



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATALI ANDRADE RIBEIRO

**ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS  
2016

NATALI ANDRADE RIBEIRO

ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Ma. Ana Paula Santos de Jesus.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS  
2016

**NATALI ANDRADE RIBEIRO**

**ANLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO  
DE RISCO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharela em Enfermagem pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovado em 15 de fevereiro de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Ana Paula Santos de Jesus – Orientadora  
Mestra em Enfermagem – Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

---

Thiago da Silva Santana – Membro Interno  
Mestre em Enfermagem – Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)  
Professor Substituto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

---

Graziele Santana Bomfim – Membro Externo  
Especialista em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

*Dedico este trabalho para todas (os) as (os) Profissionais de Saúde das Unidades de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus, que estão comprometidos com a consolidação e solidificação dos princípios do SUS, ofertando um serviço humanizado e qualificado.*

## AGRADECIMENTOS

Registro meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, de alguma forma, para que eu realizasse esta graduação, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Minha eterna gratidão, a *priore*, a Deus, e ao seu filho Jesus Cristo, meu melhor amigo, por estar comigo em todos os momentos, iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. A Ele, meu amor e adoração eterna.

Agradeço, especialmente, à minha mãe Joana e ao meu pai Bartolomeu, que abdicaram dos seus sonhos para viver os meus, e em especial aos meus irmãos Juarez, Jackson e Natan que sempre acreditaram em meu potencial, às minhas irmãs, Liumara, Joelma, Leia, Ilmara e Maridalva, pelo apoio e cumplicidade. Aos meus sobrinhos (as) pelos momentos de alegria experimentados. Aos meus cunhados e cunhadas por estarem sempre dispostos a me ajudar em todas as situações.

Agradeço todos os dias a Deus pela família que tenho, e não acho que mereço nem mais nem menos, cada um tem sua especificidade com a qual me faz aprender sempre algo diferente. Espero que nossa harmonia nunca acabe e que nossos encontros sejam constantes.

À tia Lucy e minha prima Leila, pelas palavras de incentivos, carinho e atenção dispensados em momentos de tensão.

Agradeço à minha família espiritual da Betânia pelo cuidado, apoio e compreensão; é bom poder contar sempre com vocês, em especial ao Grupo Frutos da Fé, pelos momentos de interação e conhecimentos da palavra de Deus.

À minha cadela Bela, que esteve sempre ao meu lado, entendendo-me nos momentos de ausência, dando-me apoio e carinho nos momentos de solidão.

À minha equipe de trabalho da Unidade de Saúde do Calabar por compreender os meus momentos de ausência e pelo apoio.

À família Bambinos, em especial à Rosa, pelo apoio incondicional disponibilizado nesta caminhada.

À enfermeira Indiara, por todos os cuidados dispensados, pelas palavras de incentivo e pelo exemplo de profissional, sempre ética e humana.

Ao meu amigo irmão Edilson, por acreditar no meu sonho e por apontar o caminho em direção e ele, sempre disposto a me ajudar.

A você, Jarbas Delane, meu agradecimento, por estar sempre disposto a me ajudar, ouvir e, acima de tudo, por me incentivar na conquista deste sonho.

Às minhas irmãs e irmãos do coração, Jamylli, Maria, Antônia, Edna, Nena, Val, Neuza, Clélia, por suportarem meus momentos de insegurança e auxiliarem constantemente nesta trajetória.

Às minhas amigas, Alessandra, Polly, Madalena, Islene, Nivea, Mirtes, Cristina, Jozana, Nailza e Juci pelo cuidado, incentivo e por me auxiliarem nos momentos de sufoco.

Aos amigos que conquistei nesta trajetória, juntos partilhamos descobertas, desafios e conquistas, dividimos medos e incertezas, e unidos alcançamos nossos sonhos.

Às minhas queridas amigas, Larissa, Sara, Jayanne, Elaine, Cleise, por estarem sempre comigo, apoiando, orientando, brincando, foi muito bom e produtivo estes momentos. Em especial agradeço a Gui, que conquistou meu coração com seu jeito meigo e carinhoso, suportando os meus silêncios e ouvindo com paciência meus temores e compartilhando conhecimentos, valeram os momentos de conversas, discussões e distrações, a você princesa Gui, todo sucesso do mundo.

Aos mestres minha gratidão pelos momentos preciosos de interação e conhecimentos apreendidos. À Profa. Ma. Ana Paula, minha “orientadora e tutora”, que possibilitou-me aprendizagens únicas, por meio do grande incentivo e orientação que me foram concedidos durante essa jornada.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram com a concretização deste sonho, meus sinceros agradecimentos. Amo vocês!

*“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.*

*(Paulo Freire)*

RIBEIRO, Natali Andrade. **Análise do grau de implantação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de saúde da família.** 2015. 86 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2016.

## RESUMO

O estudo tem como objetivo avaliar o grau de implantação do acolhimento com classificação de risco (ACR) em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantiqualitativa e avaliativa, do tipo análise de implantação, realizada em uma USF piloto do município de Santo Antônio de Jesus. Participaram do estudo 17 informantes-chaves, que incluíram os profissionais atuantes na USF há, no mínimo, 2 meses, além da gerente da unidade e os gestores envolvidos no processo de implantação do ACR. Para o levantamento de informações foram realizadas entrevistas, através da aplicação de formulários semi-estruturados, um para cada informante chave; a observação sistemática; e a análise de documentos oficiais utilizados no período de implantação do ACR. A análise e interpretação dos dados foram realizados a partir da técnica de análise de conteúdo, de Bardin; as variáveis categóricas foram representadas através de percentuais, apresentadas sob a forma de quadros e gráfico, por intermédio do programa Excel. Para classificar quanto ao grau de implantação das dimensões gestoras e profissionais foram definidos como pontos de corte: 76% a 100%, implantado; 51% a 75%, parcialmente implantado; 26% a 50%, baixo nível de implantação; e, abaixo de 26%, implantação incipiente. Os resultados evidenciaram que a implantação do ACR teve início no ano de 2013, através do ciclo de oficinas, tendo possibilitado discussões inerentes ao processo de trabalho em equipe, estrutura física, organização da agenda dos profissionais e a escolha do modelo de acolhimento. O acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade alcançou o grau de parcialmente implantado, com percentual de 57,53%, considerando a média das dimensões avaliadas. Quando analisadas separadamente, constatou-se que a Dimensão I, relativa à estrutura física e ambiência, apresentou um percentual de 68,99%, sendo considerada parcialmente implantada, assim como a Dimensão II, sobre os recursos materiais e medicamentos, e a Dimensão III sobre o funcionamento do acolhimento, com 62,87% e 52,12%, respectivamente. Quanto ao funcionamento da classificação de risco, a Dimensão IV atingiu um percentual de 46,15%, sendo considerado como baixo nível de implantação. Conclui-se que o ACR alcançou o grau de parcialmente implantado devido à falta de insumos e medicamentos mínimos de urgência, ausência de uma sala de observação equipada para acomodar os atendimentos de urgência, o desconhecimento dos profissionais a respeito do ACR e o pouco envolvimento do enfermeiro e do médico na classificação de risco e vulnerabilidade. Apesar disso, houve mudanças significativas em direção à humanização. Torna-se necessária a reestruturação deste processo, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a temática, viabilizando o apoio institucional e educação permanente, para que possam compreender que o acolhimento é uma troca de saberes e que seus colaboradores devem ser atendidos em suas necessidades de forma integral e humanizada.

**Palavras-chave:** Acolhimento; classificação de risco; estratégia de saúde da família.



RIBEIRO, Natali Andrade. **Analysis of the degree of implementation of the host with risk rating at a Family Health Unit.** 2015. 86fls. Term paper (Graduation) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2016.

## ABSTRACT

This study aims to assess the implementation degree of the host with risk rating (ACR) in a Family Health Unit (USF). This is a descriptive research, quantitative, qualitative and evaluative, from an implementation analysis type conducted at a USF pilot program in the municipality of Santo Antônio de Jesus. The study included 17 key informants, which involved professionals working at the USF for at least two months, in addition to the unit manager and administrators involved in the ACR implementation process. For gathering information, interviews were conducted through the application of semi-structured forms, one for each key informant. Besides that, it was also applied systematic observation and analysis of official documents used in the ACR implementation period. The analysis and interpretation of the data were performed from the Content Analysis Technique of Bardin. The categorical variables were represented through percentages presented in the form of tables and graphics, with the use of the Excel program. To classify as for the implementation degree of the management and professional dimensions were defined as cut-off points: 76% to 100%, deployed; 51% to 75% partially deployed; 26% to 50%, low level deployment; and below 26% incipient deployment. The results showed that the ACR deployment began in 2013, through a number of workshops which allowed discussions inherent to the work process, physical structure, organization of the professionals' agenda and the choice of the host model. The host with risk rating and vulnerability reached the degree of partially implemented, with a percentage of 57.53%, considering the average of the measured dimensions. When analyzed separately, it was found that the dimension I, about the physical structure and ambience presented a percentage of 68.99%, which means partially implanted as well as the Dimension II, on materials and medicine resources, and Dimension III on the operation of the host, with 62.87% and 52.12%, respectively. As for the operation of risk rating, the Dimension IV reached a percentage of 46.15%, being considered as a low level of implementation. It is concluded that the ACR has reached the degree of partially implemented due to lack of inputs and minimum emergency medicines, absence of an observation room equipped to accommodate emergency cases, the lack of knowledge of professionals about the ACR and the little involvement of the nurses and physicians in risk rating and vulnerability. Nevertheless, there were significant changes in the direction of humanization. It is necessary the restructuring of this process, which means the involvement of managers, workers and users in order to deepen the knowledge on the subject, enabling institutional support and permanent education. This is so that they can understand that the host is an exchange of knowledge and that its contributors must meet their needs in an integral and humane way.

**Keywords:** Host; Risk Rating; Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01:	Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica	21
Figura 02:	Fluxograma do atendimento dos usuários na Atenção Básica	22
Quadro 01:	Pontos de corte para a classificação do caso nos graus de implantação	29
Figura 03:	Planilha de Acolhimento à Demanda Espontânea	34
Figura 04:	Fluxograma do Acolhimento com Classificação de Risco da USF	35
Gráfico 01:	Grau de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade na USF. Santo Antônio de Jesus, 2015.	37
Quadro 02:	Grau de implantação, segundo avaliação dos atributos de ambiência e estrutura física da USF. Santo Antônio de Jesus, 2015.	38
Quadro 03:	Grau de implantação, segundo os atributos recursos materiais e medicamentos. Santo Antônio de Jesus, 2015.	41
Quadro 04:	Grau de implantação, segundo atributos referentes à organização e ao funcionamento do acolhimento na USF. Santo Antônio de Jesus, 2015.	44
Quadro 05:	Grau de implantação, segundo atributos da organização e funcionamento da classificação de risco e vulnerabilidade na USF. Santo Antônio de Jesus, 2015.	50

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACR	Acolhimento Com Classificação de Risco
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DAB	Diretoria da Atenção Básica
DIRES	Diretoria Regional em Saúde
DS	Distritos Sanitários
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSB	Equipe de Saúde Bucal
EqSF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAIS	Superintendência da Atenção Integral à Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do estado da Bahia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJEJTIVOS</b>	<b>15</b>
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	15
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>16</b>
3.1	CONTEXTO HISTÓRICO DO ACOLHIMENTO	16
3.2	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA	18
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>24</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO	24
4.2	LOCAL DO ESTUDO	25
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	25
4.4	COLETA DE DADOS	26
4.5	ANÁLISE DE DADOS	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	29
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>30</b>
5.1	DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO ACR NA USF	30
5.2	GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO ACR NA USF E SUA RELAÇÃO COM OS ASPECTOS ORGANIZACIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA	36
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>56</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>58</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), um conjunto de políticas e estratégias foram formuladas nas duas últimas décadas para a superação das dificuldades existentes no processo de consolidação desse sistema. Dentre elas, destaca-se a institucionalização da Política Nacional de Humanização (PNH) que estabelece o desafio de implantar instrumentos técnicos, gerenciais e éticos para a garantia do acesso e da integralidade da atenção aos usuários nos serviços de saúde (NONNENMACHER et al., 2012).

Para as ações do HumanizaSUS foi criado o programa de acolhimento com classificação de risco (ACR), que consiste em ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorecendo a construção da relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para promoção da cultura de solidariedade e para legitimação do serviço público (LIMA et al., 2012).

O acolhimento enquanto estratégia da PNH propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento das instituições de saúde para que o serviço seja organizado de forma a atender melhor o usuário, e haja uma modificação no modelo assistencial, que antes era centrado no médico e, atualmente, deve ser centrado em uma equipe multiprofissional ou equipe de acolhimento, empenhada em escutar o usuário, comprometendo-se em solucionar seu problema (BRASIL, 2006).

O acolhimento, em razão da afetividade que a tecnologia proporciona, consiste em uma ferramenta potente para humanizar o cuidado. Nota-se a influência política, econômica e histórica deste dispositivo, não sendo responsabilidade exclusiva dos usuários e profissionais de saúde. A instituição tem que estar envolvida com essa temática, pois os problemas são inúmeros e de ordem estrutural, o que inviabilizam as soluções sem o apoio institucional pertinente (BRASIL, 2009; MEDEIROS et al., 2010; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Por outro lado, ressalta-se a importância da implementação da classificação de risco, que consiste em um processo dinâmico no intuito de identificar os usuários que necessitam de cuidados imediatos de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, viabilizando um atendimento rápido e efetivo (SILVA; BARROS; TORRES, 2012).

De acordo com Nonnenmacher e seus colaboradores (2012), este modelo de receber e acolher indivíduos permite avaliar riscos, definindo prioridade para o atendimento tendo em vista o potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada. Mais que uma forma

de organizar a porta de entrada de um serviço é, antes de tudo, uma postura ética para com a vida de cada usuário que a busca.

Na Atenção Básica (AB), o acolhimento é um exercício que deve permear todas as relações de cuidado, nos encontros entre profissionais de saúde e usuários, nas ações de receber e escutar as pessoas. Portanto, é importante a utilização do ACR, pois além de transmitir segurança para os profissionais, também cumpre com os princípios que regem o SUS, além de priorizar os indivíduos que precisam de atendimento imediato (RONCATO, ROXO, BENITES, 2012).

Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a AB. Isso requer um conjunto de ações articuladas envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado. O processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política, pois a implantação de uma intervenção dependerá do apoio de diferentes autores (BRASIL, 2011a; BROUSSELLE, et al., 2013).

A implantação de uma intervenção pode ser complexa, especialmente se ela exigir alterações importantes nas práticas habituais dos agentes de implantação. Neste sentido, é imprescindível saber o que acontece após uma intervenção, ou seja, o nível de integridade no processo de sua implantação, de forma a não avaliar erroneamente a sua eficácia (BROUSSELLE, et al., 2013).

Neste sentido, torna-se relevante a investigação do grau de implantação do ACR em uma Unidade de Saúde da Família (USF), compreendendo a complexidade e a magnitude desta etapa vital para sua consolidação. Desta forma questiona-se: qual o grau de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus?

A justificativa deste estudo se encontra vinculada à importância da temática para o campo da saúde, por se tratar de uma pesquisa em uma unidade piloto que será difundida para as demais unidades de saúde do município. Desta forma, poderão ser identificados os benefícios e fragilidades do processo de implantação, bem como o surgimento de propostas que apontem soluções para os possíveis problemas percebidos pelos participantes do estudo. Além disso, nota-se na literatura atual a carência de estudos do ACR voltados para a AB.

A opção da autora em estudar esta temática parte inicialmente da sua afinidade com o cuidado de saúde prestado aos paciente na USF, que teve início com a inserção na atenção primária enquanto técnica de enfermagem e, posteriormente, no Curso de Graduação em

Enfermagem, que possibilitou discussões em disciplinas teórico-práticas relacionadas à Saúde Coletiva, além de ter proporcionado à pesquisadora uma visão crítica e reflexiva da realidade encontrada na USF no que concerne ao ACR.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o grau de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever o processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus.

Analizar o processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Saúde da Família de Santo Antonio de Jesus.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO ACOLHIMENTO

A saúde como direito de todos e dever do Estado é uma conquista do povo brasileiro, alcançada apesar das dificuldades existentes na área da saúde. Em 1988, entrou em vigor a nova Constituição Federal, instituindo o SUS, cujos princípios e diretrizes são: a universalidade, a integralidade, a equidade na atenção à saúde, assim como a descentralização, a hierarquização e a regionalização das ações de saúde (BRASIL, 2010).

Considerando-se que o SUS objetiva promover uma abordagem integral ao indivíduo e que há uma crescente demanda nos serviços da AB, é necessário buscar alternativas que priorizem o atendimento àqueles usuários com maior gravidade, no sentido de diminuir os riscos advindos do tempo de espera para o atendimento (BRASIL, 2004).

Dessa forma, a AB considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2009a).

O entendimento da integralidade como uma opção de completar, inteirar ou integralizar fez surgir uma proposta importante para o processo de reorganização da AB, através da organização de práticas de “Acolhimento” e do estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implicando em mudanças na “porta de entrada” da população aos serviços. Tais alterações podem acontecer com a introdução de mudanças na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades/ações resultantes de uma nova leitura para as necessidades sociais e de saúde da população (FRANCO, BUENO, MERHY, 2006).

A PNH é uma proposta para implementar os princípios do SUS na prática da assistência. A operacionalização dessa política dá-se pela oferta de dispositivos assistenciais, dentre os quais se destaca o Acolhimento (BRASIL, 2009a).

Segundo Ministério da Saúde (MS), o acolhimento é caracterizado como um método de desenvolver e organizar o processo de trabalho em saúde. É utilizado para atender todos os usuários que acessam os serviços de saúde de maneira humanizada, como também possibilitar uma escuta detalhada e demandar respostas apropriadas para cada pessoa, garantindo, assim uma acessibilidade com eficácia e resolutividade (BRASIL, 2004).

O acolhimento significa humanização, significa reconhecer os sujeitos como pessoas que tem desejos, necessidades e direitos. Dessa forma, a incorporação da proposta de acolhimento pode contribuir para uma efetiva responsabilização clínica e sanitária por parte do sistema de saúde, além de construir vínculos entre usuários e trabalhadores. Isso implica em incorporar esta diretriz na construção das políticas de saúde, construindo e fortalecendo o SUS (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

O acolhimento é definido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

O acolhimento como atitude e tecnologia de cuidado, mecanismo de ampliação do acesso, e como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho das equipes, imprime sentidos e perspectivas, que são fundamentais aos sujeitos em ação que pretendem constituir novos modos de receber e escutar os usuários na AB (BRASIL, 2011b).

Para Santos e Santos (2011), o acolhimento deverá mudar radicalmente o processo de trabalho em saúde, mas precisará ser um projeto permanentemente estimulado como estratégia de gestão, por meio da educação permanente, melhoria das condições de trabalho, adequação dos equipamentos de saúde, debate e apoio dos conselhos locais e municipais.

### 3.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi apresentada como uma proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da AB, tendo como alicerce os princípios do SUS. Isso proporcionou uma postura dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, rompendo o seu caráter passivo. Neste sentido, o Programa de Saúde da Família (PSF) busca fortalecer a AB, a partir da descentralização da assistência para o local mais próximo em que vivem as pessoas, pautando-se na integralidade e humanização dos cuidados (BRASIL, 2004; SANTOS; SANTOS, 2011).

A USF trabalha em equipe com caráter multiprofissional e é responsável por um território definido, cujos princípios fundamentais são: integralidade, qualidade, equidade e

participação social. Apesar do grande investimento na rede assistencial com a implantação de Equipes de Saúde da Família (EqSF), o processo de trabalho continuou reproduzindo a organização tradicional da assistência, centrado nas doenças, em práticas curativas e no saber médico, restringindo a capacidade de atendimento e, por consequência, o acesso dos usuários aos serviços (BARALDI; SOUTO, 2011).

Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, ao provimento e à fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2013).

As equipes da AB têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co)gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de atendimento as Urgências (PNAU) preconiza que é fundamental a AB e o Programa Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência (BRASIL, 2006b).

Desta forma não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que frequentemente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria a concepção de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário, sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. (BRASIL, 2006b).

Sendo assim, o ACR pode ocorrer na AB, de forma que os profissionais sejam capacitados para identificar os atendimentos que devem ser priorizados para a consulta médica, os atendimentos que possam ser realizados pelos enfermeiros, os casos que necessitam de um serviço de grande porte e os usuários que necessitam ser acompanhados regularmente. Dessa forma, todos os usuários teriam suas necessidades atendidas sem filas de espera (GOULART, et al., 2013).

Na perspectiva de tornar o acolhimento ágil e efetivo surge a ideia da implantação da Avaliação e Classificação de Risco no Acolhimento, que consiste em um processo dinâmico de

identificação dos indivíduos que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2009b).

A implantação do ACR assume relevância, pois pode gerar vários benefícios para o atendimento, tais como: diminuição da ansiedade dos profissionais e usuários, melhoria das relações interpessoais na equipe de saúde, padronização de dados para estudos, pesquisas e planejamentos, e aumento da satisfação do usuário, uma vez que este será atendido de forma mais rápida e efetiva, mudando o foco da doença para o doente em uma abordagem integral do indivíduo (BRASIL, 2006).

Segundo Nonnenmacher e colaboradores (2012), o ACR constitui-se em uma ferramenta para transformação das ações tecnoassistenciais, que almeja atender a todos os que buscam os serviços de saúde, acolhendo suas necessidades, assumindo uma postura ética que tem, no acolhimento e na escuta, instrumentos para pactuação de respostas mais adequadas aos usuários.

Por outro lado, o ACR é uma ferramenta que, além de garantir atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, propicia informações aos usuários sobre sua condição de saúde e o tempo de espera; promove o trabalho em equipe; melhora as condições de trabalho dos profissionais de saúde por meio da discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta a satisfação dos usuários e fomenta a pactuação entre os serviços da rede assistencial (SILVA; BARROS; TORRES, 2012).

Desta forma, a USF constitui-se como serviço de procura regular, à medida que o atendimento das demandas programadas ou espontâneas da população contribui para ações de prevenção, tratamento e acompanhamento (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2011). Sendo assim, distintos atendimentos podem ser acolhidos e satisfeitos na AB, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço (BRASIL, 2011a).

Nesta perspectiva, a atenção programada é o encontro clínico de iniciativa do profissional de saúde, diferentemente da atenção à demanda espontânea, cuja iniciativa é da pessoa usuária. O atendimento programado se faz com base num plano de cuidados que foi elaborado pela equipe de saúde juntamente com a pessoa usuária, e com o objetivo principal de monitorá-lo e de promover as alterações necessárias (MENDES, 2012).

Vale ressaltar, que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma USF diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a AB trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com

a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (BRASIL, 2013).

No contexto da AB é perceptível a importância das noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado, as quais são fundamentais e exigem, de forma bastante evidente, a combinação do olhar, sobre os riscos e vulnerabilidades. Isso se dá por diversas razões, entre as quais destaca-se algumas: a presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade, a mudança no grau de risco, a necessidade de mais de um tipo de intervenção (BRASIL, 2011a).

Para Mendes (2012), a infraestrutura física deverá garantir padrões mínimos para que a ESF opere o modelo de atenção às condições agudas, o que significa ser resolutivo na atenção aos portadores de urgências menores e para estabilização de pessoas em situações de maiores riscos. De acordo com o MS, que preconiza a estrutura física e ambiência adequadas da USF, como sala de espera, sala de acolhimento multiprofissional, consultórios e sala de observação, equipadas com materiais, equipamentos e medicamentos para o atendimento às urgências (BRASIL, 2011a).

Nos serviços de urgência e emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco tem sido cada vez mais comum. A utilização de tais protocolos e suas respectivas escalas têm impacto importante na qualidade do acesso desses serviços. Esses protocolos podem ser referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da AB (BRASIL, 2011b).

Para o cenário da AB, o MS estabeleceu um protocolo que orienta os profissionais no que tange às condutas em situações não agudas, agudas ou crônicas agudizadas. O protocolo utiliza a classificação por cores (Figura 01), semelhante ao preconizado nos serviços de urgência hospitalares.

Na AB a cor vermelha tem a finalidade de caracterizar um atendimento imediato com alto risco de morte; a cor amarela é considerada atendimento prioritário com risco moderado; a cor verde representa um baixo risco de morte ou ausência de vulnerabilidade significativa, sendo o atendimento realizado no dia; a cor azul define as situações não agudas que podem ser agendadas para outros momentos, levando em consideração a história, quadro clínico e vulnerabilidade (BRASIL, 2013).

Figura 01 – Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica

<p><b>Situação não aguda</b></p> <p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.</li> <li>• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).</li> <li>• Agendamento/programação de intervenções.</li> <li>• Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.</li> </ul>
<p><b>Situação aguda ou crônica agudizada</b></p> <p>Conduas possíveis:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.</li> </ul>

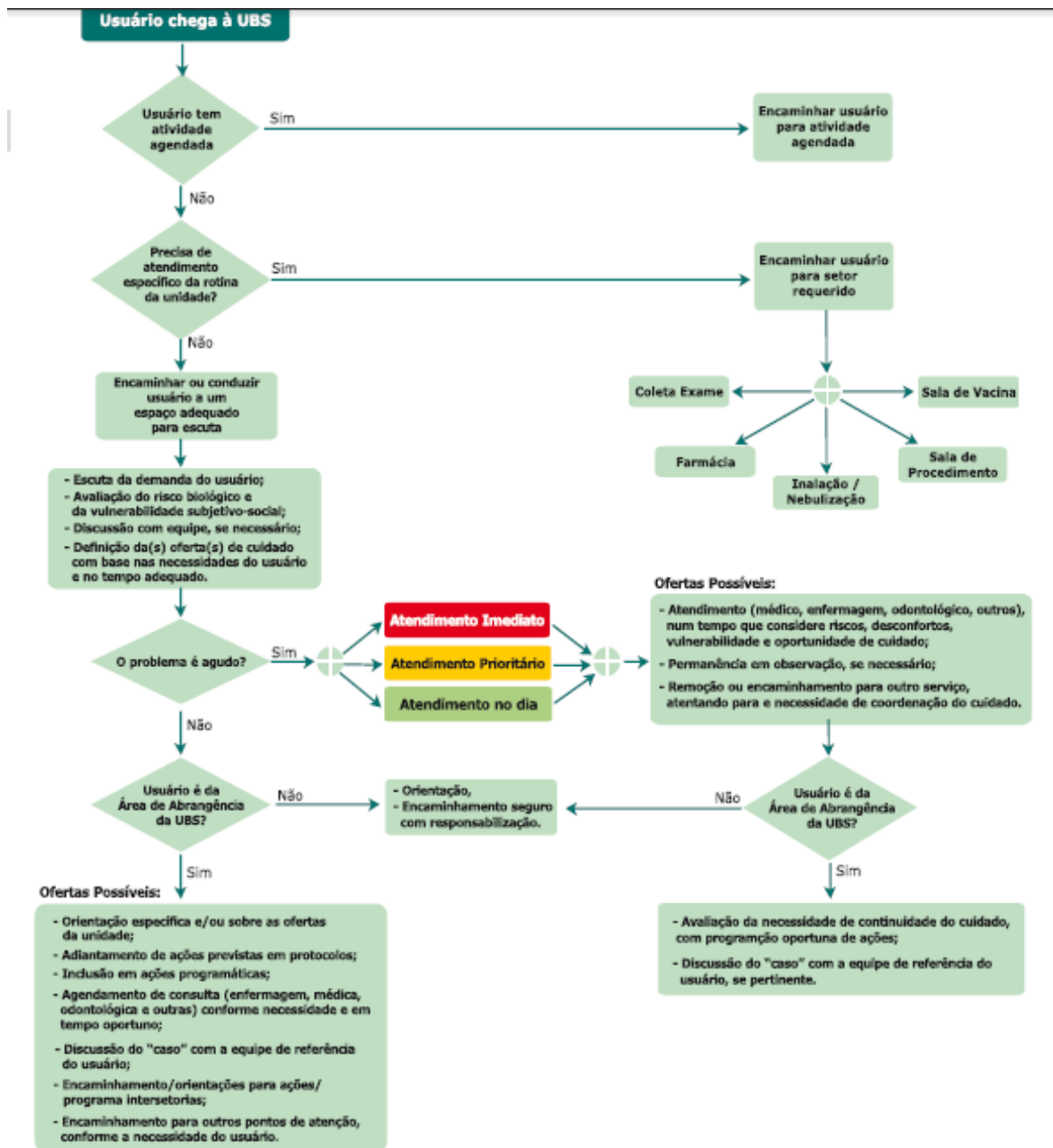
Fonte: Caderno da Atenção Básica nº 28 vol. II, p.19, 2012.

Esta proposta é a mais estruturada de classificação, voltada para a demanda espontânea, cujos pacientes têm patologias agudas, crônicas agudizadas ou comparecem para consultas não programáticas com fluxogramas orientados por sinais e sintomas das queixas mais comuns. Além disso, reduz a desfragmentação do processo assistencial ao proporcionar pactuações, entre redes internas e externas de atendimento, a partir da construção de fluxos e de acordo com o grau de risco de cada usuário (BRASIL, 2012; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Na Figura 02 é demonstrado o fluxo no qual o usuário da AB deverá percorrer, a partir da sua necessidade. Caso esteja com agendamento programado, será encaminhado para o agendamento proposto; se não tem atividade programada e precisa dos serviços de rotina da USF, como: coleta de exame, vacina, farmácia, sala de procedimento, entre outros, será orientado e conduzido para estes serviços, no entanto, o usuário que não está enquadrado nestas demandas deverá ser conduzido para o ACR, onde será ouvido, seu problema avaliado e classificado, de acordo com o protocolo, em todas as situações já mencionadas.

Depois desta avaliação, as fichas de atendimento do usuário são identificadas por cores; dependendo das condições, o paciente é direcionado a uma sala para atendimento específico, ou são fornecidas orientações das ofertas possíveis, bem como, o encaminhamento com responsabilização dentro da Rede de Assistência à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011b).

Figura 02 – Fluxograma do atendimento dos usuários na Atenção Básica



Fonte: Caderno da Atenção Básica nº 28 vol. I, p.28, 2011.

Esta nova forma de organizar a entrada nas distintas portas do sistema pode produzir nos usuários e trabalhadores, em um primeiro momento, a não distinção entre acolher e triar. Destaca-se que acolher é atender a todos os usuários, conhecê-los, escutar suas demandas e motivos de busca pelo serviço de saúde, bem como significa dar-lhes boas-vindas, para estabelecer uma relação de confiança. Triagem, por sua vez, define-se por seleção, escolha, conforme critérios de inclusão e exclusão, não atendendo, assim, a todos os indivíduos e as suas necessidades e sua singularidade, diferentemente da perspectiva do acolhimento (LIMA, et al., 2012).

No Brasil, o sistema ACR é realizado por enfermeiros, os quais, por meio da consulta de enfermagem, classificam os agravos com base em, no mínimo, quatro níveis, ilustrados por cores (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo (COREN-MG, 2007).

Os profissionais que compõe a equipe de saúde da AB têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação apresentada pelo usuário, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias leves, leves-duras e duras que ajudem-no a: aliviar o sofrimento, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono (BRASIL, 2011a).

É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar, agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado podem ser necessárias. Para tanto, torna-se fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades, além de realizar e acionar intervenções (BRASIL, 2011b).

Para Santos e Santos (2011), o ACR fortalece o PSF, pois mobiliza a sensibilidade dos profissionais, requerendo uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, recuperando o sentido da clínica e colocando as pessoas em primeiro lugar, contribuindo, assim, significativamente para construção e consolidação dos princípios do SUS.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de natureza quali-quantitativa, predominantemente avaliativo, do tipo análise de implantação.

A pesquisa exploratória tem a intenção de atribuir maior explicação sobre o tema a se investigar, viabilizando conceitos e interpretações, definindo assim, a temática trabalhada; norteando e não induzindo possibilidades, e ainda desvenda algo novo sobre o objeto (PRODANOV, FREITAS, 2013).

Quanto à abordagem qualitativa, Minayo e coautores (2009) a referem como respostas que são feitas no âmbito particular, e esta se preocupa com a realidade social dos seres humanos, realidade esta que não pode ser mensurada, pois trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes estudadas.

No que tange à pesquisa quantitativa, ela baseia-se na frequência da aparição de determinados elementos da mensagem, obtém dados descritivos por meio de métodos estatísticos, devido o desempenho sistemático; ela é mais objetiva (BARDIN, 2011).

A avaliação contribui para tornar as políticas e os programas mais coerentes graças a uma análise sistemática que descreve e explica as atividades, os efeitos, as justificativas e as consequências sociais dessas políticas e programas (BROUSSELLE, et al., 2013).

De acordo com Brouselle e colaboradores (2013), a pesquisa avaliativa é definida como:

Procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o entendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (BROUSSELLE, et al., p. 37).

A análise de implantação tem por objetivo delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção (BROUSSELLE, et al., 2013)

Desta forma a “análise de implantação” é um dos tipos de análise que compõem a pesquisa avaliativa, a qual consiste em explicar, após a introdução de uma intervenção, os conjuntos de fatores que influenciam os seus resultados (HARTZ; SILVA, 2005).

## 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família localizada no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, pertencente ao Distrito de Saúde II.

A unidade possui 1.328 famílias cadastradas, uma população adstrita de 4.325 pessoas, dividida em sete micro-áreas que são acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2014. Convém ressaltar que esta base de dados não está atualizada, devido processo de transição para o E-SUS (SIAB, 2014).

A escolha dessa Unidade se deu por ser a unidade piloto da implantação do ACR no município. A unidade conta com o apoio matricial do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), uma Equipe de Saúde Bucal (EqSB), e Programa de Saúde na Escola (PSE).

O horário de funcionamento da USF é das 7h às 12h e das 13h às 16h, diferentemente das demais unidades localizadas neste município, as quais funcionam das 7h às 17h. É importante ressaltar que uma das justificativas relatadas para o horário reduzido de funcionamento da USF selecionada neste estudo é o alto índice de violência no bairro, sendo esta uma alternativa de garantir a segurança da equipe de saúde que ali atua.

## 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram constituídos por informantes-chaves composto por profissionais da USF e gestores vinculados a ela, totalizando 17 profissionais entrevistados.

Para a seleção dos informantes-chaves foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de nível superior (enfermeiro, médico e odontólogo), profissional de nível médio (técnicos de enfermagem, ACS, ACD e recepcionista), estar em pleno exercício profissional na USF e vinculado à equipe há, no mínimo, dois meses. Para a categoria dos gestores foi incluso o profissional responsável formalmente pela coordenação e/ou gerência da USF e que participou do processo de implantação do acolhimento na USF selecionada. Foi excluído um profissional, pois estava vinculado à USF há apenas um mês.

Participaram desta pesquisa 17 profissionais todos do sexo feminino, sendo 01 enfermeira, 01 médica generalista, 01 odontólogo, 02 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de consultório dentário (ACD), 07 ACS, 01 recepcionista e 03 gestores vinculados a USF. O regime de trabalho é de 30 e 40h semanais e contrato de trabalho diversos, a saber: 09 são concursados, 01 por seleção pública (REDA), 03 são cooperativados, 01 pelo Programa Mais Médicos, e 03 por nomeação.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram elaborados dois formulários semiestruturados. Um para os gestores e gerente da USF, contendo dados sociodemográficos, questões sobre a caracterização da USF selecionada e a gestão e planejamento do Acolhimento (APÊNDICE A). E outro para os profissionais, que continha dados para identificação sociodemográfica, questões sobre modelagem e organização do acolhimento na USF e as práticas profissionais; classificação de risco e vulnerabilidade; e questões sobre o trabalho dos profissionais com a implantação do ACR (APÊNDICE B).

No primeiro momento foi realizado um contato prévio com os profissionais e os gestores da USF por telefone e pessoalmente, a fim de propiciar aproximação e manter uma relação empática. A entrevista foi agendada dentro das possibilidades de datas e horários disponíveis dos informantes-chaves para explicar o objetivo da pesquisa e esclarecer dúvidas. Foram coletadas individualmente, por meio do formulário específico para cada categoria.

O local para realização das entrevistas foi previamente definido e realizado em espaço preservado, visando garantir a privacidade dos entrevistados e oportunizar maior conforto e segurança na participação da pesquisa. A coleta de dados sobre estrutura física, ambiência, recursos materiais, medicamentos de urgência e equipamentos utilizados para realização do ACR foi realizada mediante a técnica de observação sistemática, utilizando um roteiro de orientação para o levantamento das informações e um diário onde eram registrados todas as impressões do pesquisador que, enquanto aguardava o entrevistado (APÊNDICE C).

Além disso, foi realizada uma análise documental dos instrumentos e documentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e pela EqSF, no que tange aos instrumentos e materiais utilizados nas oficinas durante o processo de implantação do ACR neste estabelecimento de Saúde. A análise documental foi realizada no mês de outubro, posteriormente ao período das entrevistas sendo confrontadas com os dados obtidos nas entrevistas.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de julho a setembro de 2015. Tal fato se justifica pela disponibilidade e adiamento por parte de alguns profissionais para a realização das entrevistas, o que conseqüentemente retardou a aplicação do *check-list*, pois este instrumento era aplicado após a realização das entrevistas para não incorrer no viés de informação.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados empíricos oriundos das entrevistas foram analisados qualitativamente por meio da técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011), que consiste em três etapas: a primeira diz respeito a pré-análise; a segunda, incide na exploração do material; e, a terceira, refere-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, a qual tem o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Essa fase abrange a leitura flutuante do texto, seguida da escolha dos documentos a serem analisados considerando-se os objetivos propostos e os recortes que orientarão a análise (BARDIN, 2011).

A fase de exploração do material é uma etapa que consiste na definição das categorias e da codificação. Os dados brutos são organizados e agrupados em categorias, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do material empírico (BARDIN, 2011). A última fase consiste no tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Nesse momento, é atribuída significação às características do texto resumidas após tratamento e apresentadas sob a forma de categorias. Assim, os dados obtidos são interpretados de acordo com as categorias temáticas que se revelarem, respaldados à luz da literatura pertinente ao tema em estudo.

Nesse contexto, a *priore*, foram realizadas leituras do conteúdo gerado, buscando apreender especificidades e determinar os conceitos teóricos para orientação da análise.

Posteriormente, buscou-se identificar e problematizar as ideias explícitas e implícitas do material coletado, bem como a investigação dos sentidos mais amplos atribuídos às ideias, o diálogo entre as ideias problematizadas. É a fase da descrição analítica a qual resulta de um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos (BARDIN, 2011).

Esse processo permitiu a construção de categorias e subcategorias analíticas que subsidiaram na formulação de uma síntese interpretativa de acordo com os trechos dos relatos e análise dos *check-lists*. O processo de categorização dos dados foi indispensável para a formulação de pressupostos, hipóteses, que por vezes convergiam e divergiam aos objetivos desse estudo.

