

**Secretaria de Estado da Saúde De São Paulo
Coordenadoria de Recursos Humanos
Instituto de Saúde
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**Análise da implementação da Classificação de Risco no
acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Franco
da Rocha**

Ana Glecia Pimentel Alves

**São Paulo
2023**

Análise da implementação da Classificação de Risco no acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Franco da Rocha

Ana Glecia Pimentel Alves

Pesquisa apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde.

Orientador (a): Prof^a Dra. Silvia Helena Bastos de Paula

São Paulo,
2023.

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

A474a

Alves, Ana Glecia Pimentel

Análise da implementação da classificação de risco no acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Franco da Rocha – São Paulo, 2023.

92 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Área de concentração: Gestão e Prática de Saúde

Orientador (a): Profa. Dra. Sílvia Helena Bastos de Paula

Bibliotecária: Tânia Izabel de Andrade CRB8 7241

Dedicatória

A Nossa Senhora Aparecida, que intercede a Deus por mim e por minha família sempre nos protegendo com seu manto sagrado.

Aos meus pais, Maria Zilma e Getúlio que são exemplos de caráter e dignidade para mim e minhas irmãs Gizeuma, Gizelia, Elizangela e Eva.

Ao meu irmão de estudo Joelson Almeida, que me incentiva a realizar cursos e dedicar-me a novas conquistas.

Ao meu companheiro Francisco, que carinhosamente chamo de “Chaguinha” e aos nossos filhos Getúlio Augusto e Analice que são essenciais em minha vida.

À minha querida professora de graduação Livia Maria Nunes de Almeida, que continua sendo uma inspiração de força e trabalho o que me leva até hoje a ter elos de amizade pós-conclusão de curso de enfermagem.

À minha orientadora Silvia Bastos, a qual tive sorte de conhecer e admirar antes mesmo de iniciar os meus estudos no Curso de Mestrado.

ALVES, Ana Glecia Pimentel. Análise da implementação da Classificação de Risco no acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Franco da Rocha [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

RESUMO

Introdução: A atenção primária em saúde tem como incumbência o acolhimento à demanda espontânea para que seja feito isso com uso de métodos clínicos existentes em várias literaturas como é o caso da estratégia da Classificação de Risco que é adotada em serviços de urgência e tem se mostrado eficaz na gestão de filas, também quando aplicada no setor primário. O Sistema Único de Saúde tem a função orgânica de buscar o uso racional dos recursos disponíveis e do acesso à rede de atenção. Uma das formas se dá por meio da organização das agendas que tenta acomodar a procura por atendimento e a oferta de serviços. Desse modo, por sua estruturação buscar atender a gestão do fluxo de usuários, se faz necessário conhecer o problema apresentado por quem está demandando por acolhimento para prevenir agravamento de quadros e a perda da oportunidade para atuação. **Objetivo:** Analisar o processo de implementação da estratégia Classificação de Risco em uma Unidade Básica de Saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Franco da Rocha com foco no acolhimento e ênfase no agendamento de consulta. **Método:** Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, pesquisa participante com intervenção e avaliação de implementação. As etapas incluíram: levantamento bibliográfico, entrevistas com informantes-chave, conhecimento do perfil de algumas demandas espontâneas ou diretas e Grupo Focal com a participação dos profissionais de saúde e foram respeitados os preceitos éticos estabelecidos pelas resoluções do CNS 466/2012 e 510/2016. A análise qualitativa de dados foi feita por análise de conteúdo temático. Os dados da descrição do processo de acolhimento foram analisados a partir do disposto no quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR), o agendamento acerca da tríade proposto por Donabedian com aspectos de estrutura, processo e resultados, e a avaliação após a implementação construído com apoio nos indicadores de implementação dos estudos de Bastos de Paula (2017) e Peters, Tran e Adam (2014). **Resultado:** A exploração e descrição de contexto permitiu identificar que, o número de Equipe de Saúde da Família por habitante, a localização da unidade no território e a disponibilidade de medicamento causam maior impacto para a qualidade do serviço. Na instalação da gestão da demanda por meio do Acolhimento com Classificação de Risco, favoreceu melhor resposta frente às queixas apresentadas pelos usuários. Na implementação, é preciso fazer reuniões sistemáticas como espaço para o planejamento da sustentabilidade das estratégias de serem adotadas bem seu como monitoramento e avaliação e prováveis alterações. **Considerações Finais:** À organização de tarefas e responsabilidades no ambiente em estudo adotando-se a Classificação de Risco, se bem pactuadas dentro e entre indivíduos e equipes, resulta em um clima favorável ao desempenho das atividades dos profissionais bem como torna o processo de trabalho com maturidade suficiente para o bom desenvolvimento de vínculo em relação ao tamanho de uma organização e seus usuários e suas demandas.

