em Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Promover e Avaliar a implementação de uma proposta educativa piloto sobre atendimento da Classificação de Risco (CR) em uma unidade urgência e emergência, com o intuito de incentivar o protagonismo do usuário do SUS nesse processo.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: Caracterizar a demanda dos pacientes na porta de entrada de um serviço de urgência e emergência terciário do SUS; Identificar suas dúvidas, compreensão e satisfação a respeito da classificação de risco realizada pelo profissional enfermeiro; Descrever o processo de Classificação de Risco do serviço de Urgência e Emergência que se desenvolve num serviço hospitalar de urgência e emergência de portas abertas e alta demanda; Analisar na literatura nacional e internacional, evidências acerca de processos educativos e orientações ao paciente durante o atendimento na Classificação de Risco; Elaborar e implementar um projeto educativo piloto sobre o processo de Classificação de Risco para usuários do serviço de urgência estudado, envolvendo profissionais desse local.

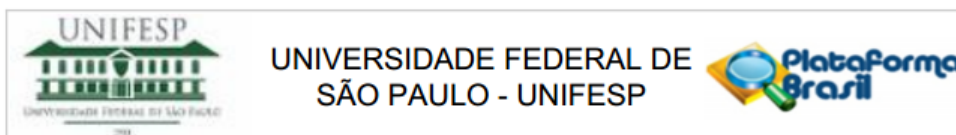
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: A participação nesta pesquisa envolve riscos mínimos aos participantes, podendo ocasionar apenas desconforto ao ser entrevistado.

-BENEFÍCIOS: A medida que forem evidenciados os pontos-chave da situação problematizada diante das informações fornecidas pelos pacientes, considera-se ser possível contribuir para a reorganização e qualidade de atendimento na CR, com vistas ao engajamento dos usuários do SUS

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.526.497

em seu próprio processo de atendimento nos serviços de urgência e emergência. Assim sendo, será possível agregar conhecimentos relevantes à produção acadêmica no eixo de Educação em Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Pesquisa Empírica: O foco inicial desta pesquisa encontra-se em compreender dúvidas e opiniões de pacientes que procuram atendimento em serviços de urgência e emergência, sobre a classificação de risco. A ideia do estudo é focar num serviço hospitalar de portas abertas e alta demanda, situado na cidade de São Paulo.

LOCAL: Pronto Socorro Adulto do Hospital São Paulo Socorro Adulto do Hospital São Paulo (serviço hospitalar de portas abertas e alta demanda, situado na cidade de São Paulo);

PARTICIPANTES: Serão entrevistados 300 pacientes que procuram o serviço de Urgência e Emergência do HSP.

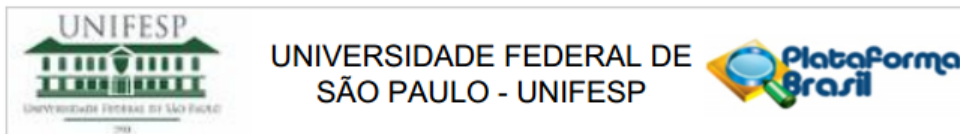
-Critério de Inclusão: Para escolha dos sujeitos que serão inclusos na amostra da pesquisa, foi pré-determinado uma lista de critérios de inclusão: Pacientes que já tenham sido classificados pelo enfermeiro; Pacientes que tenham sido classificados entre azul e laranja; Pacientes que se encontrem num período do atendimento em que apresentem condições clínicas estáveis para responder à entrevista; Pacientes que tenham sido classificados e passado por atendimento médico há menos de seis horas.

-Critério de Exclusão: Pacientes que apresentem desorientação e/ou confusão mental, seja de caráter clínico, psiquiátrico e/ou senilidade; Pacientes internados; Pacientes classificados com a cor vermelha: Sala de Emergência; Pacientes que não apresentem condições clínicas estáveis no momento de responder à entrevista; Pacientes idosos que possuam déficits cognitivos e/ou físicos, que não tenham presente um representante legal para responder ao formulário.

PROCEDIMENTOS:

-A coleta de dados será através de uma entrevista com base em um roteiro semi-estruturado, que será pré-testado e revisado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Essa entrevista será realizada pela própria autora da pesquisa, o que poderá facilitar o acesso e abordagem adequada para com os pacientes desse contexto.