Foram categorizadas quatro Dimensões de Implantação a primeira abordou a estrutura física e ambiência, avaliando as seguintes categorias: luminosidade, ruídos, temperatura, pisos, janelas, sinalização de fluxo, espaço adaptado para deficientes, bem como, a existência e estrutura da recepção, sala de espera, sala de acolhimento, sala de observação, sala de procedimento e consultórios médico, enfermagem e odontológico.

A segunda dimensão avaliou as categorias referente aos recursos materiais e medicamentos destinados para o atendimento as urgências, além dos Equipamentos de proteção individual.

A terceira dimensão tratou da avaliação do funcionamento do acolhimento através das seguintes subcategorias: acolhimento a demanda espontânea, horário de funcionamento do acolhimento, a demanda espontânea é atendida pelo médico, o enfermeiro, medico, técnico de enfermagem, ACS, dentista, ACD, auxiliar de serviço gerais e o segurança realiza acolhimento na USF.

A última dimensão avaliou a categoria referente a organização e funcionamento da classificação de risco e vulnerabilidade mediante a avaliação das seguintes subcategorias: a existência do protocolo se o mesmo atende à demanda, e está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, tempo de atendimento após classificação e para cada nível, o fluxograma atende à demanda espontânea e a demanda programada; realiza classificação de risco dos indivíduos que não fazem parte da população adstrita, identifica risco na sala de espera, os pacientes de alta densidade tecnológica são encaminhados e referenciados, o enfermeiro e o médico realizam classificação de risco.

Na terceira fase realizou-se a interpretação dos dados que, foi o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, viabilizando uma sintetização e ênfase das informações para análise, podendo assim realizar as interpretações, esta etapa foi o momento da intuição, da análise reflexiva e da crítica.

A técnica da análise documental foi utilizada para extrair os registros disponíveis sobre as ações planejadas e executadas, as parcerias estabelecidas, os tipos de apoio e outros dados importantes para o propósito deste estudo.

Para a análise de conteúdo, as informações dos documentos, registros, questionários foram decompostas e agregadas de acordo com as categorias estabelecidas no estudo, descritas acima.

Para a análise do grau de implantação do ACR na USF foi estabelecido pontos de cortes baseadas em percentuais (Quadro 01), indicado por Alves e colaboradores (2010), como julgamento inicial que serve de ponto de partida para discussão e recomendações, corroborando com Oliveira (2014) que utiliza estes pontos de corte em seu estudo e ressalta-se que essa classificação vem sendo utilizada em muitas pesquisas avaliativas com o intuito de detectar o grau de implantação de um programa.

Quadro 01 – Pontos de corte para a classificação do caso nos graus de implantação

<b>Pontos de Corte</b>	<b>Grau de Implantação</b>
76% a 100%	Implantado
51% a 75%	Parcialmente Implantado
26% a 50%	Baixo nível de implantação
Abaixo de 26%	Implantação incipiente

Fonte: ALVES et al., 2010; OLIVEIRA, 2014.

Os dados referentes ao grau de implantação foram analisados de forma univariada e as variáveis categóricas foram processadas através do programa Excel, com a fórmula  $PO = (\frac{\sum PO}{\sum PE}) * 100$ , sendo calculada a proporção alcançada para cada categoria, onde:  $(\frac{\sum \text{pontos observados}}{\sum \text{pontos esperados}}) * 100$ , representadas através de percentuais e apresentados sob forma de quadros e gráfico.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

No que se concerne ao posicionamento ético da pesquisadora, o presente estudo foi orientado pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no cenário brasileiro (BRASIL, 2012). Desta forma, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética (CEP) em pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), e para garantir os compromissos éticos da pesquisa, a coleta de dados só foi iniciada após o parecer de aprovação nº 1.063.139 do CEP da UFRB, instituição proponente deste estudo (ANEXO A).

Para atender às exigências éticas da Resolução N° 466/2012, foi assegurado o sigilo das informações consideradas confidenciais pelos colaboradores. Os participantes foram convidados e aceitaram participar deste estudo voluntariamente, de forma a não infringir os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Após sua compreensão e aceitação, os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (APÊNDICE D).

O anonimato dos participantes foi preservado, uma vez que não foram utilizados seus nomes nos resultados da referida pesquisa, assim como a sua vinculação à instituição. Os participantes foram identificados com código formado pela letra P, com uma sequência numérica (P1, P2... P17) o que representou todos profissionais de saúde, incluindo aqueles que atuavam na gestão e na assistência.

Considerando os benefícios do estudo para reorganização dos serviços de saúde, foi informado aos participantes que os conhecimentos produzidos nesta pesquisa serão disseminados em eventos da área de saúde e em revistas científicas da área, além de apontar possíveis estratégias para implementação da intervenção. Não houve benefícios financeiros, quer seja para os pesquisadores ou para os sujeitos da pesquisa.

Os termos assinados pelos sujeitos da pesquisa ficarão em posse dos pesquisadores, juntamente com os questionários, por um período de cinco anos, arquivados no gabinete da pesquisadora responsável, localizado no Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nessa seção será apresentada a descrição da implantação do Acolhimento com classificação de risco em uma USF do município do Santo Antônio de Jesus. Concomitante, serão apresentados os relatos dos informantes-chaves envolvidos neste processo, seguido pelo relato e avaliação das dimensões, no tocante à verificação dos graus de implantação.

### **5.1 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA USF**

O processo de implantação do ACR na Unidade de Saúde estudada teve início no ano de 2013, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), através do Ciclo de Oficinas de Qualificação da Atenção Básica, denominada “Ênfase na Implantação do Acolhimento”.

A principal finalidade da AB é ser ordenadora e coordenadora do cuidado. Diante deste contexto, a Diretoria da Atenção Básica (DAB), da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), juntamente com a SESAB estabeleceram algumas ações estratégicas para o ano de 2013, tendo como destaque a Implantação do Acolhimento, em parceria com as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) e Coordenadores dos Núcleos Microrregionais de Educação Permanente para a Atenção Básica. Além disso, traz à cena o apoiador institucional para auxiliar as equipes da AB a compreender seu papel na produção do cuidado em saúde (SESAB, 2013).

Para inserir-se neste projeto, cada município, que faz parte das 31 Regionais de Saúde do estado da Bahia, participou da primeira etapa referente à pactuação e adesão, através de oficinas e videoconferência para lançamento e apresentação da validação da proposta metodológica do Ciclo de Oficinas de Qualificação da Atenção Básica com Ênfase na

Implantação de Acolhimento. Somando-se a isso, cada município teve que assinar o termo de adesão e escolher uma EqSF que participaria da segunda etapa do projeto para implantação do acolhimento.

O objetivo principal do ciclo de oficinas foi instrumentalizar gestores municipais e trabalhadores das EqSF para a implantação do acolhimento, com vistas a tornar a AB coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção no Estado da Bahia (SESAB, 2013).

Para escolha da EqSF, os gestores levaram em conta alguns critérios de priorização, a saber: a motivação da equipe para participar desta ação, disponibilidade para realização de mudança no processo de trabalho, possuir equipe de EqSB, preferencialmente receber apoio da equipe do NASF, ter adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e desenvolver atividades do Programa Saúde na Escola (PSE).

Sendo assim, a USF estudada possuía todos estes critérios. No entanto, outros aspectos locais motivaram a escolha desta USF, dentre eles: funcionar em sede própria, com estrutura física adequada, presença de filas para o atendimento, vulnerabilidade da comunidade e o perfil acolhedor da equipe, conforme relatos a seguir:

*“[...] por ser um prédio novo a unidade está mais organizada, mais bonitinha assim, já toda pintada, reformada, foi escolhida também por conta disso e também foi escolhida porque os materiais estavam todos novos, ou seja, era a unidade assim bonitinha, bonequinha toda arrumadinha [...] A demanda espontânea que não conseguia atendimento do dia, as filas que ficavam aguardando atendimento e que retornavam sem ter solução, sem ter sua queixa resolvida [...] Assim, o que mais me motivou foi realmente a questão da fila e a questão da preocupação em saber o porquê este paciente veio a unidade e não foi resolvido no dia, pois muitos não voltam e muitos tinham que tá lá resolvendo seu problema no dia mesmo” (P13).*

*“A escolha primeiramente se deu a partir do perfil da equipe; era uma equipe muito receptiva a propostas de acolhimento. Os profissionais [...] abraçaram a causa do acolhimento, e em segundo lugar por todas questões que a gente vivenciava na unidade, seja por uma questão de vulnerabilidade, seja pela grande demanda da população e insatisfação também gerada pelo não atendimento, [...] foi um dos fatores que motivou a escolha da equipe e a equipe acabou abraçando a causa e quis participar deste processo” (P17).*

Os critérios de escolhas definidas pelos profissionais, conforme descritos nas falas de P13 e P17, coadunam com as recomendações do MS, quando assegura que para acolher a demanda espontânea é importante que as unidades de AB tenham estrutura física e ambiência adequadas, recursos materiais disponíveis. Contudo, é possível identificar algumas práticas que



resultam em restrição do acesso da população, como filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidades e o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde (BRASIL, 2011b).

Estes fatores foram relevantes para a escolha da referida USF como unidade piloto no projeto de implantação do ACR, o que trouxe benefícios para EqSF estudada e para a população.

A implantação do ACR nesta USF foi de suma importância para a reorganização do trabalho, redução das filas, aumento do vínculo profissional e usuário considerando que, a implantação “pede” e provoca mudanças nos arranjos das equipes, entre os profissionais, e na forma de promover o cuidado (BRASIL, 2011a).

Em 21 de março de 2013, a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus assinou a minuta do termo de compromisso e adesão (ANEXO B), comprometendo-se em autorizar e garantir a participação da equipe de gestão municipal da AB em todas as atividades propostas pelo Ciclo de Oficinas de Qualificação da Atenção Básica. Além disso, foram selecionados três profissionais da EqSF escolhida para participarem da segunda fase do projeto.

Os trabalhadores escolhidos para participar do projeto assinaram a minuta de termo de permanência no Ciclo de Oficinas (ANEXO C), comprometendo-se, além das pactuações presentes no termo de adesão, a participarem de todos os momentos presenciais, pois não foi permitido a substituição em nenhum encontro, a realizar as tarefas práticas propostas em tempo hábil, e o não cumprimento destas condicionalidades implicaria na exclusão do município do Ciclo de Oficinas (SESAB, 2013).

Deste modo, a minuta foi assinada no dia 07 de maio de 2013, por 04 profissionais da EqSF, dentre eles: o Coordenador da AB do Distrito II, a Enfermeira, o Odontólogo e uma ACS da USF, os quais participaram dos Ciclos de Oficinas iniciadas neste mesmo mês e com término em novembro de 2013, período que culminou concomitante com o processo de implantação do ACR.

Os Ciclos de Oficinas foram de suma importância para o processo de implantação do ACR na USF, pois possibilitou discussão, interações e reflexões inerentes ao processo de trabalho em equipe, estrutura física, a forma de organização da agenda dos profissionais, bem como o fortalecimento das relações interpessoais e a formação do vínculo, contribuindo para a fragmentação de concepções outrora vigentes.

Silva, Barros e Torres (2012) afirmam que trabalhar com o tema acolhimento com classificação de risco na AB, por meio de oficinas educativas, favorece a troca de

conhecimentos entre os profissionais de enfermagem, além de contribuir para atualização, conscientização e motivação dos profissionais para o atendimento.

A modalidade de oficina é considerada uma estratégia pedagógica de fácil compreensão, interativa, lúdica e motivadora. A proposta de oficina é uma modalidade educativa que favorece a discussão dos desafios e dificuldades para a estruturação da prática do ACR (TORRES, LELIS, 2010; SILVA, BARROS, TORRES, 2012).

O Ciclo de Oficinas, realizada com os profissionais deste estudo, adotou a metodologia lúdica de interação e apreensão de conhecimentos, com posteriores discussões com a EqSF e realização de atividades de dispersão para serem entregues em encontros subsequentes. No decorrer dos ciclos foi sendo desenhado o processo de implantação do ACR em um cenário de discussão, capacitação dos profissionais, interação, mudanças e implementações. Vários produtos foram criados e reformulados, estratégias foram desenvolvidas com o intuito de ofertar um atendimento de qualidade.

As agendas dos profissionais foram reformuladas em reunião com a equipe e alguns programas foram integrados de forma compartilhada, viabilizando uma flexibilidade que pudesse suprir a demanda da população adstrita e garantir o acolhimento. Para Tesser, Poli Neto e Campos (2010), a compatibilização das agendas de médicos e enfermeiras para essa demanda de Acolhimento é relevante, pois eles são requisitados para supervisionar tal avaliação, negociação e prosseguimento do cuidado. O MS enfatiza que a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave, tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (BRASIL, 2012).

A modelagem do acolhimento escolhida pela EqSF foi a modalidade por turno, ou seja, um profissional ficaria responsável em acolher a demanda espontânea, porém todos os integrantes da equipe, inclusive os ACS, participariam do acolhimento por meio de escala mensal previamente definida em reunião de equipe.

Ocorreu, também, uma reunião com a Gestão Municipal e médica, para discussão dos níveis de gravidade, os quais optaram em utilizar para a classificação de risco e vulnerabilidade à demanda espontânea, a classificação por cores, disponibilizado pelo MS, porém, adaptado à realidade da USF (Figura 01). Desta forma, os indivíduos que não conseguem ser atendidos pela demanda programada, serão acolhidos pelo profissional dito “acolhedor do dia”, que tem autonomia para disponibilizar quatro vagas por turno para atendimento médico. Caso contrário, a enfermeira e a médica devem ser informadas. A classificação é feita de acordo com a estratificação de risco e vulnerabilidade, as quais orientam o caminho no qual este indivíduo irá

percorrer para resolução de sua demanda, oferta do cuidado e, também, a média de tempo que irá ocorrer a intervenção.

O MS estabelece o protocolo de classificação de risco como uma ferramenta de inclusão, ou seja, ele não tem como objetivo encaminhar ninguém sem atendimento, mas, sim, organizar e garantir o atendimento de todos (BRASIL, 2006).

Para subsidiar o profissional responsável pelo acolhimento, a EqSF, em parceria com os gestores, elaborou uma planilha de acolhimento às demandas espontâneas (Figura 03), onde são registrados os atendimentos e o direcionamento que cada indivíduo foi submetido. Contudo, foram realizados treinamentos e capacitações com os responsáveis pelo acolhimento para orientar suas ações e o preenchimento adequado da agenda diária para a demanda agendada e reprimida.

Figura 03 – Planilha de Acolhimento à Demanda Espontânea

PLANILHA DE ACOLHIMENTO AS DEMANDAS ESPONTÂNEAS										DATA: / /					
Nº	NOME	Idade	Nº do prontuário	Horário de chegada	Horário de atendimento	DEMANDA	Classificação de risco				Encaminhamentos				PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
											Atendimento pelo equipe	Agendado	Referenciado	Não resolvido	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
ORIENTAÇÕES															
	Situação não aguda	<b>Orientação específica e/ou ofertas da unidade.</b> <b>Adiantamento de ações previstas em protocolo; (ex.: Teste de gravidez e imunização).</b> <b>Agendamento programado de intervenções.</b> <b>Contudo, vale salientar que o tempo para agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e quadro clínico da queixa.</b>													
	Situação aguda ou crônica	<b>Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante).</b>													
	agudizada	<b>Atendimento prioritário (risco moderado).</b> <b>Atendimento imediato (alto risco de vida).</b>													

Fonte: Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus, 2013.

No que tange à divulgação da implantação do ACR para a população foram realizadas ações educativas e reunião com a associação de moradores, com o intuito de informar e esclarecer a reorganização do serviço da USF, bem como a participação dos usuários neste processo.

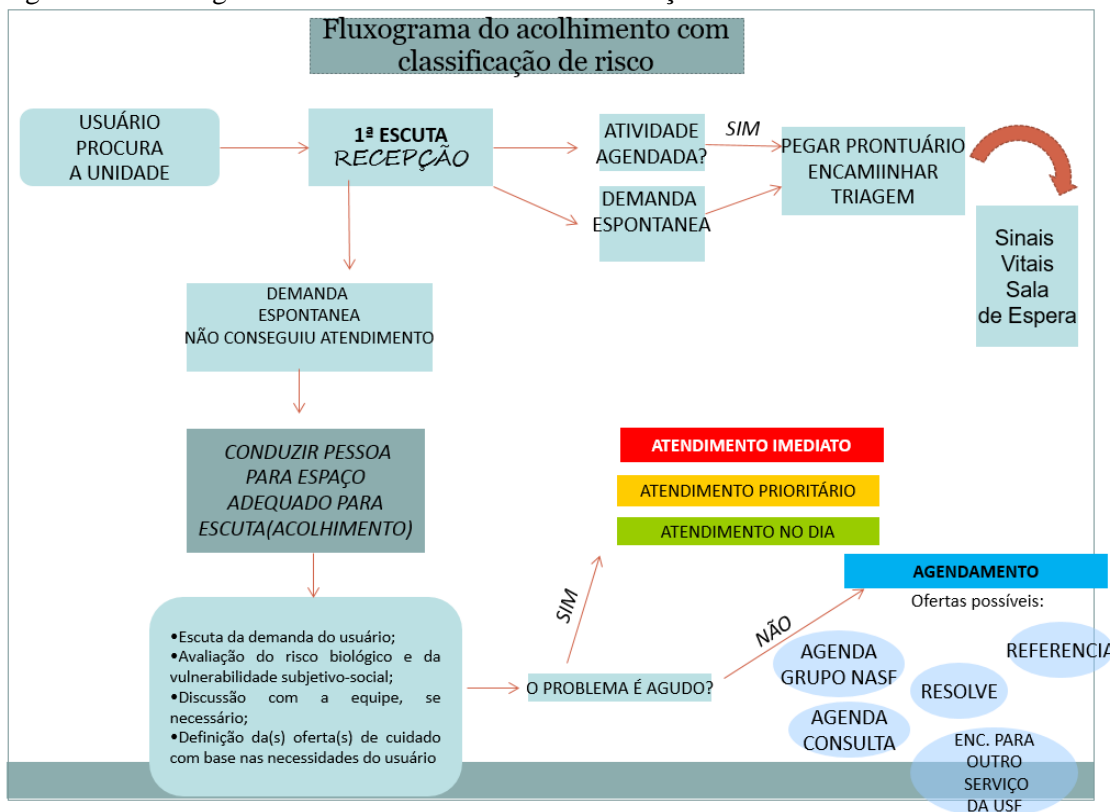
Para Oliveira e colaboradores (2013), esse dispositivo de humanização faz com que a sociedade seja educada quanto aos níveis de atenção à saúde e saiba se direcionar ao adequado serviço de saúde. A sociedade também deve ser orientada quanto à funcionalidade do dispositivo para que seja consciente do tempo de espera.

Foram elaborados e disponibilizados pela Gestão Municipal, material didático e informativo, como banners para visualização pelo usuário dos serviços ofertados, além de placas em cores para identificação dos prontuários no momento do acolhimento à demanda espontânea.

Essa estratégia visa à ampliação do acesso com avaliação de risco e vulnerabilidade, proporcionando um diálogo dentro do serviço com os profissionais de saúde e com a comunidade, fortalecendo a participação social e a efetivação do vínculo.

Além disso, foi construído um fluxograma de atendimento para a classificação de risco da demanda espontânea, subsidiado pelo fluxograma do MS, porém, com adaptações singulares para a USF, levando em consideração todo seu contexto social, suas especificidades e a realidade na qual está inserida, conforme demonstrado a seguir (Figura 04).

Figura 04 – Fluxograma do Acolhimento com Classificação de Risco da USF



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, 2013.