Descritores: Acolhimento; Triagem; Atenção Primária à Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Agendamento de Consultas.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care has the task of welcoming spontaneous demand so that this can be done using clinical methods existing in various literatures, such as the Risk Classification strategy that is adopted in emergency services and has proven to be effective in managing queues, also when applied in the primary sector. The Unified Health System has the organic function of seeking the rational use of available resources and access to the care network. One of the ways is through the organization of schedules that try to accommodate the demand for care and the supply of services. In this way, due to its structure seeking to manage the flow of users, it is necessary to know the problem presented by those who are demanding reception to prevent aggravation of conditions and the loss of the opportunity to act. **Objective:** To analyze the implementation process of the Risk Classification strategy in a Basic Health Unit of the Family Health Strategy in the municipality of Franco da Rocha, with a focus on welcoming and emphasis on appointment scheduling. **Method:** Exploratory and descriptive study, with participant research methods with intervention and implementation evaluation. The steps included: bibliographical survey, interviews with key informants, knowledge of the profile of some spontaneous or direct demands and Focus Group with the participation of health professionals and following the ethical precepts established by CNS resolutions 466/2012 and 510/2016. Qualitative data analysis was performed using thematic content analysis. Data from the description of the reception process were analyzed based on the provisions of the Consolidated Conceptual Framework for Implementation Research (CFIR), the scheduling about the triad proposed by Donabedian with aspects of structure, process and results, and the evaluation after implementation built with support in the implementation indicators of the studies by Bastos de Paula (2017) and Peters, Tran and Adam (2014). **Result:** The description of the context allowed us to identify that the number of Family Health Teams per inhabitant, the location of the unit in the territory and the availability of medication have a greater impact on the quality of the service. As for demand management, if carried out through Reception with Risk Classification, it favors a better response to the complaints presented by users. However, it is necessary to have systematic meetings as a space for planning the strategies to be adopted as well as monitoring and evaluation of probable changes. **Final considerations:** About the organization of tasks and responsibilities in the environment under study adopting the Risk Classification, if well agreed within and between individuals and teams, results in a favorable climate for the performance of the activities of the professionals as well as makes the work process with sufficient maturity for the good development of bond in relation to the size of an organization and its users and their demands.

Keywords: Reception; Screening; Primary Health Care; Health Services Needs and Demands; Access to Health Services; Appointment Scheduling.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Modelo Classificação de Risco Australiano.

Quadro 2 - Modelo Classificação de Risco Canadense.

Quadro 3 - Modelo Classificação de Risco Americano.

Quadro 4 - Modelo Classificação de Risco de Manchester.

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

Quadro 6 - Sistema de Classificação de Risco e Vulnerabilidade em prontuário eletrônico.

Quadro 7 - Tipos de objetivos e métodos da pesquisa de implementação.

Quadro 8 - Descrição dos desfechos da implementação.

Quadro 9 - Síntese de barreiras e facilitadores do processo de intervenção.

Tabela 1 - Relação consultas/ habitantes/ ano de uma Unidade Básica de Saúde de Franco da Rocha-SP.

Tabela 2 - Adaptações do Protocolo de Manchester para uso na ESF.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pactuação sobre a dinâmica do Grupo Focal.

Figura 2 - Plano de atividades proposto para a primeira oficina.

Figura 3 - Os diferentes perfis de demanda na APS.

Figura 4 - Demonstrativo de ofertas de serviços disponíveis na Atenção Básica.

Figura 5 - Domínios do *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR).

Figura 6 - Território de abrangência da unidade.