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.526.497

- Após a coleta, sistematização e análise dos dados, a segunda fase do trabalho consiste na elaboração e implementação de uma proposta educativa nesse mesmo serviço com base nas sugestões dos entrevistados em diálogo com as evidências científicas analisadas e com o referencial teórico metodológico estabelecido.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados. Projeto completo.

2- TCLE a ser aplicado aos participantes.

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)- autorização do CoEPE n: 399/2020 (Autorizacao_CoEP.pdf, postado em 9/10/2020)

b)- roteiro da entrevista/questionário que será aplicada (APENDICE_1_Formulario_de_Pesquisa_Taynara.pdf, postado em 9/10/2020)

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 4452467 de 10 de Dezembro de 2020. PROJETO APROVADO.

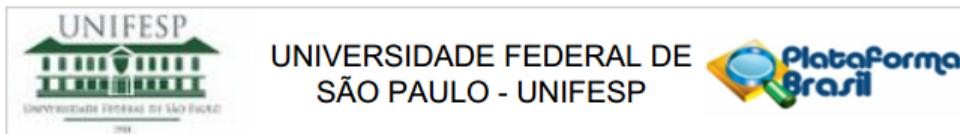
PENDÊNCIA 1 - No TCLE lê-se: "Na segunda fase, os usuários do Pronto-Socorro do Hospital São Paulo (poderão ser os participantes da primeira etapa da pesquisa ou não), responderão a uma entrevista semiestruturada baseada em um segundo roteiro, se notaram alguma melhora na compreensão das informações inerentes a CR após implementação de uma proposta educativa a ser elaborada e implementada neste ProntoSocorro." Em relação a isso, solicitamos esclarecer:

1.a)- não foi informado na metodologia do projeto, que serão aplicadas entrevistas em 2 momentos e que serão 2 roteiros de entrevista diferentes;

RESPOSTA: Informo na metodologia em "Pesquisa Empírica", na página 25 do projeto detalhado, que serão aplicadas entrevistas em dois momentos, com roteiros diferentes respectivamente.

A coleta de dados será realizada em dois momentos. No primeiro momento, teremos a realização

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.526.497

de uma entrevista com base em um roteiro semi-estruturado (Apêndice 1), que será pré-testado e revisado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). As entrevistas serão realizadas pela própria autora da pesquisa, com a intencionalidade de facilitar o acesso e abordagem adequada para com os pacientes desse contexto.

Conforme propõe a Ciência da Implementação (2006) após a implementação da proposta educativa (segundo momento), se processará a avaliação (terceiro momento), procurando identificar potências, fragilidades e perspectivas de desenvolvimento da proposta na rotina do hospital. Para essa avaliação, será utilizado um segundo roteiro de entrevista, que só será elaborado após do primeiro momento da pesquisa empírica e da estruturação da proposta educativa.

PENDÊNCIA ATENDIDA

.....

1.b)- não foi anexado na Plataforma Brasil, o 2º roteiro de entrevista;

RESPOSTA: Informe que o segundo roteiro da entrevista não será anexado pois, o mesmo será elaborado após a elaboração da proposta educativa, que se dará a partir da sugestão dos entrevistados na primeira fase da coleta de dados. Está descrito na metodologia em "Pesquisa Empírica", na página 25 do projeto detalhado.

Conforme propõe a Ciência da Implementação (2006) após a implementação da proposta educativa (segundo momento), se processará a avaliação (terceiro momento), procurando identificar potências, fragilidades e perspectivas de desenvolvimento da proposta na rotina do hospital. Para essa avaliação, será utilizado um segundo roteiro de entrevista, que só será elaborado após do primeiro momento da pesquisa empírica e da estruturação da proposta educativa.

PENDÊNCIA ATENDIDA

.....

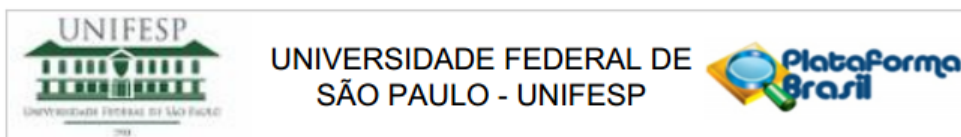
1.c)- não ficou claro, na metodologia do projeto, em que momento e de que forma será aplicada a proposta educativa;

Será necessário adequar a metodologia, inserindo todas essas informações de modo claro.

RESPOSTA: Na página 26 do projeto em "A Proposta Educativa", explico em que momento e de que maneira a mesma será aplicada.