O fluxograma deve ser uma ferramenta flexível, sendo um ponto de partida possível, um meio de organização do trabalho em equipe na USF, podendo sempre que preciso ser reformulado, enriquecido, experimentado e ajustado, considerando as especificidades de cada localidade, facilitando o acesso, a escuta qualificada e a corresponsabilização do cuidado (BRASIL, 2011b).

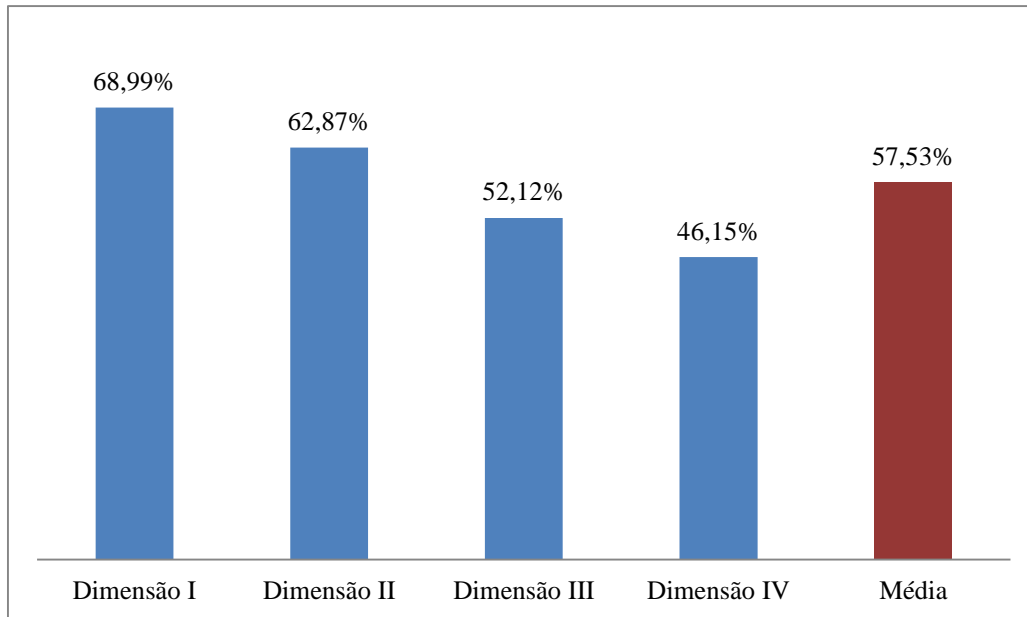
Por fim, percebe-se que o desenho do processo de implantação do ACR na USF estudada vem ganhando formas e significados para os atores sociais que contribuíram significativamente para sua efetivação. Todavia, muitos desafios foram e serão enfrentados para a concretização desta obra, a saber: oferta de materiais necessários à realização do ACR, manutenção dos equipamentos, capacitação permanente da EqSF, inclusive dos profissionais novos; preparação de protocolos locais para subsidiar as ações do enfermeiro; além da elaboração do Decreto Municipal que viabilize o Acolhimento como prática diária do serviço e garanta a continuidade das ações por todos envolvidos.

## 5.2 O GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO ACR NA USF E SUA RELAÇÃO COM OS ASPECTOS ORGANIZACIONAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Com o intuito de avaliar o grau de implantação foram descritos os atributos da estrutura e do processo do ACR presentes na USF estudada, os quais foram distribuídos em quatro dimensões: Dimensão I, que trata da estrutura física e ambiência; Dimensão II, que retrata os recursos materiais e medicamentos disponíveis e necessários para o atendimento às urgências; Dimensão III, que aborda o funcionamento do acolhimento e a Dimensão IV, que avalia o funcionamento da Classificação de Risco.

Na USF estudada, o acolhimento com classificação de risco alcançou grau de parcialmente implantado, com percentual de 57,53%, considerando a média das dimensões avaliadas. Quando analisados as dimensões separadamente, constatou-se que a Dimensão I, que trata da estrutura física da USF e ambiência, apresentou um percentual de 68,99%, a mais próxima do estimado grau de implantado (acima de 75%). A Dimensão II, que retrata sobre os recursos materiais e medicamentos, e a Dimensão III, sobre o funcionamento do Acolhimento, com 62,87% e 52,12%, respectivamente, alcançaram grau de implantados parcialmente. No que tange ao funcionamento da classificação de risco, dimensão IV, pode-se observar um percentual de 46,15% considerado como atributo com baixo nível de implantação. (Gráfico 01).

Gráfico 01 – Grau de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade na USF. Santo Antônio de Jesus, 2015.



Fonte: Dados do estudo. Construído pela autora.

O quadro 02 apresenta, isoladamente, o grau de implantação no que se refere à análise da estrutura física e ambiência da USF para a realização do ACR. Pode-se observar que inexistem uma sala para atendimento de situações críticas, a estrutura e ambiência do espaço adaptado para indivíduos com deficiência e da recepção estão com baixo nível de implantação (28,6%). A estrutura da sala do acolhimento multiprofissional, de procedimento, do consultório médico, odontológico e de enfermagem apresenta-se parcialmente implantado.

Em relação às condições de infraestrutura e ambiência da USF, o Manual de Estrutura Física do MS aponta que a estrutura das UBS deve conter as instalações elétricas e hidráulicas, ventilação, luminosidade, fluxo de usuários e facilidade na limpeza e desinfecção (BRASIL, 2008).

Dentre as características estruturais a serem observadas, destaca-se a ambiência, considerada como espaço físico (arquitetônico) com tecnologias e componentes estéticos ou sensíveis (luminosidade, temperatura e ruídos). O termo “ambiência”, ainda pouco utilizado no contexto da saúde brasileira, é conceituado como o tratamento dado ao espaço físico para que este proporcione atenção acolhedora (BRASIL, 2004).

Quadro 02 – Grau de implantação, segundo avaliação dos atributos de ambiência e estrutura física<sup>1</sup> da USF. Santo Antônio de Jesus, 2015.

<b>DIMENSÃO DE IMPLANTAÇÃO I</b>				
Ambiência e estrutura física		Fontes e tipos de coleta	Pontuação estimada em %	(USF) Pontuação observada em % $PO=(\sum PO/\sum PE)*100$
<b>CATEGORIAS</b>	1	Luminosidade, ruídos e temperatura	100%	100,00%
	2	Placas de indicação e Sinalização de fluxos	100%	100,00%
	3	Espaço adaptado para deficientes	100%	28,60%
	4	Pisos, tetos e paredes	100%	60,00%
	5	Janelas	100%	100,00%
	6	Presença de recepção na USF	100%	100,00%
	7	Estrutura da sala de recepção	100%	28,60%
	8	Presença da sala de espera	100%	100,00%
	9	Estrutura da Sala de espera	100%	70,00%
	10	Sala de Acolhimento Multiprofissional	100%	100,00%
	11	Estrutura da sala de Acolhimento Mutiprofissional	100%	52,90%
	12	Sala para observação de situações críticas	100%	0,00%
	13	Presença de consultório de enfermagem e médico	100%	100,00%
	14	Estrutura dos consultórios médico e de enfermagem	100%	52,90%
	15	Estrutura sala de procedimento	100%	58,80%
	16	Estrutura consultório odontológico	100%	52,00%
GI ( $\sum$ Observado / $\sum$ estimado) *100 =			100%	68,99%

Fonte: Dados do estudo. Construído pela autora.

Dentre os aspectos avaliados é possível inferir que a ausência de uma sala de situações críticas é um dos fatores que interfere na dinâmica do atendimento às urgências na AB. De acordo com a Política Nacional de Atenção atendimento as Urgências (PNAU), qualquer unidade deve ter um local adequado para o recebimento da urgência. Para as unidades de saúde, localizadas nos municípios que se encontram qualificados para a atenção básica ampliada, estas

<sup>1</sup> Elementos analisados à luz dos atributos do manual de estrutura física (2008) e o Caderno 28 da Atenção Básica (2011).

deverão possuir local específico para esse tipo de atendimento e sala para observação de pacientes (BRASIL, 2006).

Estudo realizado em uma ESF de Campinas Grande (PB) revelou que a ausência de um local adequado para realizar o acolhimento, assim como de uma sala de observação equipada para proporcionar atendimento a uma urgência de baixa gravidade e complexidade, são alguns entraves para adequada atenção às urgências na ESF, comprometendo a resolubilidade e, conseqüentemente, o princípio da integralidade à saúde (FARIAS et al., 2015).

Corroborando com os achados deste estudo, o MS afirma que esta sala permite o adequado manejo de algumas situações críticas ou que requerem período maior de intervenção ou acompanhamento (BRASIL, 2011b).

Vale destacar que os profissionais da USF estudada utilizam a sala de procedimento para o atendimento de situações críticas. No entanto, pode ser observado que esta sala não oferece privacidade ao indivíduo, sendo trajeto para a área de serviço, com fluxo constante de funcionários. Além disso, a estrutura da sala não possibilita a permanência do usuário em observação, devido necessidade de utilizar a mesma para outros procedimentos; e, por fim, não possui equipamentos essenciais para a avaliação do usuário, tais como: glicosímetro, estetoscópio, esfigmomanômetro. Apesar de possuir um torpedo de oxigênio, foi observado defeito na válvula.

Em relação à sala de Acolhimento Multiprofissional, o espaço físico é considerado pequeno, não oferece privacidade aos indivíduos, tem uma janela que dá acesso à sala de espera, onde os usuários aguardam o atendimento. Não possui porta, o que facilita o livre acesso das pessoas. Esta sala serve para a avaliação de todos os pacientes, porém não comporta uma maca, biombo, escada de dois degraus, foco de luz, otoscópio e negatoscópio. Neste sentido, a falta de privacidade inviabiliza a escuta qualificada do usuário, sendo uma barreira para efetivação e solidificação do vínculo.

No que tange ao acesso das pessoas que convivem com deficiência física, nota-se a ausência de banheiros adaptados com barras de apoio, corrimão, larguras das portas adequadas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros. Considerando que a USF apresenta apenas duas subcategorias favoráveis, a largura do corredor de 1,20 e a rampa de acesso direto para a sala de espera, e que a ausência dos demais elementos dificulta o acesso destes indivíduos à USF, pode-se constatar um baixo grau de implantação para este atributo (28,6%).

Para um ambiente confortável em uma USF, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, a exemplo da ausência de grades na recepção, para



não intimidar o usuário ou dificultar a comunicação. Na USF estudada, a recepção não possui cadeiras, prateleiras, computadores, telefone; as placas de identificação dos serviços existentes e a sinalização dos fluxos estão dispostas na sala de espera. É válido salientar que a recepção ocupa espaço distinto da sala de espera, e que só possui um banheiro para os usuários de ambos os sexos.

Recomenda-se que todos os ambientes disponham de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar, além dos aspectos de iluminação, pisos e paredes, cobertura, materiais de acabamento, fluxo de pessoas e materiais, portas, janelas, bancadas, área externa e sinalização (BRASIL, 2008). Em relação aos pisos, tetos e paredes, os pisos não apresentam superfície estável e antiderrapante, nem bordas arredondadas, fatores estes que viabilizam incidentes e a desinfecção inadequada.

Em relação à luminosidade, ruídos e temperatura, no período da observação no mês de agosto estes aspectos estavam adequados, porém pode-se inferir que em outros meses a temperatura da maioria dos ambientes aumenta, pois apenas os consultórios médico e odontológico são climatizados. As janelas foram substituídas por basculante de alumínio e vidro, alguns apresentam alavancas e vidro quebrados, o que acaba interferindo na segurança e privacidade dos usuários e profissionais.

Nesse contexto, os problemas de infraestrutura dos serviços de saúde substanciam os questionamentos acerca da efetividade dos serviços da AB, de forma a relacionar em alguma medida, as práticas profissionais e suas respostas às demandas da população (FACCHINI et al., 2006).

Na AB faz-se importante, para a eficácia das ações de saúde, a disponibilidade de meios de trabalho. Estes se referem a consultórios e ambientes de recepção, ferramentas básicas para a realização de diagnóstico, vacinas, medicamentos, sendo imprescindíveis para a resolução das necessidades de saúde da população.

A oferta de boas condições de trabalho culmina em uma assistência de qualidade, mais humanizada, com atividades educativas, ações de prevenção e promoção de forma contribuir para a ampliação da atuação dos profissionais na unidade de saúde. Entretanto, a forma como se dá as atividades laborais com base na infraestrutura do local de trabalho resume-se aos improvisos e limitações (PEDROSA, 2011).

Segundo Magluta e colaboradores (2009), para que haja qualidade dos serviços em saúde, é necessário existir uma articulação complexa do processo de trabalho da equipe multidisciplinar e das condições estruturais dos serviços, tendo a gestão como ferramenta importante nessa articulação. Dessa maneira, o cuidado em saúde é demarcado a partir da

interação entre dois domínios: a aplicação dos conhecimentos e a tecnologia, e a relação do usuário com a equipe. Para tanto, faz-se necessário a pré-existência de uma estrutura que corrobore com as ações de promoção da qualidade do cuidado.

Ademais, quando perguntados sobre as dificuldades apresentadas em relação ao desempenho das suas atividades laborais, 60% dos profissionais indicaram não ter disponibilidade de equipamentos, instrumentos e manutenção dos mesmos. Desta forma, tais resultados parecem indicar que esses profissionais por vezes utilizam estes instrumentos, tornando-se, assim, uma situação rotineira dos serviços de saúde.

Em síntese, percebeu-se que a Dimensão I, que apresenta o grau de implantação da estrutura da USF, não obteve percentual esperado, sendo considerada parcialmente implantada neste quesito.

A estrutura de algumas USF apresenta-se contrária às definições estruturais e físicas estabelecidas pelo MS. A falta de estrutura das unidades de saúde diz respeito, também, à ausência de material de consumo com destaque aos medicamentos (SOUZA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

Em relação aos medicamentos e materiais de urgência, podem-se inferir, analisando a Dimensão II, quadro 03, valores inferiores ao estimado para o grau de implantado, para todas as categorias, com percentual de 75% para os medicamentos de urgência, 53,6% para os materiais para atendimento às urgências, e 60% para os equipamentos de proteção individual.

Quadro 03 – Grau de implantação, segundo os atributos recursos materiais e medicamentos<sup>2</sup>. Santo Antônio de Jesus, 2015.

DIMENSÃO DE IMPLANTAÇÃO II					
Recursos materiais e medicamentos			Fontes e tipos de coleta	Pontuação estimada em %	(USF) Pontuação observada em %: $PO = (\sum PO / \sum PE) * 100$
<b>CATEGORIAS</b>	1	Medicamentos para atendimento de urgências	<b>OBSERVAÇÃO DIRETA</b>	100%	75,00%
	2	Materiais para atendimento de urgências		100%	53,60%
	3	Equipamento de proteção individual		100%	60,00%
GI $(\sum \text{Observado} / \sum \text{estimado}) * 100 =$				100%	62,87%

Fonte: Dados do estudo. Construído pela autora.

<sup>2</sup> Elementos analisados tendo como base o caderno 28 da Atenção Básica, 2011.

A oferta de medicamentos e materiais de urgência são elementos indispensáveis para resolução dos quadros graves que chegam à USF, assim como o uso das medicações para o fortalecimento na adesão ao tratamento de algumas doenças, o que pode contribuir significativamente na mudança do perfil de morbimortalidade das pessoas que convivem com doenças crônicas agudizadas.

Pedrosa (2011) recomenda a necessidade de uma programação de consumo de medicamentos, na qual deva apresentar uma margem de segurança para garantir a distribuição à população, conforme as demandas advindas do serviço, sendo uma forma de garantir o acesso e a continuidade do tratamento. O estudo de Almeida e colaboradores (2012) coadunam com esses achados, ao identificarem o recebimento de medicamentos prescritos como um obstáculo para o tratamento do usuário, repercutindo na resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS).

Os medicamentos e materiais que são utilizados para o atendimento de urgências devem estar à disposição na USF. Algumas medicações de suma importância para a execução da assistência às emergências não foram encontradas na USF, fator que corrobora para uma assistência deficiente. Dentre elas, podem ser citadas a insulina, o diazepam, a adrenalina, os antibióticos e anestésicos. Por outro lado, foi observado medicamentos com data de validade próxima a expirar. Para tal achado, destaca-se a necessidade de gerenciamento destes recursos com o intuito de serem transferidos para uma área de maior fluxo e adquiridos lotes mais novos, entendendo que a Política Nacional de Medicamentos (PNM) preconiza garantir o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, além de promover seu uso racional (MACHADO et al., 2011).

Em relação aos materiais encontrados na USF, observou-se que alguns itens não estavam disponíveis na unidade, a saber: cateter para punção periférica, conexões de duas vias, ambú pediátrico e neonatal, medidores de pico de fluxo (Peakflow), colar cervical adulto e infantil, dentre outros, cujos materiais são considerados essenciais para prestar um atendimento de qualidade em situações de urgência e emergência.

Destarte, quanto aos equipamentos de proteção individual (EPI) foi notório que este item atingiu o valor abaixo do estimado pela ausência de materiais simples, como óculos e luvas estéreis. Em relação aos jalecos, cada profissional adquiriu o seu, porém, de acordo o Ministério do Trabalho, a legislação sobre a saúde do trabalhador no Brasil garante o fornecimento gratuito de EPI adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento, cabendo ao empregador orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado, guarda e conservação, e exigir seu uso (BRASIL, 2005).

Em suma, o grau de implantação no que se refere Dimensão de Implantação II também foi inferior ao estimado, alcançando um grau de parcialmente implantado, com percentual de 62,87%, em conformidade com o *chek list* e a observação sistemática, além dos depoimentos de alguns entrevistados que corroboram com esses resultados, quando apontam a falta de medicamentos e materiais como agravantes no seu processo de trabalho, conforme relatos a seguir:

*“A falta de materiais e falta de medicamentos dificulta o meu trabalho”* (P11).

*“Dificuldade para trabalhar, falta muito material e impressos”* (P4).

*“Falta de material e medicamentos, mas, tem dia que tem, outros não”* (P3).

*“Falta de profissionais, demanda grande, falta de materiais, e falta comprometimento dos usuários [...] prejudica meu trabalho”* (P2).

Tais situações geram descrédito no sistema de cuidados em saúde, ruindo com os princípios a este aspecto, como o reconhecido estrangulamento no sistema de acesso dos demais níveis de atenção. A pouca eficácia, mais uma vez, determina desconfiança e insegurança na população e nos profissionais (MACHADO et al., 2011). Além disso, estes acontecimentos interferem no processo de funcionamento do acolhimento na USF estudada, pois inviabiliza a continuidade da assistência e a efetivação do vínculo.

Ao analisar o processo de funcionamento do acolhimento na USF destaca-se que este é um mecanismo relevante para implementação de ações estratégicas para prevenção e promoção da saúde, e para a consolidação do vínculo entre equipe de saúde e usuários.

O quadro 04 demonstra o grau de avaliação, Dimensão III, referente à organização e funcionamento do acolhimento. Constatou-se que existe o acolhimento à demanda espontânea (100%) sendo realizado no horário de funcionamento da USF (100%). Outro ponto identificado foi que 33,3% dos pacientes que procuram a USF por demanda espontânea são atendidos pelo médico. Em relação aos profissionais que realizam o acolhimento, a enfermeira obteve 73,30%, a médica 6,70% e a dentista 66,70%. Além disso, evidencia-se que existem alguns profissionais que não realizam o acolhimento, tais como o ACD, segurança e auxiliar de serviços gerais (0,0%).

Quadro 04 – Grau de implantação, segundo atributos referentes à organização e ao funcionamento do acolhimento<sup>3</sup> na USF. Santo Antônio de Jesus, 2015.