Figura 7 - Fachada da Unidade de Saúde Pastor Elias Pereira.

Figura 8 - Estrutura física do local estudado.

Figura 9 - Fluxograma da Unidade de Saúde do Mato Dentro.

Figura 10 - A ecologia dos sistemas de atenção à saúde.

Figura 11a - Descrição de usuários da demanda de acolhimento por sexo e grupo etário. Unidade Básica de Saúde, Franco da Rocha (SP), 2022 (n=96).

Figura 11b - Demandas apresentadas pelos usuários, no período de 18 a 22 de Julho de 2022, da Unidade Básica de Saúde Pastor Elias Pereira, Franco da Rocha (SP), 2022 (n=96).

Figura 12 - Domínios identificados antes da intervenção seguindo a lógica do CFIR.

Figura 13 - Modelo lógico adaptado do proposto por Donabedian (1988).

Figura 14 - Fluxo do usuário com utilização de Classificação de Risco na UBS Mato Dentro.

Figura 15 - Ferramentas para realizar escuta Inicial por meio do PEC.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
APS - Atenção Primária à Saúde
BVS - Biblioteca Virtual de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CR - Classificação de Risco
ESF - Estratégia Saúde da Família
EP - Educação Permanente
FR - Franco da Rocha
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
MS - Ministério da Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio
PNH - Política Nacional de Humanização
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
POP - Protocolo de Procedimentos Padrão
RS - Rio Grande do Sul
RES - Registro Eletrônico em Saúde
SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados
SP - São Paulo
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Introduzindo a problematização	11
1.2 Atenção Básica e Acolhimento	12
1.3 O problema	14
1.4 Sobre a justificativa do estudo	15
1.5 Contexto em Franco da Rocha	15
2 BASE CONCEITUAL	18
2.1 Política Nacional de Atenção Básica	18
2.1.1 Integralidade	18
2.1.2 Acolhimento	19
2.1.3 Acesso	20
2.1.4 Protocolo de Manchester e Classificação de Risco	20
2.2 Avaliação de implementação	28
3 OBJETIVOS	30
3.1 Geral	30
3.2 Específicos	30
4 MÉTODO	31
4.1 Tipo de estudo	31
4.2 Participantes e lugar do estudo em seu contexto	32
4.3 Aspectos éticos	33
4.4 Etapas da pesquisa	33
4.4.1 Implementando a intervenção	34
4.5 Avaliação da implementação da CR na UBS Pastor Elias Pereira	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
5.1 Fase da exploração	42
5.1.1 Caracterização do contexto	42
5.2 Instalação da estratégia de mudanças	66
5.2.1 Processo de Reconhecimento da Classificação de Risco	67
5.3 Implementação inicial da intervenção	81
5.4 Implementação completa	84
5.4.1 Variáveis do processo de acolhimento e agendamento	84
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
7 PROPOSTA DE PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO	88
8 REFERÊNCIAS	90
9 APÊNDICES	99
9.1 Roteiro de entrevista	99
9.2 Roteiro de Grupo Focal (inicial)	99
9.3 TCLE - Participação de Profissionais de Saúde no Grupo Focal	100
9.4 TCLE - Participação de Informantes-Chave	101
9.5 Resumo Executivo	102
10 ANEXOS	103

APRESENTAÇÃO

Antes de explicitar o interesse em realizar o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, ofertado pelo Instituto Saúde, órgão de pesquisa vinculado a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, gostaria de explanar sobre meu trajeto até decidir me submeter a seleção para cursar esse mestrado.

Sou graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí, especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo e, desde 2016, faço parte do quadro de servidores efetivos do município de Franco da Rocha, atuando como enfermeira na assistência direta, a chamada linha de frente da Atenção Primária à Saúde. Ao longo desse período, tive a oportunidade de acompanhar a execução de diversos trabalhos desenvolvidos pelo Instituto de Saúde, no assessoramento ao município para desenvolver aspectos do Sistema Único de Saúde no âmbito da Atenção Primária em Saúde de Franco da Rocha.

O primeiro grande desafio que tive nesta caminhada foi à possibilidade de acompanhar o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no município, fato este que me deixou mais estimulada e interessada em delinear minha vida profissional e acadêmica para a Saúde Coletiva.