Após o primeiro momento da coleta, sistematização e análise dos dados, a próxima fase da

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.526.497

pesquisa consiste na elaboração e implementação de uma proposta educativa no serviço de urgência do Hospital com base nos achados identificados nas entrevistas em diálogo com as evidências científicas analisadas e com o referencial teórico metodológico estabelecido.

Importante ressaltar que para a construção da proposta educativa, considera-se também o conceito de educação de Freire (2005) como um tipo de liberdade capaz de dar autonomia aos sujeitos no seu modo de agir e pensar. Segundo ele, os princípios fundamentais aos educadores são: saber ouvir; desmontar a visão mágica; aprender/estar com o outro; assumir a ingenuidade dos educandos e viver pacientemente impaciente.⁴⁷

Tendo como o local do estudo o Hospital Escola da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), entende-se que essa instituição é altamente favorável às ações do eixo educação em saúde, favorecendo a população que utiliza os recursos assistenciais do SUS.

O roteiro elaborado para entrevista semi-estruturada contém a seguinte pergunta aberta: "Quais seriam suas sugestões de melhoria para que haja maior esclarecimento em relação ao tempo de espera, à indicação do atendimento médico (especialidade) e a outras informações pré-determinadas na Classificação de Risco?" A partir dos relatos provenientes desta questão, será elaborada uma proposta educativa, que abranja da melhor forma as solicitações dos pacientes, e que seja acessível, clara e auto-explicativa.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 2- Solicitamos adequar o projeto detalhado: alguns parágrafos (pg.7) estão marcados em amarelo.

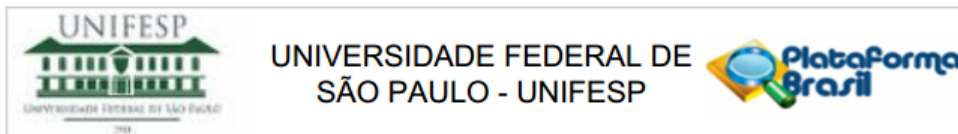
RESPOSTA: Informo que foi retirado o realce em amarelo dos parágrafos da página 7 do projeto detalhado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 3- Por favor, inserir nos critérios de inclusão, a faixa etária dos participantes. Lembramos que se houver a participação de menores de idade será necessário anexar Termo de Assentimento e TCLE dirigido aos pais/responsáveis.

RESPOSTA: Foi inserido nos critérios de inclusão descritos em "Pesquisa Empírica", página 25 do projeto detalhado, a faixa etária dos participantes da pesquisa.

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.526.497

Para escolha dos sujeitos que integrarão a amostra da pesquisa, foi pré-determinado um conjunto de critérios:

- Pacientes que já tenham sido classificados pelo enfermeiro;
- Pacientes que tenham sido classificados entre azul e laranja;
- Pacientes que se encontrem num período do atendimento em que apresentem condições clínicas estáveis para responder à entrevista;
- Pacientes que tenham sido classificados e passado por atendimento médico há menos de seis horas;
- Pacientes maiores de 18 anos.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 4 - Adequar o formulário de informações básicas da Plataforma Brasil, campo "Propõe dispensa do TCLE?": na presente pesquisa, o TCLE será aplicado, desta forma, neste campo o correto é informar "NÃO". (neste campo deve ser informado "SIM", somente quando o pesquisador for de opinião que não é necessário aplicar o TCLE, ou seja, está se solicitando a dispensa de ter que aplicar o TCLE).

RESPOSTA: Assinalo NÃO no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil, pois na presente pesquisa o TCLE será aplicado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

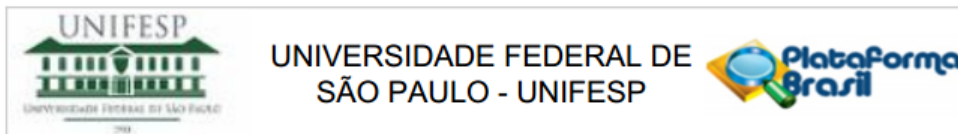
PENDÊNCIA 5 – Em relação ao TCLE (Apendice_2_TCLE_Taynara.pdf, postado em 9/10/2020)

5.a)- informar de modo resumido, mas claro, de que forma será aplicada e em que consiste a "proposta educativa";

RESPOSTA: Informo no TCLE (Apêndice 2), de que forma será aplicada e qual o intuito da proposta educativa.