DIMENSÃO DE IMPLANTAÇÃO III					
Organização e funcionamento do acolhimento na USF		Fontes e tipos de coleta	Pontuação estimada em %	(USF) Pontuação observada em %: $PO=(\sum PO/\sum PE)*100$	
<b>SUB-CATEGORIAS</b>	1	Existe acolhimento da demanda espontânea	<b>OBSERVAÇÃO DIRETA E ENTREVISTAS COM GESTORES E PROFISSIONAIS</b>	100%	100,00%
	2	O acolhimento é realizado no horário de funcionamento da USF		100%	100,00%
	3	Todos os pacientes que procuram a USF por demanda espontânea são atendidos pelo médico		100%	33,30%
	4	O enfermeiro realiza o acolhimento		100%	73,30%
	5	A médica realiza o acolhimento		100%	6,70%
	6	Os técnicos de Enfermagem realizam o acolhimento		100%	100,00%
	7	Os ACS realizam o acolhimento		100%	93,30%
	8	A dentista realiza o acolhimento		100%	66,70%
	9	ACD realiza o acolhimento		100%	0,00%
	10	A auxiliar de serviços gerais realiza o acolhimento		100%	0,00%
	11	O segurança realiza o acolhimento		100%	0,00%
GI $(\sum \text{Observado} / \sum \text{estimado}) * 100 =$			100%	52,12%	

Fonte: Dados do estudo. Construída pela autora

De acordo com Lopes e colaboradores (2015), todas as relações de cuidado devem ser permeadas pelo acolhimento, sendo uma prática diária de receber e ouvir as pessoas, possibilitando o aumento do vínculo e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

O acolhimento, quando considerado como uma postura e uma prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, gera uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo, assim, para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2010). Na USF é

<sup>3</sup> Elementos analisados em conformidade com os atributos do Caderno 28 de Atenção Básica, 2011.

perceptível a prática do acolhimento para demanda espontânea, com funcionamento no mesmo horário da unidade e escalonamento de um profissional a cada turno, sendo o responsável pelo acolhimento, conforme reforça a fala de um profissional:

*“O acolhimento a gente tem uma escala onde todos os profissionais participam, os agentes de saúde, enfermeiros e técnicos, então a gente divide esta escala diariamente por turno, dois profissionais ficam com aquele dia, cada dia da semana um profissional por turno, então a gente divide entre o agente de saúde, técnico e enfermeira, [...], a dentista, a enfermeira, tudo entra na escala de acolhimento, só quem não participa na agenda de escala do acolhimento é a médica, nem a recepção” (P12). (Grifo da autora).*

É válido salientar que a prática do acolhimento não deve ser restrita a um grupo de profissionais específicos da USF. Toda a equipe, independente de quem esteja escalado para o dia, deve saber acolher, ouvir o paciente, observar seu estado de saúde e a sua necessidade.

Neste estudo foi evidenciado que a maioria dos usuários que chegam à USF por demanda espontânea são direcionados diretamente para a médica, o que leva a considerar que o acolhimento, muitas vezes, tem se restringido a uma triagem para o atendimento médico, conforme relatos a seguir:

*“não vem logo e quando vem já quer logo o atendimento e se tiver vaga a gente encaixa independente que seja emergência ou não” (P9).*

*“o acolhimento, a gente escuta e na medida do possível se puder ser atendido no dia, ou agenda para tarde, ou agenda para o outro dia, depende da gravidade da situação” (P10).*

Além destes, outro entrevistado afirma:

*“Então a gente tinha que da um jeito[...] tá se ele vinha para o acolhimento a gente tinha que convencer o paciente que o acolhimento serve não só para fazer a organização do serviço, como também para tentar resolver o problema dele, se o problema dele não pudesse ser resolvido no dia por causa da demanda ser muito alta para médica a gente poderia ofertar para ele e deixar garantido uma agenda, um agendamento para o dia seguinte que era o mais coerente que era o que mais acontecia” (P13).*

De acordo com os relatos e a observação da prática do acolhimento, pode ser observado que os pacientes que procuram a USF e são acolhidos, tem como principal objetivo o atendimento médico, independente do seu nível de urgência. Evidenciou-se que a maioria dos

usuários foi encaminhada para o atendimento, reforçando a ideia de que para os profissionais e usuários o acolhimento vem funcionando como uma triagem para consultas médicas.

Em contradição com o percentual encontrado nas entrevistas, quando questionados se todos os usuários acolhidos eram encaminhados para o médico, apenas (33,30%) responderam positivamente. O MS recomenda que não é possível, nem necessário encaminhar todas as pessoas ao médico; o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico. Sendo assim, deve-se entender que o acolhimento é um mecanismo de suma importância para a superação do modelo hegemônico médico-centrado através participação de uma equipe multiprofissional. Portanto, é nítida a discordância entre os achados deste estudo e o que é preconizado pelo MS (BRASIL, 2012).

Outro fator que foi observado e que interfere diretamente no funcionamento do acolhimento é a limitação de fichas para o atendimento à demanda espontânea, ou seja, muitos entrevistados informaram que tem uma quantidade estipulada de fichas, de acordo com os relatos a seguir:

*“Em média, 8 pacientes para demanda espontânea, quatro pela manhã e quatro a tarde, às vezes passa um ou dois a mais, mas são quatro acolhimentos” (P4).*

*“São 04 pela manhã e 04 a tarde, mas às vezes chega um extra, aí a gente vai lá e diz à doutora e ela atende” (P9).*

A partir da análise dos discursos dos entrevistados evidencia-se que a limitação das fichas é uma forma de organizar o processo de trabalho, contudo é fator limitante do acesso aos usuários que acabam procurando outros serviços para suprir sua demanda. O estudo de Clementino e colaboradores (2015), ao analisar o acolhimento prestado na AB, em âmbito nacional, a partir dos resultados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) demonstrou um desconhecimento da equipe que implica na reprodução do mecanismo burocrático do trabalho em saúde, no qual o usuário esbarra nas filas, nas fichas e na espera pelas consultas.

Estes mecanismos dificultam o acesso do usuário à continuidade do tratamento, quando suas demandas não são resolvidas eles acabam sobrecarregando as unidades de emergências e desconstruído o caráter resolutivo da AB de porta de entrada para o serviço.

Em relação à participação da equipe no acolhimento percebe-se que os técnicos de enfermagem são os profissionais mais envolvidos. Eles têm uma participação na admissão dos

indivíduos que procuram por atendimento, pois fazem a primeira escuta e avaliação dos sinais vitais, que indicará qual o fluxo que o usuário percorrerá. Além deles, os ACS participam ativamente do acolhimento, fortalecendo o trabalho em equipe e em outras situações; além de perceberem o risco, podem ter contribuição muito valiosa na avaliação de vulnerabilidade (BRASIL, 2011b).

O estudo de Barros e Sá (2010) realizado no interior do Rio de Janeiro apontou que os ACS são os trabalhadores de saúde que mais conhecem os sujeitos, a família com risco social e orgânico, e o território de abrangência da Unidade de Saúde. Entretanto, em alguns casos, pouca importância se dá a este conhecimento para produção do cuidado. Por outro lado, o estudo de Galavote e colaboradores (2011) afirmam que, recentemente, os ACS se posicionam em um espaço de indeterminações e incertezas no qual não há definição de competências, habilidades e saberes, estando esse trabalhador sempre na linha de frente do sistema sem, contudo, estar muitas vezes capacitado para atender as inúmeras demandas cotidianas.

Nesta perspectiva, o enfermeiro juntamente com a gestão, tem papel essencial neste processo de educação permanente de toda EqSF, inclusive do ACS, discutindo as ações, as intervenções, integrando-os nas reuniões de equipe, discutindo suas demandas, viabilizando ferramentas que contribuam para interação de todos os membros da equipe com os problemas da comunidade e, se necessário, articular-se com outros setores em busca de resoluções para as demandas trazidas. Cabe ao enfermeiro ser este mediador entre os profissionais, os quais estão sobre sua responsabilidade, e a comunidade que faz parte da USF.

O estudo realizado em uma UBS em Santa Maria (RS), o enfermeiro, em sua prática profissional, materializa o processo de cuidado, acolhe o usuário, tem participação dentro da família, compreende as necessidades, escuta, e é o ponto de referência. Cabe a este profissional entender alguns aspectos como o de preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, individualidade e a variabilidade das situações e necessidades dos usuários (RANGEL et al., 2011).

Em relação às necessidades de saúde bucal, o MS assegura que seus serviços precisam ser apreciados no acolhimento, podendo os profissionais que atuam no cuidado à saúde bucal também serem inseridos no processo de escuta qualificada, participando significativamente deste processo de acolhimento. Neste sentido, evidenciou a necessidade de inserir o técnico de saúde bucal neste cenário do acolhimento, capacitando e sensibilizando quanto à importância desta ferramenta para a reorganização do trabalho e a troca de saberes entre os profissionais e usuários (BRASIL, 2011b).



Conforme relato de alguns profissionais evidencia-se que nem todos os trabalhadores participam do acolhimento, nem são enquadrados na escala, ficando visível que a concepção de acolhimento para estes profissionais está restrita apenas a alguns profissionais isoladamente e só quem acolhe é quem está escalado, de acordo com as informações:

*“Os usuários são recebidos pela agente administrativa e encaminhados para o acolhimento ou triagem” (P4).*

*“A recepcionista da unidade recebe, e em seguida encaminha ao responsável pelo acolhimento do dia” (P6).*

*A agente administrativa [...] encaminha para o acolhedor do dia no caso da demanda espontânea e para triagem os que conseguiram pegar a ficha para atendimento” (P5).*

Tais relatos evidenciam a restrição da concepção de acolher. Neste contexto, o MS define o acolhimento como ato ou efeito de acolher e expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém (BRASIL, 2009b). E esta ação de aproximação deve estar permeando todos os profissionais envolvidos no processo do acolhimento.

Portanto, todos os profissionais devem estar revestidos desta ferramenta viabilizando, de forma ampliada, as concepções do ato de acolher em seu cotidiano, proporcionando a produção de um cuidado humanizado, levando em consideração as especificidades de cada usuário e suas necessidades de saúde. Constatou-se, neste estudo, que alguns profissionais em sua prática assistencial na USF não vivenciaram ou não concebem o significado de acolher, como relatos a seguir:

*“Eu não faço o acolhimento, eu atendo acolhimento, não faço [...] por que não temos tempo, eu estou em atendimento, não estou em acolhimento e me chegam paciente que já passaram pelo acolhimento” (P15)*

*“Nunca realizei o acolhimento desde que vim para esta unidade” (P1).*

Estudo realizado por Silva e Romano (2015), em duas USF do município do Rio de Janeiro, indicou que os profissionais auxiliares de portaria e auxiliar de serviços gerais contribuíam para a regulação do acesso direcionado os usuários, uma vez que era fácil encontrá-los na entrada e corredores. Tais ações podem ser consideradas como agentes facilitadores para implementação do acolhimento, fortalecendo o vínculo e o acesso aos serviços de saúde.

A concepção do acolhimento não deve estar restrita apenas aos profissionais que fazem parte da escala, mas a todos os membros da equipe. É preciso que todos os indivíduos envolvidos no processo de implementação compreendam que não é suficiente ter uma sala para o acolhimento, ou pensar que essa prática é de responsabilidade de determinado trabalhador. Neste sentido, deve ser vivenciado em várias etapas, em diferentes locais e por todos os profissionais que estão inseridos na USF (BRASIL, 2013).

O êxito do acolhimento acontece quando todos os membros envolvidos neste processo interagem com a finalidade de corresponsabilização no processo de tomada de decisão, contribuindo para o acolhimento das demandas apresentadas pelo usuário. Quanto mais flexíveis os profissionais, menos as ações serão ritualizadas e, com a equipe trabalhando unida, as demandas tornam-se mais acessíveis, maior a possibilidade de imersão no mundo sociocultural da comunidade, permitindo a troca de saberes pessoais e profissionais (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Em síntese, o grau de implantação da avaliação, referente ao processo de funcionamento do acolhimento na USF estudada, Dimensão III, não alcançou uma média satisfatória, obtendo um resultado de parcialmente implantado.

A implantação parcial dos atributos do acolhimento na USF deu-se principalmente pela não adesão de toda equipe ao processo de acolher os usuários, pelo desconhecimento de alguns profissionais acerca do tema, bem como a limitação do número de fichas para o acolhimento da demanda espontânea. Tais fatores podem dificultar o acesso e adesão do usuário ao tratamento e ao serviço de saúde, além de revelar uma fragmentação no modelo de acolhimento vigente.

Concernente ao grau de implantação do ACR, referente ao processo de organização e funcionamento da classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, abordada na Dimensão IV, pode-se evidenciar que o protocolo não atende às demandas da população; não estabelece um tempo após a classificação; não utiliza fluxograma para a demanda programada e não é identificado risco na sala de espera. Além disso, constatou-se que o enfermeiro e o médico não são os únicos responsáveis pela classificação de risco (Quadro 05).

Quadro 05 – Grau de implantação, segundo atributos da organização e funcionamento da classificação de risco e vulnerabilidade<sup>4</sup> na USF. Santo Antônio de Jesus, 2015.

<b>DIMENSÃO DE IMPLANTAÇÃO IV</b>				
Organização e funcionamento da classificação de risco e vulnerabilidade na USF		Fontes e tipos de coleta	Pontuação estimada em %	(USF) Pontuação observada em %: $PO = (\sum PO / \sum PE) * 100$
<b>SUB-CATEGORIAS</b>	1	Existência de protocolo	100,00%	100,00%
	2	Existência de atendimento individualizado de enfermagem	100,00%	100,00%
	3	A utilização do protocolo atende a demanda	100,00%	0,00%
	4	O protocolo segue as recomendações do Ministério da Saúde	100,00%	100,00%
	5	Estabelecimento tempo de atendimento após classificação	100,00%	0,00%
	6	Utiliza fluxograma para a demanda espontânea	100,00%	100,00%
	7	Utiliza fluxograma para classificação de todos usuários	100,00%	0,00%
	8	Tempo esperado para cada nível	100,00%	0,00%
	9	E realizado classificação de risco da demanda espontânea que não faz parte da população adstrita na USF.	100,00%	100,00%
	10	E realizado identificação de risco na sala de espera	100,00%	0,00%
	11	Os pacientes de alta densidade são encaminhados e referenciados	100,00%	100,00%
	12	O enfermeiro é o profissional indicado para classificar o risco	100,00%	0,00%
	13	O médico realiza a classificação de risco	100,00%	0,00%
GI $(\sum \text{Observado} / \sum \text{estimado}) * 100 =$			100,00%	46,15%

Fonte: Dados do estudo. Construído pela autora

Quanto à ação de classificar o risco dos usuários que procuram a USF, os achados deste estudo revelaram, através das falas dos profissionais, que existem algumas discordâncias em

<sup>4</sup> Elementos extraídos das sugestões apontadas no Caderno 28 de Atenção Básica, 2011.

relação à forma de classificar de alguns profissionais, além da falta de conhecimento científico para executar esta ação. Percebe-se, também, um desconhecimento do papel da USF enquanto porta de entrada para atendimento às urgências e emergências, conforme revela:

*“Em relação à urgência é muito difícil acontecer porque a gente já tem um programa aqui e aqui não é emergência, a unidade [...] está mais preparada inclusive para este atendimento programado, sem abrir mão de ajudar as pessoas que chegam a unidade, mas não existe esta característica de emergência aqui, não existe, tipo assim, hospital, pronto socorro (P14)”.*

Ao analisar este discurso identifica-se o desconhecimento do profissional no que concerne aos componentes locorregionais da Rede de Atenção às Urgências. O MS preconiza que a AB tem como finalidade a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário (BRASIL, 2013).

Dessa forma, a EqSF precisa estar ciente de seu papel enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado no atendimento às urgências e emergências, estabilizando e dando um direcionamento dentro da rede aos usuários com quadros agudizados, no intuito de resolver seus problemas.

Para a realização da classificação de risco tem sido adotado o uso de protocolo para orientar a decisão dos profissionais de saúde na priorização de atendimento dos usuários. Na USF em questão, é utilizado o protocolo sugerido pelo Ministério da Saúde, instituído em 2011, cuja finalidade não é fornecer um diagnóstico, mas uma prioridade, com impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais e que, se não atendidas como prioridade, podem levar à morte (BRASIL, 2011b).

De acordo com Mendes (2012), o cuidado prestado na AB pode ser voltado para condições agudas e crônicas. Os dois tipos de condições de saúde se diferenciam pelo tempo de duração e pela resiliência dos usuários e profissionais de saúde. Sendo assim, tais situações são distintas e precisam ser avaliadas pelo profissional, a partir da queixa do paciente e dos sinais e sintomas apresentados pelo usuário, classificadas de acordo com o protocolo utilizado.

Portanto, evidencia-se que o mesmo precisa ser avaliado e discutido em equipe, pois os profissionais que manejam este instrumento precisam ter conhecimentos prévios necessários para identificar e classificar o risco, dando um direcionamento coerente para a demanda do usuário de acordo com o protocolo da instituição, conforme relato a seguir:

*“Existe protocolo, mas, a prática é outra coisa. O protocolo depende de cada coisa, de cada patologia, não tenho conhecimentos dos protocolos. E por isso tem que estudar, por isso que eu acho, como temos tantas deficiências, a técnica de enfermagem e a enfermeira não pode fazer acolhimento todos os dias por que estão ocupadas (...) O acolhimento tem que ser feito por uma pessoa que tem conhecimentos” (P15).*

Segundo o MS, a construção de um protocolo de classificação de risco, a partir daqueles existentes e disponíveis, precisa ser adaptado ao perfil de cada serviço, ao contexto de saúde da população. É uma oportunidade de facilitação da interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores, que passam a serem atores do processo de construção deste mecanismo (BRASIL, 2009b).

Desta forma, é válido enfatizar que alguns membros que participaram do processo de capacitação, da construção do fluxograma e do protocolo de ACR não fazem mais parte da atual equipe da USF estudada, fator que contribui, significativamente, para a pouca utilização e desconhecimento destes profissionais, conforme relatos a seguir:

*“Atualmente, a gente teve algumas perdas dos profissionais que participaram do primeiro momento. Eu acredito que isto comprometeu um pouco o andamento do processo principalmente a enfermeira que foi capacitada de certa forma por ter vivenciado todo processo da capacitação ela tinha mais habilidades no processo, a enfermeira que assumiu ela está passando agora por este processo de capacitação, então acredito que estas perdas, não só o dentista também que iniciou o processo, a médica, mudou basicamente a estrutura desta equipe que foi capacitada e isso teve certa perda” (P17).*

*“Porque houve uma quebra da equipe, a gente iniciou com um dentista, uma enfermeira e com um médico, a gente já teve mudanças de médico, de enfermeira e de dentista. [...] A gente sabe que esta mudança, esta rotatividade de profissionais acaba atrapalhando toda questão do acolhimento. A gente iniciou bem, hoje já teve uma quebra e tá tentando voltar ao que era antes” (P16).*

Segundo os relatos, evidencia-se que esta rotatividade de profissionais interfere no andamento do processo de trabalho e no desenvolvimento do ACR, pois os profissionais novos não participaram da elaboração destes protocolos e fluxograma. Além disso, eles precisam ter conhecimento para reformular, readaptar, enriquecer o protocolo e o fluxograma da USF de acordo com o panorama atual.

De acordo com Torres e Lelis (2010), a execução da classificação de risco na avaliação primária deve basear-se no protocolo de situação de queixa, e tal avaliação pode se dar por explicitação dos usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo os casos encaminhados

para a classificação de risco pelo enfermeiro. Porém, na USF, a enfermeira só faz a classificação uma vez na semana, em apenas um turno no dia em que a mesma está escalada, ou caso ultrapasse as quatro fichas disponibilizadas para o ACR.