Diante do exposto e frente à necessidade de atualização contínua, para a garantia de um exercício profissional no qual possa oferecer uma assistência de qualidade, vislumbrei realizar o mestrado profissional em Saúde Coletiva, como uma oportunidade de ampliar conhecimentos e trocar experiências na área. Além disso, acredito que esta etapa será um diferencial em minha vida profissional, uma vez que com as aquisições teóricas-críticas e metodológicas adquiridas no programa, tenho mais possibilidades de estender os conhecimentos à comunidade atendida em minha área de atuação, implementando ações com base em evidências científicas e direcionadas para as reais necessidades da população em busca de alcançar resultados satisfatórios.

Com este intuito, ao perceber e identificar aspectos que precisavam ser melhorados no processo de marcação de consulta da unidade de saúde na qual atuo, que se desenvolveu este estudo sobre o acolhimento e agendamento com o propósito de implementar estratégias para melhoria do acesso e para fortalecer o vínculo entre o profissional de enfermagem e os usuários dos serviços de saúde; além de organizar o processo de trabalho e conseguinte contribuir para uma assistência resolutiva e de qualidade.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Introduzindo a problematização

A partir de minha atuação como enfermeira desde 2016, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), tornou-se evidente a importância do acolhimento às pessoas que utilizam o serviço e o fortalecimento do vínculo com o profissional ao fornecer por meio da escuta resposta às demandas trazidas pelos usuários. No tocante a isto, notei que a busca por atendimento médico e odontológico era cada vez mais expressiva de modo que, em um rápido espaço de tempo, as agendas eram preenchidas; por outro lado, ainda que haja absenteísmo por parte de usuários, a substituição de vaga por um encaixe provocaria atraso nas consultas posteriores, bem como conflitos entre as pessoas que comparecem pontualmente no horário agendado.

Na atenção domiciliar, importante atividade do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF), observou-se que alguns pacientes residem em locais de difícil acesso e precisam se deslocar várias vezes até a unidade em busca de consulta médica por um problema clinicamente simples e de baixo risco, que poderia ser resolvido com uma escuta ativa no seu primeiro contato na unidade.

Outra importante demanda, é a busca nos serviços da Atenção Básica (AB) por razões administrativas e/ou sociais, que compõem cerca de 20% de toda demanda da Atenção Primária à Saúde (APS), identificado em estudo realizado por Pimentel *et al.* (2011), quando caracterizou a demanda em uma unidade de saúde da família.

O conjunto dessas observações me levou a refletir sobre a necessidade de aperfeiçoamento do processo de acolhimento com a implementação da Classificação de Risco (CR) para atendimento à fila de espera gerada após esgotamento das vagas de agendamento, que apresenta-se relativamente menor que as solicitações dos usuários e, em geral, encontram-se centralizadas na demanda ao cuidado médico.

Percebi também que, em média, cerca de 30 usuários comparecem ao setor de recepção diariamente solicitando cota de consulta médica. Entretanto, para este profissional, só encontra-se disponibilizada a oferta diária de 24 vagas de consultas/dia cujo esgotamento ocorre em menos de 30 dias. Nesta circunstância os usuários são liberados pelo setor de recepção e orientados a retornarem na próxima data de abertura de agenda e isto pode ocasionar perda do atendimento oportuno se não houver a escuta qualificada da demanda, demonstrando a relevância de se trabalhar a temática.

Outro ponto que convém destacar é que há absenteísmo entre os usuários que agendam consultas médicas e significativa procura do serviço para renovação de receitas de uso contínuo em data limite de retirada de medicamentos. Toda essa contextualização acentua o distanciamento entre a busca e a oferta do agendamento.

Por isso, este estudo procurou oferecer um cuidado de acolhimento baseado em evidência e de maneira longitudinal para possibilitar o melhor uso das vagas ofertadas no serviço. Assim, a partir desta vivência profissional, meu propósito é analisar o processo de acolhimento anterior à intervenção, e o processo de acolhimento após implementação da CR, para identificar de que maneira o serviço cumpriu o preconizado pelo SUS e sua função orgânica de buscar o uso racional dos recursos disponíveis e do acesso à rede de atenção.