Esta pesquisa será realizada junto aos usuários do SUS que procuram o Pronto Socorro Adulto do Hospital São Paulo. A coleta de dados será realizada em 2 fases: na primeira fase, o Sr(a) responderá à uma entrevista semi-estruturada com base em um formulário contendo dados sócio-demográficos para traçar o perfil dos participantes. Em seguida, o Sr(a) irá responder questões relacionadas às suas percepções sobre o atendimento recebido na CR. Na segunda fase, os usuários do Pronto-Socorro do Hospital São Paulo (poderão ser os participantes da primeira etapa

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.526.497

da pesquisa ou não), responderão a uma entrevista semi-estruturada baseada em um segundo roteiro, se notaram alguma melhora na compreensão das informações inerentes a CR após implementação de uma proposta educativa a ser elaborada e implementada neste Pronto-Socorro. Estas entrevistas terão duração aproximada de 15 minutos, ocorrendo nesta unidade durante o dia e/ou noite, conforme a ciência da chefia imediata. O conteúdo será manuscrito no roteiro semi-estruturado e em seguida, apresentado aos participantes da pesquisa para que haja validação das informações coletadas. Durante todo o processo será preservada a identidade do participante, sendo os dados de responsabilidade dos pesquisadores e após cinco anos do término da pesquisa serão descartados.

PENDÊNCIA ATENDIDA

5.b)- no campo de assinaturas, inserir local para o nome dos pesquisadores que irão aplicar o TCLE.

RESPOSTA: No final do TCLE (Apêndice 2), consta apenas espaço para a autora da pesquisa (Taynara Valério dos Santos) assinar o documento, pois a mesa será a única pesquisadora responsável por realizar as entrevistas. Tal informação está descrita em "Pesquisa Empírica", na página 25 do projeto detalhado.

As entrevistas serão realizadas pela própria autora da pesquisa, com a intencionalidade de facilitar o acesso e abordagem adequada para com os pacientes desse contexto.

PENDÊNCIA ATENDIDA

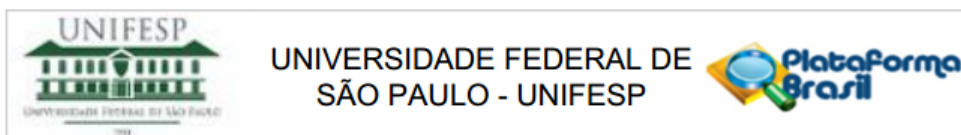
Considerações Finais a critério do CEP:

1 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação toda proposta de modificação ao projeto original, incluindo necessárias mudanças no cronograma da pesquisa, deverá ser encaminhada por meio de emenda pela Plataforma Brasil.

2 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.526.497

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1641072.pdf	06/01/2021 16:09:27		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.doc	06/01/2021 16:06:10	OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT	Aceito
Outros	APENDICE_1_FORMULARIO.docx	06/01/2021 16:05:29	OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_2_TCLE.docx	06/01/2021 16:04:36	OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4452467.pdf	06/01/2021 16:04:15	OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Classificacao_de_Risco_Taynara_PLATAFORMABRASIL_05_01_v2.doc	06/01/2021 16:03:53	OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT	Aceito
Folha de Rosto	TAYNARA_Folha_Platforma_Brasil_03_11_2020.pdf	04/11/2020 15:58:20	OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	TAYNARA_COMITE_ETICA_UNIFESP.pdf	09/10/2020 18:09:17	OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT	Aceito
Outros	Autorizacao_CoEP.pdf	09/10/2020 18:04:19	OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT	Aceito
Orçamento	QUADRO_ORCAMENTARIO.pdf	09/10/2020 18:00:13	OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT	Aceito
Cronograma	Cronograma_Detalhado.docx	09/10/2020 17:59:27	OTILIA MARIA LUCIA BARBOSA SEIFFERT	Aceito

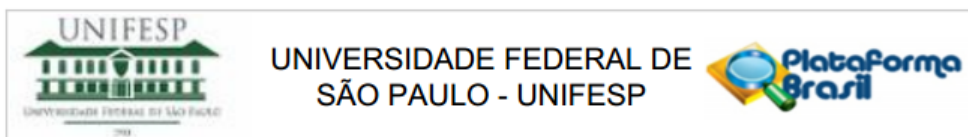
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.526.497

SAO PAULO, 05 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Ediléia Bagatin
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br