Outro ponto abordado pelos profissionais foi a falta de habilidade, conhecimento técnico-científico, e a discordância da classificação entre os profissionais, o que vem dificultando o ACR, de acordo com o relato:

*“Refazer a classificação isso acontece geralmente aqui principalmente com os ACS, às vezes eles reclamam, a gente ouve isso do corredor. Ela (médica) dizer isso aqui não é o caso. Aqui acontece discordar da classificação”* (P14);

*“Falo com as meninas que estão na classificação de risco como fazer a classificação que tem que conhecer”* (P15).

A falta de conhecimento contribui para que haja pontos de conflitos na equipe. No entanto, o MS, no caderno de Atenção Básica ao acolhimento à demanda espontânea, elenca diversos modelos para a realização do acolhimento; em todos eles observam-se a atuação do profissional enfermeiro e médico, pois eles são os profissionais que possuem conhecimento técnico e científico para realizar esta avaliação. Somando-se a isso, em alguns casos, o próprio enfermeiro pode estar fazendo a intervenção, caso a usuária refira atraso menstrual ou tosse há seis semanas, podendo avaliar a possibilidade de solicitação de teste de gravidez e exame de escarro, respectivamente, considerando os protocolos locais ou aqueles recomendados pelo MS (BRASIL, 2011a).

O ACR é feito de maneira que o profissional enfermeiro escuta a queixa do usuário, observa seus sinais e sintomas e o conduz a um atendimento imediato, ou com um tempo de espera determinado, seguindo o protocolo da instituição (BRASIL, 2004). Contudo, não há um tempo estipulado para o atendimento, com exceção dos usuários que são classificados na cor vermelha, cujo atendimento deverá ser imediato; os que são classificados na cor amarela devem ter prioridade em relação à demanda programada; porém, as fichas são intercaladas entre a ficha da demanda programada, conforme relato:

*“O nível vermelho atendimento urgente imediato, nível amarelo [...] vai intercalando entre uma ficha e outra”* (P15).

No entanto, foi evidenciado que os profissionais que atuam avaliando o risco, tem sido o técnico de enfermagem, de acordo com as informações a seguir:

*“Geralmente o técnico de enfermagem, quem está mais a frente é quem recebe o paciente a primeira pessoa que está mais à frente é o técnico de enfermagem” (P2).*

Além disso, os achados deste estudo revelam que alguns pacientes que chegam na USF já procuram diretamente os técnicos para relatar suas queixas, segundo o discurso a seguir:

*“tem paciente que não está apresentando nada, fica lá sentadinho ai chama e fala (técnica de enfermagem) estou sentindo uma dor muito forte, não consegui dormir à noite, eu coloco na frente, então é de acordo com a queixa dele que ele apresenta no momento” (P4).*

Os usuários que passam pelo acolhimento com os ACS também são encaminhados para as técnicas de enfermagem com a finalidade de aferir os sinais vitais:

*“Se ela chega dizendo que está com a pressão alta eu encaminho para as meninas (técnica de enfermagem) olharem logo a pressão” (P4).*

Quando os profissionais foram questionados sobre o que fazem de imediato em casos de situações críticas, constatou-se que 73,33% responderam que encaminham para a médica. Nesse sentido, infere-se o desconhecimento e inseguranças destes profissionais, conforme relato a seguir:

*“Levo de imediato para sala da médica para ela avaliar e passar logo uma medicação[...] A única intervenção que a gente pode fazer é encaminhar para médica ou enfermeira e passar a situação, é a única intervenção que a gente pode fazer pois na realidade a gente não é medica nem enfermeira, o certo é passar para eles” (P9).*

Outro aspecto relevante é que os usuários da demanda programada não são classificados, e os da demanda espontânea, após classificação, não são reclassificados e ficam na sala de espera aguardando o atendimento, segundo relato a seguir:

*“Normalmente não, porque a gente não dispõe de profissionais, fez aquela triagem, depois o paciente espera o atendimento e o profissional tá sempre lá fazendo dos novos, então não tem como fazer e reclassificar só se o paciente chegar de novo com alguma queixa dizendo tô com muita dor, não tô aguentando mais, ai a gente afere de novo os sinais vitais para ver se teve alguma piora ou se agravou de alguma forma, mas normalmente não” (P12).*

Ao analisar este discurso percebe-se que não há uma identificação de risco na sala de espera. O usuário é quem informa se o seu estado de saúde piorou. O MS recomenda que os profissionais, já na recepção da USF, podem identificar situações que apresentem maior risco ou que promova sofrimento intenso. Tais observações precisam ser evidenciadas e informadas aos profissionais responsáveis que irão acolher em uma sala reservada, avaliando e classificando, dando uma prioridade ao atendimento, resolvendo sua demanda e minimizando o seu sofrimento (BRASIL, 2012).

A dimensão de implantação IV, referente ao funcionamento do ACR, apresentou vários fatores que prejudicam o seu processo de implantação. Assim, tais situações viabilizaram um baixo grau de implantação para esta dimensão. Destacam-se o desconhecimento dos profissionais no manejo do protocolo, ausência de fluxograma para a demanda programada, ausência de tempo para atendimento após classificação e para cada nível, não identificação de riscos na sala de espera, bem como a classificação não contar efetivamente com as ações do enfermeiro e o médico.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implantação do ACR na Unidade de Saúde estudada teve início no ano de 2013, sendo motivado pela sede própria da USF, comunidade vulnerável, apresentar filas e ter uma equipe acolhedora, disposta a realizar mudanças no seu processo de trabalho. Desta forma, alguns integrantes da EqSF participaram dos Ciclos de Oficinas, a qual possibilitou discussão, interações e reflexões inerentes ao processo de trabalho em equipe, estrutura física, a forma de organização da agenda dos profissionais, a escolha do modelo de acolhimento, bem como o fortalecimento das relações interpessoais e a formação do vínculo.

O ACR reorganizou o processo de trabalho, fortaleceu a equipe de saúde da família, contribuiu para efetivação do vínculo e corresponsabilização, viabilizou uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e escuta qualificada, dando prioridade aos indivíduos com risco de morte e contribuindo significativamente para a consolidação dos princípios do SUS.

No entanto, o ACR torna-se um desafio para os trabalhadores de saúde, dado a necessidade de se estabelecer a escuta qualificada e possuir conhecimentos científicos e técnicos para ofertar uma resposta adequada ao usuário, garantir um acesso humanizado e resolutivo, além da elaboração do Decreto Municipal que viabilize o Acolhimento como prática diária do serviço e garantia da continuidade das ações por todos envolvidos.

Constatou-se que o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade alcançou o grau de parcialmente implantado, com percentual de 57,53%, considerando a média das dimensões avaliadas. Quando analisadas separadamente, evidenciou-se que as dimensões que tratam da estrutura física da USF e ambiência, dos recursos materiais e medicamentos e do funcionamento do Acolhimento, também alcançaram grau de implantados parcialmente. No que tange ao funcionamento da classificação de risco, pode-se observar um baixo nível de implantação.

Os principais fatores que contribuíram para que a USF não alcançasse a média esperada estariam ligados à falta de insumos e medicamentos mínimos de urgência, ausência de uma sala de observação equipada para acomodar os atendimentos de urgência de baixa gravidade e complexidade, ausência de protocolos para subsidiar as ações do enfermeiro, estrutura física inadequada, o desconhecimento dos profissionais a respeito do ACR, a pouca participação social. Além disso, o pouco envolvimento do enfermeiro e do médico na classificação e avaliação de risco.

Recomenda-se que para a reestruturação deste processo sejam necessárias articulações que envolvam gestores, trabalhadores e usuários, com o intuito de aprofundar o conhecimento

acerca do ACR, a discussão sobre a utilização do protocolo sugerido, e a conduta a ser adotada, tornando este protocolo dinâmico, fazendo alterações quando necessário abordar mecanismos que favoreçam a sua consolidação; igualmente, viabilizando o apoio institucional e educação permanente para que possam compreender que acolhimento é uma troca de saberes e que seus colaboradores devem ser atendidos em suas necessidades, de forma integral e humanizada.

Acredita-se que se torne necessário desenvolver algum fórum ou mesa redonda envolvendo a comunidade acadêmica, gestores e profissionais de saúde, onde as questões sobre o ACR na USF sejam expostas e analisadas, com a finalidade de propor alternativas para o aprimoramento deste instrumento, viabilizando, assim sua implementação e implantação em todas as Unidade de Saúde do município.

Com efeito a aplicabilidade do ACR em outras unidades é de suma relevância, no entanto sugere-se que sejam fornecidos além de capacitação rever as questões estruturais das USF, disponibilização e manutenção dos equipamentos, recursos materiais e medicamentos bem como, o fortalecimento da redes de assistências a saúde fatores que contribuíram significativamente para o êxito do ACR e a qualidade da assistência.

O presente estudo não teve a pretensão de esgotar as reflexões pertinentes ao tema, mas suscitar questões que possam contribuir para a realização de novas pesquisas no campo da saúde coletiva, que venham discutir a avaliação da implantação do ACR em Unidades de Saúde da Família. Nota-se a insuficiência de estudos do ACR voltados à Atenção Básica. É nítido que a maioria das produções científicas são voltadas para a rede de urgência e emergência a nível hospitalar. Entretanto, é válido salientar, como visto no transcorrer deste trabalho, que o ACR é sumamente importante no âmbito da AB e ferramenta indispensável na ordenação dos serviços de saúde. Portanto, reforça-se a necessidade de intensificação de estudos nesta área.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária á saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**. Rio de janeiro, V.36, n.94, p.375-391, jul-set, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a10v36n94.pdf>. Acesso: 12 out. 2015.
- ALVES, C. K. A. et al., Análise da Implantação de um Programa com vista à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10(Supl): S145-s156 nov. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500013) Acesso: 14 jan. 2016.
- BAHIA. **Secretaria de Saúde do Estado**. Ciclo de Oficinas de Qualificação da Atenção Básica: Ênfase na Implantação do Acolhimento, Proposta Metodológica, 2013. Disponível em: [www.saude.ba.gov.br/dab](http://www.saude.ba.gov.br/dab). Acesso: 14 set. 2015.
- BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n.1, p. 10-17, Jan./Abr. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1918.pdf>. Acesso: 13 set. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro, São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2473-2482, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a22.pdf>. Acesso: 15 out. 2015.
- BELLUCCI JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema acolhimento com classificação e Avaliação de risco e uso do fluxograma analisador **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 217-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf>. Acesso: 12 fev. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): MS; 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 - Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. Brasília (DF): **Ministério do Trabalho e Emprego**; 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde**, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde : direito de todos : 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 3. ed. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2010. 100 p.: il. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_3ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf)>. Acesso: 10 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.448, de 30 de novembro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Poder Executivo, Brasília (DF); Nov. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. –Brasília: Ministério da Saúde, v:1, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, v:2, 2013.

BROUSSELLE, Astrid (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. / organizado por Astrid Brousselle, et al; tradução de Michel Colin. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 291 p., il. 1ª reimpressão: 2013.

CLEMENTINO, F. S.; et al. Acolhimento na Atenção Básica: Análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **REVISTA SAÚDE E CIÊNCIA On line**, 2015; 4(1): 62-80. Disponível em: <<http://150.165.111.246/revistasauedeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/229/160>>. Acesso: 10 jan. 2016.

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Parecer Técnico nº 10, de 22 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Belo Horizonte (MG): **Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais**; 2007.

FACCHINI, L. A.; et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>>. Acesso: 15 out. 2015.

FARIAS, D. C.; et al. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família, **Revista Brasileira de Educação Médica** (1) : 79 – 87 ; 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0079.pdf>. Acesso: 20 nov. 2015.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais**, in: MERHY, E. E, et al. O trabalho em Saúde olhando a Experiência do SUS no cotidiano, 3ª ed. São Paulo: HUCITEC,2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso: 14 nov. 2015.


GALAVOTE, H. S.; et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):231-240, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a26.pdf>>. Acesso: 12 nov. 2015.

- GOULART, C. B.; et al. Acolhimento como estratégia para alcançar a integralidade da assistência em hospital de média complexidade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 34, n. 1, p. 91-96, jan./jul. 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/13002/13739>. Acesso: 14 out. 2015.
- HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** / Zulmira Maria de Araújo Hartz, Ligia Maria Vieira da Silva (organizadoras). – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 4ª reimpressão. 275 p. : il.
- LIMA, F. E. T.; et al. Capacitação Profissional Sobre Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2012; 13(1): 211-9. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/32/28>>. Acesso: 14 mar. 2015.
- LOPES, A. S.; et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários, **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf>>. Acesso: 08 jan. 2016.
- MACHADO, M. A. A. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2011; 45(3):590-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2403.pdf>>. Acesso: 13 out. 2015.
- MAGLUTA, C.; et al. Estrutura das Maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: Desafios para a Qualidade do Cuidado à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol.9, p.319-329, Recife July./Set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n3/11.pdf>>. Acesso: 23 nov. 2015.
- MEDEIROS, F. A.; et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco **Revista Saúde Pública**. 12 (3): 402-413, Junho 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>>. Acesso 10 jan. 2016.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.
- MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.
- NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.3, p 541-549 jul, 2012: Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n3/pdf/v14n3a10.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a10.pdf)>. Acesso: 18 dez. 2015.
- OLIVEIRA, K. K. D; et al. Impacto da implementação do acolhimento Com Classificação de Risco para o trabalho dos Profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento **REME - Revista Mineira de Enfermagem**. 2013 jan./DOI: 10.5935/1415-2762.20130013 mar; 17(1): 148-156. Disponível em: <<http://www.reme.org.br>>. Acesso: 21 jan. 2015.
- OLIVEIRA, L. G. D. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros [tese de doutorado]. Ministério da Saúde, FIOCRUZ, Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3815>>. Acesso: 02 fev. 2015.

- PEDROSA, I. C. F. **A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro.** [Dissertação] Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, 2011. Disponível em: <[www.saude.mt.gov.br/arquivo/2532](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2532)>. Acesso: 15 nov. 2015.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**, 2ª Ed., Novo Hamburgo – RS. Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo – ASPEUR. Universidade FEEVALE, 2013.
- RANGEL, R. F.; et al. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, 2011 Jul/Set; 16(3):498-504. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/24223/16236>>. Acesso: 20 nov. 2015.
- RONCATO, P. A. Z. B.; ROXO, C. O.; BENITES, D. F. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 56 (4): 308-313, out.-dez. 2012. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-4/1048.pdf>. Acesso: 25 jan. 2016.
- SANTOS, I. M. V; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA**. Volume n 13 (4): 703-716, 2011. Disponível em: [www.scielosp.org.br](http://www.scielosp.org.br). Acesso: 10 fev. 2015.
- SILVA, J. A. Reorganizar e humanizar o processo de trabalho através do acolhimento: relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.39, n.1, p.174-181 jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/767>>. Acesso: 10 dez. 2015.
- SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H.C. Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária: Percepção dos Profissionais de Enfermagem **reme – Revista Mineira de Enfermagem**; 16(2): 225-231, abr./jun., 2012. Disponível em: <[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_501bf3211a106.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_501bf3211a106.pdf)>. Acesso: 10 nov. 2015.
- SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições Limitadoras Para a Integralidade do Cuidado à Criança na Atenção Básica de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 263-71. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea33.pdf>>. Acesso: 12 out. 2015.
- TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho em enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.23, n.2, p. 331-340, Fev, 2007. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200009&script=sci_arttext)>. Acesso: 23 set. 2014.
- TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3): 3615-3624, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>>. Acesso: 10 nov. 2015.
- TORRES, H. C.; LELIS, R. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco, **Ciencia y Enfermeria XVI** (2), 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>> Acesso: 12 fev. 2015.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DA USF E ACOLHIMENTO PARA GESTORES E GERENTE DA USF

 <p>Universidade Federal do Recôncavo da Bahia</p> <p>Centro de Ciências da saúde</p> <p>Email responsável pela pesquisa: <a href="mailto:polipaula10@hotmail.com">polipaula10@hotmail.com</a></p> <p>Coordenação: Profª Ms Ana Paula Santos de Jesus</p> <p>Pesquisadora: Natali Andrade Ribeiro</p>			
<p><b>Análise de Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma USF</b></p> <p><b><u>Formulário dos Gestores e Gerente da USF</u></b></p>			
1. Nº do questionário:	3. Data da entrevista:	5. Hora início:	6. Hora do término:
	4. Turno: 1. Matutino 2. Vespertino		
<b>I- Informações Sócio demográficas</b>			
1. Qual a sua idade? _____ Data de nascimento: ____/____/____ -	2. Sexo 0. Feminino ( ) 1. Masculino ( )	3. Raça/cor (auto-declarada) Parda ( ) Preta( ) Branca( ) Indígena ( ) Amarela ( ) Outra ( ) _____	4. Escolaridade: 1. Ensino fundamental (8ª série) incompleto ( ) 2. Ensino fundamental (8ª série) completo ( ) 3. Ensino médio incompleto ( ) 4. Ensino médio completo ( ) 5. Superior incompleto ( ) 6. Superior completo ( ) 7. Pós-graduação completa? ( ) Pós-graduação incompleta? ( ) Qual? _____ 8. ( ) Não frequentou escola


<p><b>5. Tempo de formado:</b></p> <p>1. ( ) Há menos de um ano  2. ( ) Entre um e cinco anos  3. ( ) Entre cinco e dez anos  4. ( ) Mais de dez anos</p>	<p><b>6. Qual a sua profissão:</b></p> <p>0. Assistente social ( )  1. Enfermeiro ( )  2. Médico ( )  3. Odontólogo ( )  4. Medico ( )  5. Psicologo ( )  6.Outro ( ).  Qual? _____</p>	<p><b>7. Qual sua ocupação?</b></p> <p>0. Coordenador do distrito ( )  1. Coordenador da Atenção Básica ( )  2. Gerente da USF ( )  3. Outras: _____</p>	<p><b>8. Qual o seu estado civil atual</b></p> <p>0. casado (a) ( )  1. solteiro(a) ( )  2. divorciado(a) ( )  3. união estável ( )  4. viúvo(a) ( )</p>
<p><b>9. Qual a sua carga horária diária de trabalho?</b></p>			
<p><b>10. Tempo de serviço nesta unidade de saúde</b></p> <p>1. ( ) Há menos de um ano  2. ( ) Entre um e cinco anos  3. ( ) Entre cinco e dez anos  4. ( ) Mais de dez anos</p>			
<p><b>11. Já trabalhou anteriormente como gestor ? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não</b>  Por quanto tempo?  1. ( ) Menos de um ano    2.( ) Entre um e dois anos    3.( ) Mais de dois anos    4.( ) Mais de cinco anos</p> <p><b>12. Além de gestor, você tem outra ocupação? 1.Sim ( ) 2.Não ( )</b>  Qual? _____</p>			
<p><b>II- Questões sobre a dimensão de caracterização da USF selecionada</b></p>			



<b>1. Qual o número de famílias cadastradas na USF?</b> <b>Qual o número do CNES?</b>	<b>2. Qual o número da População Adstrita?</b>
<b>3. Qual o total de funcionários na USF?</b>	<b>4. Qual a particularidade da população adstrita?</b>
<b>5. Qual o horário de funcionamento da USF?</b> 0. Sim ( )      1. Não ( )	<b>6. A USF fecha no horário do almoço?</b> 0. Sim ( )      1. Não ( ) Qual (ais) o(os) profissionais que são escalados para ficar neste horário? 0. Médico ( )    1. Enfermeiro ( )  2. Técnico em enfermagem ( )  3. Agente comunitário de saúde ( )  4. Odontólogo ( )  5. Outros( ) _____
<b>7. Quantas equipes atuam nesta USF?</b>  <b>8. Quantos e que profissionais trabalham nesta USF?</b>  <b>9. Qual o tipo de vínculo de cada profissional?</b> <b>Médico</b> – seleção publica ( ) concurso ( ) outros ( ). Qual?  <b>Enfermeiro</b> – seleção publica ( ) concurso ( ) outros ( ). Qual?  <b>Técnico em enfermagem</b> – seleção publica ( ) concurso ( ) outros ( ). Qual?  <b>Agente comunitário de saúde</b> – seleção publica ( ) concurso ( ) outros ( ). Qual?  <b>Técnico em saúde bucal</b> – seleção publica ( ) concurso ( ) outros ( ). Qual?  <b>Odontólogo</b> – seleção publica ( ) concurso ( ) outros ( ). Qual? <b>Recepcionista</b> – seleção publica ( ) concurso ( ) outros ( ). Qual? <b>Segurança</b> - - seleção publica ( ) concurso ( ) outros ( ). Qual?	
<b>III – Questões sobre a dimensão de gestão e planejamento do Acolhimento em USF</b>	
1. Quando e Como foi implantado o acolhimento nesta USF?	
2. O que motivou a implantação do acolhimento e classificação de risco e vulnerabilidade nesta USF?	
3. O acolhimento com classificação de risco esta implantado de forma satisfatório nesta USF? Comente	
<b>4. Quais os profissionais responsáveis pelo serviço de acolhimento, classificação de risco e vulnerabilidades?</b>  0. Médico; ( )	

<p>1. Enfermeiro; ( )</p> <p>2. Técnico em enfermagem ( )</p> <p>3. Agente comunitário de saúde( )</p> <p>4. Odontólogo ( )</p> <p>5. Agente administrativo ( )</p> <p>6.Outros( ) : _____</p>	
<p><b>5.Qual o perfil dos usuários que são atendidos na Unidade de Saúde da Família pelo acolhimento e classificação de risco?</b></p> <p>0. Homens; ( ) 1.Crianças; ( ) 2. Mulheres; ( ) 3 Idosos; ( ) 4. Outros ( ). Qual?</p>	
<p>6. Quem organiza a agenda dos profissionais?</p>	
<p>7.Qual a distribuição de oferta de cuidados da USF diária?</p>	
<p>8.Quais e como as ofertas de cuidados são distribuídas durante a semana?</p>	
<p>9.Como esta sendo implantado o Acolhimento com classificação de risco nas USF do município de Santo Antônio de Jesus?</p>	
<p>10. O gestor recebeu capacitação para a implantação do acolhimento e avaliação de risco na USF? Qual? Quando?</p>	
<p>11. A gestão ofereceu capacitação para todos os profissionais atuarem no acolhimento em USF?</p>	
<p>12. Quais os limites e desafios enfrentados para a implantação do acolhimento com classificação de riscos nas USF do município?</p>	
<p>13.Você identifica distinções na USF com o acolhimento com classificação de risco em relação as que ainda não foram implantadas? Comente.</p>	

## APÊNDICE B: FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E SUAS PRÁTICAS

		<p>Universidade Federal do Recôncavo da Bahia</p> <p>Centro de Ciências da saúde</p> <p>Email responsável pela pesquisa:  <a href="mailto:polipaula10@hotmail.com">polipaula10@hotmail.com</a></p> <p>Coordenação: Profª Ms Ana Paula Santos de Jesus</p> <p>Pesquisadora: Natali Andrade Ribeiro</p>	
<p><b>Análise de Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma USF</b></p> <p><b><u>Profissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde; atendente de saúde bucal e recepcionista)</u></b></p>			
1. Nº do questionário:	3. Data da entrevista:	5. Hora início:	6. Hora do término:
	4. Turno: 1. Matutino 2. Vespertino		
<p><b>I- INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS</b></p>			
<p>1. Qual a sua idade? _____</p> <p>Data de nascimento: _____/_____/_____</p>	<p><b>2. Sexo</b></p> <p>0. Feminino ( )</p> <p>1. Masculino ( )</p>	<p><b>3. Raça/cor (auto-declarada)</b></p> <p>Parda ( )</p> <p>Preta( )</p> <p>Branca( )</p> <p>Indígena ( )</p> <p>Amarela ( )</p> <p>Outra ( ) _____</p>	<p><b>4. Escolaridade:</b></p> <p>1. Ensino fundamental (8ª série) incompleto ( )</p> <p>2. Ensino fundamental (8ª série) completo ( )</p> <p>3. Ensino médio incompleto ( )</p> <p>4. Ensino médio completo ( )</p> <p>5. Superior incompleto ( )</p> <p>6. Superior completo ( )</p> <p>7. Pós-graduação completa? ( )</p> <p>Pós-graduação incomplet ( )</p> <p>Qual? _____</p> <p>8. ( ) Não frequentou escola</p>
<p><b>5. Tempo de formado:</b></p> <p>1. ( ) Há menos de um ano</p> <p>2. ( ) Entre um e cinco anos</p>	<p><b>6. Qual a sua profissão:</b></p> <p>0. Assistente social ( )</p> <p>1. Enfermeiro ( )</p> <p>2. Médico ( )</p>	<p><b>7. Qual sua ocupação?</b></p> <p>0. Enfermeiro da USF ( )</p> <p>1. Médico ( )</p>	<p><b>8. Qual o seu estado civil atual</b></p> <p>0. casado (a) ( )</p>

3. ( ) Entre cinco e dez anos 4. ( ) Mais de dez anos	3. Odontólogo ( ) 4. Médico ( ) 5. Psicólogo ( ) 6. Técnico de enfermagem ( ) 7. Técnico de saúde bucal Outro ( ). Qual? _____	2. Gerente da USF ( ) 3. Agente comunitário de Saúde ( ) 4. Técnico de saúde bucal Outras: _____	1. solteiro(a) ( ) 2. divorciado(a) ( ) 3. união estável ( ) 4. viúvo(a) ( ) _____ _____
<b>9. Qual a sua carga horária diária de trabalho?</b>			
<b>10. Você tem outra ocupação?</b> 1.Sim ( ) 2.Não ( ) Qual? _____			

## II - Questões sobre a dimensão modelagem e organização do Acolhimento na USF e as práticas profissionais

### TODOS OS PROFISSIONAIS

1. Como você realiza o acolhimento nesta USF?

2. Quando foi implantado o acolhimento e a classificação de risco nesta USF?

3. Você atua há quanto tempo nesta USF?

4. Quem recebe o usuário quando chega nesta Unidade de Saúde da Família?

5. Quais situações são acolhidas nesta Unidade de Saúde da Família por demanda espontânea?

### 6. Quais os profissionais responsáveis pelo acolhimento?

0. Médico ( )

1. Enfermeiro ( )

2. Técnico em enfermagem ( )

3. Agente comunitário de saúde ( )

4. Agente administrativo ( )

5. Auxiliar de serviços gerais ( )

6. Porteiro ( )
7. Outros ( ) _____
7. Quem organiza a agenda dos profissionais?
<b>8. Qual a distribuição de oferta de cuidados da USF diária?</b>
<b>9. Quais e como as ofertas de cuidados são distribuídas durante a semana?</b>
<b>10. Qual o perfil dos usuários que são atendidos na Unidade de Saúde da Família pelo acolhimento e classificação de risco?</b>
0. Homens; ( )      1. Crianças; ( ) 2. Mulheres; ( ) 3. Idosos; ( )
4. Outros ( ). Qual?
<b>11. Quais as doenças mais prevalentes dos usuários atendidos no acolhimento com classificação de risco?</b>
0. Hipertensos ( ) 1. Diabéticos ( ) 2. Gestantes ( ) 3. Cardiopatas ( ) 4. Hepatopatas ( )
5. Traumas leves/contusões, escoriações ( )
6. Outros ( ) _____
12. Qual a média de usuários da demanda espontânea atendidos no acolhimento com classificação de risco por dia?
13. Qual a média de usuários com demanda programada atendida por dia na USF?
14. Qual a média de tempo o usuário de demanda programada aguarda na Unidade de Saúde da Família para atendimento médico?
15. Como é realizado os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta?
16. Como é realizado o acolhimento quando a equipe realiza atividade no domicílio?

	0. SIM	1. NÃO
17.Os usuários da demanda espontânea que não fazem parte da população adscrita na USF são acolhidos nesta USF?		
18.Tem horário específico para o acolhimento com classificação de risco?		
19.Todos os paciente acolhidos por demanda espontânea são encaminhados para atendimento médico?		
20.Você tem clareza das ofertas de cuidados existente nesta USF?		
21.A demanda programada é avaliada no acolhimento com classificação de risco?		
22. De que forma a demanda programada é acolhida?		
<p><b>III - Questões sobre a dimensão da classificação de risco e vulnerabilidade e as práticas profissionais</b></p> <p><b>TODOS OS PROFISSIONAIS</b></p>		
1.Como você avalia o risco e vulnerabilidade dos usuários que chegam aqui na Unidade de Saúde da Família?		
2.O que você faz de imediato nas situações críticas?		
3.A USF possui sala para atendimento de situações criticas? Sim ( ) Não ( )		
<p><b>4.Em casos de situações críticas onde ocorre o atendimento?</b></p> <p>0. Sala de procedimentos ( ) 1. Sala de imunização ( ) 2. Consultórios ( ) 3. Recepção ( )</p> <p>4 . Sala de espera ( ) 5. ( ) Sala de Acolhimento 6 Outros : _____</p>		

<b>5.6.Quais os profissionais responsáveis para realizar a classificação de risco e vulnerabilidades da demanda espontânea?</b>		
0. Médico; ( )		
1. Enfermeiro; ( )		
2. Técnico em enfermagem ( )		
3. Agente comunitário de saúde( )		
4. Odontólogo ( )		
5. Agente administrativo ( )		
6.Outros( ) : _____		
7.Por que acolher e classificar o risco da demanda espontânea?		
8.Quando você acolhe (escuta) e identifica uma situação de risco e vulnerabilidade você faz a intervenção?		
9.Qual intervenção você já realizou em uma situação de risco nesta USF?		
10.Você se sente respaldado para acionar as ofertas de cuidado em tempo que considere a necessidade do usuário?		
11.Os usuários que são classificados eles são reavaliados para possível reclassificação de risco?		
12. Os pacientes que precisam de atendimento de alta densidade tecnológica eles são encaminhados/referenciados?	Sim ( )	Não ( )
<b>PARA MÉDICOS, ENFERMEIROS E ODONTÓLOGOS</b>		
	0 .SIM	1.NÃO
1.Em casos de situações críticas a USF tem dificuldade de referenciar o paciente para outro serviço?		
2.Para quais serviços o paciente é encaminhado quando em situações críticas?		
0. Hospitais ( ) 1. Policlínica ( ) 2. UPA ( ) 3. SAMU ( ) 4.Outros ( ) _____		
3. O enfermeiro realiza a primeira consulta, atendendo a demanda espontânea e faz o atendimento agendado?		
4. O enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora? Depois fica na retaguarda?		

5. O enfermeiro a partir do momento que desempenha outras atribuições passa a primeira escuta do acolhimento para o técnico de enfermagem e fica na retaguarda junto com o médico?		
6. O médico faz a retaguarda dos casos agudos e também atende os usuários agendados?		
7. Mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira consulta dos usuários organizando o acesso num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições?		
8. As urgências odontológicas são encaminhadas para os serviços de alta densidade tecnológica?  _____		
9. Para quais serviços de alta densidade os pacientes com urgências odontológicas são encaminhados?		
10. O que fazer quando um profissional que atende analisando como prioritário discorda da classificação? _____		
<b>VII. Questões sobre a dimensão do trabalho dos profissionais com a implantação do acolhimento e classificação de risco</b>		
<b>TODOS OS PROFISSIONAIS</b>	<b>0. SIM</b>	<b>1. NÃO</b>
1. Houve sobrecarga para a equipe após implantação do acolhimento com classificação de risco a demanda espontânea?		
2. O atendimento programado está sendo sacrificado após a implantação do acolhimento com classificação de risco?		
3. O acolhimento reorganizou o processo de trabalho em equipe aqui na USF?		
4. Você observou mudanças na sua relação de trabalho e nos modos de cuidar na USF?		
5. São realizadas atividades de educação em saúde para sensibilizar a população acerca da proposta do acolhimento com classificação de risco na USF ?		
6. Existem problemas que dificultam o desenvolvimento do seu trabalho na USF? Quais? _____		
7. Como você avalia a implantação do acolhimento e a classificação de risco nesta USF? Implantada ( ) Parcialmente implantada. Porque? ( ) Não Implantada ( ). Porque?		
8. Como você avalia a qualidade* do acolhimento com classificação de risco na USF?  Atribua uma nota de 0 a 10, onde 0 é totalmente insatisfatória e 10 totalmente satisfatória.  Nota: _____		



\*adequação do espaço físico, recursos físicos, materiais e humanos, protocolo utilizado.

**9. Como você avalia a satisfação do usuário acerca do acolhimento com classificação de risco na USF?**

( ) satisfeito ( ) insatisfeito

Atribua uma nota de 0 a 10, onde 0 é totalmente insatisfeito e 10 totalmente satisfeito.

Nota: \_\_\_\_\_

**10. Descreva os limites e avanços enfrentados no processo de implantação do acolhimento com classificação de risco na USF.**

**APÊNDICE C: CHECK LIST – OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

<b>I- Questões sobre a dimensão recursos físicas, ambiência, materiais e medicamentos utilizados no acolhimento com classificação de risco na USF selecionada.</b>	
<p><b>1. AMBIÊNCIA:</b>  <b>1.1 - Luminosidade (na maioria dos ambientes):</b>  Luz natural ( )  Iluminação artificial ( )  Natural e Artificial ( )</p>	<p><b>1.2 -Temperatura (na maioria dos ambientes):</b>  Ambiente - janelas ( )   Ventilação indireta adequada (exaustores/ar condicionado) ( )</p>
<p><b>1.3 Ruídos</b>  Presente ( ) Ausente ( )  Obs: _____</p>	<p><b>1.4 Existe placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos (NBR 9050)?</b>  Sim ( ) Não( )</p>
<p><b>1.5 Os corredores para circulação de pacientes tem largura mínima de 120cm?</b>  Sim ( ) Não ( )</p>	<p><b>1.6 Os espaços são adaptados para as pessoas com deficiência:</b>  0. Banheiros adaptados: Sim ( ) Não( )  1. Barras de apoio: Sim ( ) Não ( )  2. corrimão: Sim ( ) Não( )  3. Rampas (NBR 9050 da ABNT): Sim ( ) Não  4. Larguras das portas: Sim ( ) Não ( )  5. Sinalizações: Sim ( ) Não ( )  6. Piso antiderrapante: Sim ( ) Não( )  7. Telefone público, balcão e bebedouros mais baixos:  Sim ( ) Não( )  Obs.: _____</p>
<p><b>1.7 Área externa:</b>  <b>0.Tem passeio de proteção no perímetro externo da edificação?</b>  ( ) Sim ( ) Não  <b>1.Tem rampas para acesso à USF?</b>  ( ) Sim ( ) Não</p>	<p><b>1.9 Janelas:</b>  1. Revestidas de material lavável Sim ( ) Não( )  2. Maçanetas de alavancas Sim ( ) Não( )  3.Oferecem segurança e privacidade ao ambiente?  Sim ( ) Não( )</p>
<p><b>1.8 Pisos, tetos e paredes:</b>  1. Laváveis Sim ( ) Não ( )  2. Superfície lisa e regular Sim ( ) Não ( )  3. Superfície estável e antiderrapante Sim ( ) Não ( )  4. Rodapé lavável? Sim ( ) Não ( )  5. Bordas arredondas? Sim ( ) Não( )</p>	<p><b>2.2 Existe sala de espera na USF?</b>  0. Sim ( ) 1.Não( )   <b>2.2.1Se sim, a sala de espera:</b>  0. Está próxima aos ambientes relativos aos diversos tipos de atendimento como consultórios, sala de procedimentos, sala de vacinas e outros?  Sim ( ) Não ( )</p>
<p><b>2.ÁREA ADMINISTRATIVA:</b>  <b>2.1 Existe sala de recepção na USF?</b>  0. Sim ( ) 1. Não ( )   <b>2.1.1Se sim, a sala de recepção tem:</b>  1. Balcão sem grades ou vidro? Sim ( ) Não ( )  2. Cadeiras? Sim ( ) Não ( )  3. Prateleiras? Sim ( ) Não( )  4. Quadro de avisos? Sim ( ) Não ( )  5. Computador? Sim ( ) Não ( )</p>	

<p>6. Telefone? Sim ( ) Não ( )</p> <p>7. Os prontuários estão arquivados por família? Sim ( ) Não ( )</p> <p>8. Obs: _____</p>	<p>1. Dispõe de quantos assentamentos? _____</p> <p>2. Dispõe de bebedouros? Sim ( ) Não ( ) Há bebedouros com altura para crianças/cadeirantes? Sim ( ) Não ( )</p> <p>3. Tem TV? Sim ( ) Não ( )</p> <p>4. Tem Vídeo? Sim ( ) Não ( )</p> <p>5. Tem longarinas? Sim ( ) Não ( )</p> <p>5.1 Se sim, quantas? _____</p> <p>6. Tem suporte para TV? Sim ( ) Não ( )</p> <p>7. Cesto de lixo: Sim ( ) Não ( )</p> <p>8. Tem banheiro? Sim ( ) Não ( )</p> <p><b>2.2.2 Se não, o espaço da sala de espera e da recepção fazem parte do mesmo ambiente interno?</b> ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>3. EXISTE SALA DE ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL?</b></p> <p>0. Sim ( )</p> <p>1. Não ( )</p> <p><b>3.1 Se sim assinale o que dispõe:</b></p> <p>( ) Mesa tipo escritório</p> <p>( ) Cadeiras</p> <p>( ) Cesto de lixo</p> <p>( ) Negatoscópio</p> <p>( ) Balança antropométricas</p> <p>( ) Esfigmomanômetro</p> <p>( ) Estetoscópio</p> <p>( ) Otoscópio</p> <p>( ) Foco de luz</p> <p>( ) Armário vitrine</p> <p>( ) Balde cilíndrico porta detritos</p> <p>( ) Biombo</p> <p>( ) Escada de dois degraus</p> <p>( ) Mesa auxiliar</p> <p>( ) Mesa para exames (maca)</p> <p>( ) Régua antropométricas</p> <p>( ) Glicosímetro</p> <p>Obs: _____</p>	<p><b>4. EXISTE CONSULTÓRIOS PARA ATENDIMENTO CLÍNICO DE ENFERMAGEM E MÉDICO?</b></p> <p>0. Sim ( ). Quantos: _____</p> <p>1. Não ( )</p> <p><b>Se sim assinale o que dispõe:</b></p> <p>( ) Mesa tipo escritório</p> <p>( ) Cadeiras</p> <p>( ) Cesto de lixo</p> <p>( ) Negatoscópio</p> <p>( ) Balança antropométricas</p> <p>( ) Esfigmomanômetro</p> <p>( ) Estetoscópio</p> <p>( ) Otoscópio</p> <p>( ) Foco de luz</p> <p>( ) Armário vitrine</p> <p>( ) Balde cilíndrico porta detritos</p> <p>( ) Biombo</p> <p>( ) Escada de dois degraus</p> <p>( ) Mesa auxiliar</p> <p>( ) Mesa para exames (maca)</p> <p>( ) Régua antropométricas</p> <p>( ) Glicosímetro</p> <p>Obs: _____</p>
<p><b>5. EXISTE SALA DE OBSERVAÇÃO PARA O ATENDIMENTO DAS SITUAÇÕES CRÍTICAS?</b></p> <p>0. Sim ( ) 1. Não ( )</p>	

<p><b>6. SALA DE PROCEDIMENTO:</b></p> <p>0. Sim ( )</p> <p>1. Não ( )</p> <p><b>6.1 Se sim , dispõe de:</b></p> <p>( ) pia e torneira  ( ) bancada  ( ) área mínima de 9m<sup>2</sup> com dimensão mínima de 2,50m  ( ) Balança antropométrica  ( ) Instrumentais cirúrgicos para curativo  ( ) Instrumentais cirúrgicos para sutura  ( ) Balde cilíndrico porta detritos com pedal  ( ) Escada de dois degraus  ( ) Mesa auxiliar  ( ) Mesa para exames  ( ) Suporte de soro  ( ) Estetoscópio  ( ) Esfigmomanômetro  ( ) Cilindro de oxigênio (preso em suporte ou móvel)  ( ) Nebulizador  ( ) Glicosímetro  ( ) Suporte de soro  ( ) Cadeira de rodas</p> <p>Obs: _____</p>	<p><b>7. MEDICAMENTOS PARA O ATENDIMENTO AS URGÊNCIAS CLÍNICAS:</b></p> <p>0. Ampolas de adrenalina( )</p> <p>1. Ampolas de atropina; ( )</p> <p>2. Frasco de Hidrocortisona de 100mg; ( )</p> <p>3. Frasco de Hidrocortisona de 500mg; ( )</p> <p>4. ) Ampolas de glicose 50% ( )</p> <p>5. Ampolas de soro fisiológico 0,9% e soro glicosado ( )</p> <p>6. Ampolas de terbutalina ( )</p> <p>7. Frascos de prometazina ( )</p> <p>8. Ampolas de diazepam ( )</p> <p>9. Ampola de haloperidol ( )</p> <p>10. Frasco de ipatrópio ( )</p> <p>11. Frasco de fenoterol ( )</p> <p>12. Cartela de dinitrato de isossobida 5mg via sublingual ( )</p> <p>13. Cartela de ácido acetilsalicílico ( )</p> <p>14. Ampola de tiamina; ( )</p> <p>15. Medicamentos anti-hipertensivos ( )Quais:</p> <p>16. Hipoglicemiante oral ( ) e Insulina; ( )</p> <p>17. Antibióticos (para administrar a primeira dose na UBS nos casos de pneumonia em crianças; ( ). Quais:</p> <p>18. Analgésicos (enteral e parenteral) ( )</p> <p>19. Antitêrmicos ( Enteral e parenteral).( )</p> <p><b>20. outros:</b></p>
--	--

**8. DISPONIBILIDADE DOS MATERIAIS PARA ATENDIMENTO AS URGÊNCIAS?**

0. Maleta tipo ferramentas de 16" com alça para carregar. ( )

1. Caixa organizadora com pelo menos oito divisórias ( )

2. Pacotes de gazes estéreis ( )

3. Ampolas de água destilada 10 ml ( )

4. Seringas de 5ml sem agulha; ( )

5. Seringas de 10 ml sem agulha ( )

6. Agulha 40x 12; ( )

7. Cateter para punção periférica tamanho 14 g ( )  
tamanho 16g; ( )

8. Cateter para punção periférica

9. Cateter para punção periférica tamanho 18g; ( )  
periférica tamanho 20 g; ( )

10. Cateter para punção

11. Cateter para punção periférica tamanho 22g; ( )  
tamanho 24g; ( )

12. Cateter para punção periférica

13. Rolo de Esparadrapo comum ( )

14. Garrote ( )

15. Equipos para soros simples ( )

16. Conexões de duas vias; ( )

17. Frasco de soro fisiológico 0,9% de 500ml; ( )

18 Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente ( AMBU) ( )

19. Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU) ( )

20. Sistema bolsa-máscara autoinflável Neonatal com máscara transparente (AMBU) ( )

21. Máscara de nebulização adulta ( )  
pediátrica; ( )

22. Máscara de nebulização

23. cateter para o<sup>2</sup> tipo óculos; ( )

24. Aparelho de nebulização; ( )

25. Medidores de pico de fluxo (Peak flow) reutilizáveis; ( )

26. Colar cervical adulto; ( )

27. Colar cervical infantil ( )

28.

Outros: \_\_\_\_\_

**9. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL DISPÕE NA USF?**

0. Máscaras descartáveis ( )

1. Luvas de procedimentos ( )

2. Luvas estéreis descartáveis ( )

3. Óculos; ( )

**10. A USF TEM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO?**

( ) Sim ( ) Não

**10.1 Se sim, o consultório dispõe de:**

( ) lavatório (pia)

( ) bancada com pia para processamento de materiais e instrumentais

( ) torneira com fechamento que dispense o uso das mãos

( ) área mínima de 12m<sup>2</sup> para instalação de uma cadeira odontológica

( ) armários sobre e sob bancada

( ) mesa tipo escritório com gavetas

4. Avental; ( )	<ul style="list-style-type: none"><li>( ) caixa sifonada com tampa em aço inox ou ralo inox</li><li>( ) iluminação geral da sala deve estar entre 150 e 3000 lux ou suficiente para a realização dos atendimentos</li><li>( ) iluminação do refletor odontológico entre 10.000 e 20.000 lux ou em bom funcionamento</li><li>( ) tubulações para bomba a vácuo e/ou compressor</li><li>( ) lixeira com tampa e pedal</li><li>( ) computador</li><li>( ) Raios-X (O aparelho de Raios-X Odontológico intra-oral pode ser instalado em sala própria com paredes baritadas ou no próprio consultório, desde que a equipe possa manter-se, no mínimo, a dois (2) metros de distância do cabeçote e do paciente, no momento da utilização).</li><li>( ) Câmara escura (caso tenha aparelho de RX)</li><li>( ) Autoclave (ou uso de equipamento compartilhado pela equipe saúde da família)</li><li>( ) Amalgamador</li><li>( ) Fotopolimerizador</li><li>( ) Aparelho de ultra-som com jato de bicarbonato</li><li>( ) Negatoscópio</li><li>( ) Equipo odontológico com pontas</li><li>( ) Unidade auxiliar</li><li>( ) Compressor com válvula de segurança</li><li>( ) Filtro para o compressor</li><li>( ) Filtro para a cadeira</li><li>( ) Mochos ou banco giratório</li></ul>
-----------------	--

## **APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Natali Andrade Ribeiro, discente do curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada **“ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**, sob a orientação da Prof. Msc. Ana Paula Santos de Jesus.

A realização desse estudo tem por objetivo: Avaliar o grau de Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus.

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, forneceremos informações sobre a pesquisa para a sua compreensão e possível participação, que será de forma voluntária, podendo você desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízo. Não haverá benefícios financeiros quer seja para mim como pesquisadora ou para você como colaborador (a) da pesquisa. Vale ressaltar que esta pesquisa não trará dano previsível a sua saúde, no entanto, pode eventualmente lhe ocasionar incômodo pelo tempo demandado durante a sua participação na entrevista. Para diminuição deste desconforto a data e horário da entrevista serão acordados entre o coordenador, o pesquisador e colaboradores da pesquisa, onde acontecerá de forma individualizada, no seu próprio local de trabalho. Caso haja desistência ou impossibilidade de realização da entrevista no local marcado, devemos remarcar outra data e horário com consentimento de ambas as partes .

Esta pesquisa contribuirá significativamente para reorganização dos serviços de saúde, além de apontar possíveis estratégias para implementação do acolhimento com classificação de risco. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, localizado na Rua Rui Barbosa, nº710, Centro, Cruz das Almas-Ba, CEP:44380-000, (75)3621-6850.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas, divulgados em eventos científicos e transformados em Trabalho de Conclusão de Curso. Será garantido o sigilo e o anonimato dos entrevistados e da instituição evitando indícios que possam por em risco sua imagem pessoal ou institucional. As fala registradas ficarão sob a guarda do pesquisador responsável e estarão à disposição dos colaboradores do estudo por até cinco anos. Passado este período os mesmos serão incinerados.

Caso aceite participar da pesquisa, convido a assinar este termo, sendo que uma cópia

ficará em posse do participante, enquanto que a outra ficará com o pesquisador. Em caso de dúvida, estaremos à disposição para esclarecimentos no Centro de Ciência da Saúde, localizado na Av. Carlos Amaral, nº1015, Cajueiro, Santo Antônio de Jesus Bahia, CEP: 44.570-000, (75) 3632 – 6802.

Santo Antônio de Jesus - BA \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

.

---

Assinatura do Colaborador da Pesquisa

Natali Andrade Ribeiro

Ana Paula Santos de Jesus

Pesquisadora Colaboradora

Pesquisadora Responsável

nataliandraderibeiro@gmail.com

polipaula10@hotmail.com

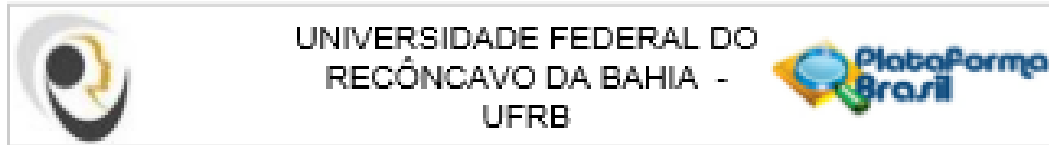
Telefone: (75) 88143079

(75) 3632 – 6802



## ANEXOS

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Pesquisador:** Ana Paula Santos de Jesus

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43634615.5.0000.0056

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

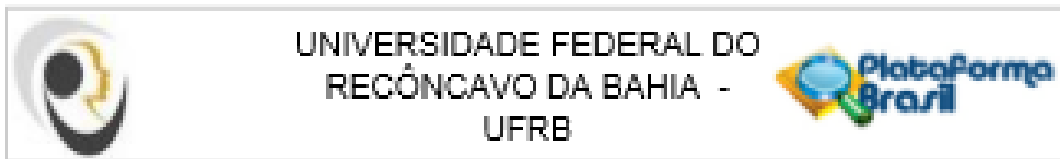
**Número do Parecer:** 1.063.139

**Data da Relatoria:** 08/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

Considerando que "o acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta de suma importância na Unidade de Saúde da Família, uma vez que a equipe de saúde já conhece as especificidades de cada paciente, seu histórico, as medicações que faz uso e suas patologias fatores essenciais que contribuem para o atendimento precoce ao paciente agudizado, viabilizando a estabilização do quadro, e os direcionamentos que serão dados a este paciente dentro da rede assistencial. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado". A presente pesquisa de natureza quali-quantitativa visa "avaliar o grau de implantação do acolhimento com classificação de risco em uma Unidade de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus/BA". Para tanto, a metodologia consistirá em realizar coleta de dados a partir da "técnica da entrevista semi-estruturada e check list para o levantamento das informações referente a estrutura física, recursos e equipamentos utilizados para realização do Acolhimento com Classificação de Risco". Também será adotado "um questionário contendo questões sobre os dados sócio-demográficos e questões pertinentes aos objetivos propostos no estudo. Os dados empíricos oriundos das entrevistas serão

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710  
 Bairro: Centro  
 UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS  
 CEP: 44.380-000  
 Telefone: (75)3621-6850 Fax: (75)3621-6767 E-mail: eticainpesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 1.053.128

analisados qualitativamente por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin e os dados quantitativos serão analisados".

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO:** "Avaliar o grau de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Saúde da família."

**OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:** nada consta.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** "Vale ressaltar que esta pesquisa não trará dano previsível a saúde do entrevistado, no entanto, pode eventualmente ocasionar incômodo pelo tempo demandado durante a participação do mesmo na entrevista. Para diminuição deste desconforto a data e horário da entrevista serão acordados entre o coordenador, o pesquisador e colaboradores da pesquisa, onde acontecerá de forma individualizada, no seu próprio local de trabalho".

**BENEFÍCIOS:** "Esta pesquisa contribuirá significativamente para reorganização dos serviços de saúde. Além, de apontar possíveis estratégias para implementação do acolhimento com classificação de risco nas demais USF do município de Santo Antônio de Jesus".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

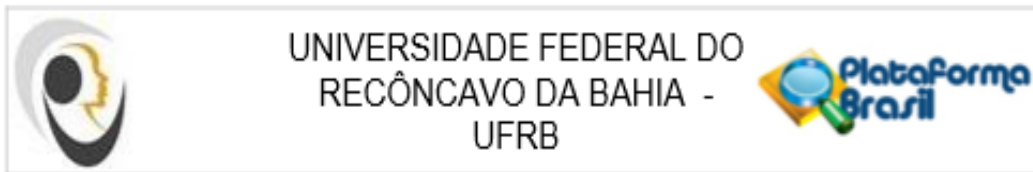
Ao avaliar a implantação do "acolhimento com classificação de risco em unidade de saúde da família", o presente estudo apresenta um caráter promissor para políticas e pesquisas futuras na área de saúde coletiva, bem como poderá indicar possibilidades de melhoria no serviço oferecido em unidades de saúde da família em Santo Antônio de Jesus -BA, o que espera-se que se concretize em benefícios diretos aos usuários de tal serviço público de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme preconiza a Resolução N°466/2012, foram apresentados os seguintes documentos para avaliação da proposta:

- Folha de Rosto;
- Protocolo de Pesquisa;
- Projeto de Pesquisa Detalhado;
- Cronograma e Orçamento;

<b>Endereço:</b> Rua Rui Barbosa, 710	<b>CEP:</b> 44.380-000
<b>Bairro:</b> Centro	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> CRUZ DAS ALMAS
<b>Telefone:</b> (75)3621-6650	<b>Fax:</b> (75)3621-9797
	<b>E-mail:</b> eticaem pesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 1.063.139

- Instrumento de Coleta de Dados;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Recomendações:**

Nada consta.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende aos critérios éticos dispostos na supracitada resolução.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CRUZ DAS ALMAS, 14 de Maio de 2015

---

Assinado por:  
Elissandra Ulbricht Winkaler  
(Coordenador)

## ANEXO B – TERMO DE ADESÃO DOS GESTORES AO CICLO DE OFICINA



**Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

**MINUTA DE TERMO DE COMPROMISSO E ADESÃO**

Deuse Santana de Jesus Barbosa, Secretário (a)  
 Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, portador do CPF nº  
89423124532, considerando que o Ciclo de Oficinas de

**Qualificação da Atenção Básica: Ênfase na Implantação do Acolhimento** tem como objetivo instrumentalizar gestores municipais e trabalhadores das Equipes de Saúde da Família para a implantação do acolhimento com vistas a tornar a atenção básica coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção no Estado da Bahia, e ainda, considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

A Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

A Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

A Resolução CIB nº 329, de 09 de setembro de 2010, que aprova as diretrizes do Acolhimento Pedagógico para Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família para o Estado da Bahia e critérios para adesão dos municípios para a sua realização por meio dos Núcleos Microrregionais de Educação Permanente para Atenção Básica;

A Resolução do Conselho Estadual de Saúde - CES Nº 14/2012, que aprova a Política Estadual de Atenção Básica.

Comprometo-me a:

- Autorizar e garantir a participação da Equipe de Gestão Municipal da Atenção Básica (Coordenador da Atenção Básica, Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Apoiadores Institucionais Municipais) em todas as atividades propostas pelo Ciclo de Oficinas de Qualificação da Atenção Básica (Videoconferências, Encontros Presenciais desenvolvidos na Microrregião e momentos junto às equipes selecionadas);
- Autorizar e garantir a participação de 01 (um) a 03 (três) Trabalhadores da Equipe de Saúde da Família selecionada em todas as atividades propostas pelo Ciclo de Oficinas de Qualificação da Atenção Básica (Videoconferências, Encontros Presenciais desenvolvidos na Microrregião e momentos junto às equipes selecionadas);
- Garantir a continuidade da Equipe selecionada e do Coordenador enquanto durar o Ciclo de Oficinas, a fim de não ocorrerem prejuízos para a mudança do processo de trabalho na Equipe e a possível replicação a outras Equipes de Saúde da Família;
- Autorizar e garantir a participação dos Equipe de Gestão Municipal da Atenção Básica (Coordenador da Atenção Básica, Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e

Endereço: Loteamento Quinta do Inglês, Rua A nº 87 – Centro. CEP: 44572-055.  
 Santo Antônio de Jesus – BA  
 Telefone: (75) 3632 – 4482/4351

Recebi em 22/11/13

Institucionais Municipais) em todas as reuniões do Colegiado Microrregional de Coordenadores Municipais da Atenção Básica;

- Apoiar a Equipe de Gestão Municipal da Atenção Básica, bem como a Equipe de Saúde da Família participante do Ciclo de Oficinas de Qualificação da Atenção Básica, com os recursos financeiros, estruturais e políticos necessários para a implantação da Estratégia de Acolhimento na Rede Assistencial da Atenção Básica.

Dessa forma, manifesto interesse e assino o presente termo, para que surta seus legais efeitos.

Santo Antônio de Jesus de 24 de março de 2013.

**Deise Santana de J. Barbosa**  
Secretária Municipal de Saúde  
Santo Antônio de Jesus - BA  
Matr. 16/458

Secretário (a) Municipal de Saúde

Cientes:



## ANEXO C – TERMO DE ADESÃO E PERMANÊNCIA DOS PROFISSIONAIS NO CICLO DE OFICINAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### MINUTA DE TERMO DE PERMANÊNCIA NO CICLO DE OFICINAS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COM ÊNFASE NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO

Considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

A Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

A Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

A Resolução CIB nº 329, de 09 de setembro de 2010, que aprova as diretrizes do Acolhimento Pedagógico para Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família para o Estado da Bahia e critérios para adesão dos municípios para a sua realização por meio dos Núcleos Microrregionais de Educação Permanente para Atenção Básica;

A Resolução do Conselho Estadual de Saúde - CES Nº 14/2012, que aprova a Política Estadual de Atenção Básica.

Termo de compromisso e Adesão ao Ciclo de Oficinas de Qualificação da Atenção Básica com ênfase na implantação de acolhimento assinado e entregue à Diretoria da Atenção Básica.

Comprometo-me a:

- Assumir, além das pactuações presentes no Termo de Adesão, que os trabalhadores escolhidos deverão participar de todos os momentos presenciais, não podendo haver substituição destes em nenhum encontro.
- Assumir a realização das tarefas práticas propostas em cada encontro em tempo hábil.

Endereço: Loteamento Quinta do Inglês, Rua A nº 87 – Centro. CEP: 44572-055.  
Santo Antônio de Jesus – BA  
Telefone: (75) 3632 – 4482/4351

*[Handwritten signature]*  
*Assinado em 16/09/2013*



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Afirmo estar ciente que o não cumprimento dessas condicionalidades implicará exclusão do município do Ciclo de Oficinas.

Dessa forma, assino o presente Termo, para que surta seus legais efeitos.

Santo Antônio de Jesus, 07 de Maio de 2013

*Deise Santana de Jesus Barbosa*  
Deise Santana de Jesus Barbosa  
Secretaria Municipal de Saúde  
Santo Antônio de Jesus - BA  
Mat. 16.438

Secretaria Municipal de Saúde

*Daniel Moura Leal*  
Daniel Moura Leal  
Coord. Distrito Sanitário II  
Atenção Básica - SMS  
Mat. 16.405

Daniel Leal

Coordenador da Atenção Básica Distrito II

Leila Ferrari

Enfermeira da USF Alto do Santo Antônio

*Leila Ferrari*  
Enfermeira

Vinicius Tinoco Vaz Almeida

Odontólogo Da USF Alto do Santo Antônio

*Dr. Vinicius Tinoco Vaz Almeida*  
Cirurgião - Dentista  
ROSA - 8501

*Antonia de Jesus Sompow ACS*