Segundo a Política Nacional de Humanização (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010), Classificação de Risco (Avaliação de Risco) é:

Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia, de forma ágil, o atendimento adequado a cada caso.

O uso deste dispositivo já vem sendo difundido na literatura sendo que em Santo Antônio do Monte, localizado em Minas Gerais, ao utilizar a estratificação de riscos nas pessoas portadoras de condições crônicas como modo de reestruturar e reorganizar o atendimento à população notou-se a diminuição de encaminhamentos para a atenção especializada, a redução sobre o pedido de exames aos portadores de condições crônicas menos complexas, além da construção de agendas racionais (ALVES JÚNIOR, 2011).

Por isso, sabendo que o serviço de APS tem como princípio a universalidade, é comum que este sistema atenda demandas eletivas e de urgência, sejam elas encaminhadas pelos pontos de atenção da rede de saúde, ou espontâneas e que podem ser atendidas de forma pontual no acolhimento ou agendadas para atendimentos programados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

1.2 Atenção Básica e Acolhimento

Baseado no relato anterior percebe-se que para alcance dos objetivos propostos se faz necessário organizar a agenda de consultas que visa acomodar a procura por atendimento e a oferta de serviços, pois, só através deste processo, torna-se possível a estruturação da resposta

e a gestão dos fluxos de usuários e da fila. A fila, no entanto, por estar relacionada com demandas reprimidas, com a capacidade instalada e o potencial de atendimento, sempre existirá; porém, acredita-se que a gestão deste recurso possibilita a oferta de cuidados em tempo oportuno, ainda que esta oferta seja limitada pelo dimensionamento das equipes, pela infraestrutura física e pelo equipamento do local.

Para Starfield (2004), a APS configura-se como prioridade nos processos de reorganização do setor saúde em diversas partes do mundo cuja escuta permite identificar o profissional adequado e o tempo oportuno para atendimento da necessidade trazida pelo usuário, tendo seu poder de resolutividade em torno de 84%. Configura-se como atributos deste modelo de saúde: atenção no primeiro contato, longitudinalidade do cuidado, integralidade, orientação aos cuidados à família e comunidade tudo organizado de maneira culturalmente aceitável (STARFIELD, 2004; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Dos atributos apresentados, o interesse no presente estudo se concentra no acolhimento que é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) e uma prática humanizada do cuidado que acontece quando trabalhadores de saúde se relacionam com seus usuários para fazer o trabalho vivo em ato de cuidar, de receber pessoas e escutar suas histórias e as queixas que motivaram a busca pelo serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Além disso, é um recurso usado para garantir o acesso aos serviços disponíveis para atender às necessidades de saúde da população e contribuir para o acompanhamento longitudinal dos pacientes, garantindo a continuidade e efetividade do tratamento.

O acolhimento permite identificar situações que, embora visivelmente não sejam uma urgência e emergência, pode exigir uma intervenção rápida para evitar agravamento e cronificação. Um exemplo acerca dessa temática obteve-se em um estudo que identificou que alguns usuários aguardavam cerca de dois meses para renovação de receitas medicamentosas (sendo muitas vezes necessário o custeio próprio para a aquisição do medicamento), devido à marcação de consulta obedecer a critérios de disponibilidade de vaga no momento da chegada ao setor da recepção (SILVA *et al.*, 2020).

Outro exemplo possível é o de uma criança que demanda acolhimento por apresentar um quadro gripal, mas não tem acompanhamento de puericultura desde o nascimento. Sua ida à UBS deve ser oportunizada para garantir a continuidade do cuidado. A equipe de ESF deve ser apta a identificar que esse caso de demanda espontânea, precisará de acompanhamento longitudinal posterior à queixa aguda, por meio de busca ativa e visita domiciliar, além do

compartilhamento do caso em reuniões de equipe, dentre outras estratégias de cuidado integral e transdisciplinar.

Por isso, barreiras burocráticas-administrativas no agendamento de consultas e a realização da escuta sem a utilização de critérios que respaldam a tomada de decisão clínica para os cuidados de saúde devem ser evitadas, tendo em vista que nem sempre os sinais e sintomas de uma doença se apresentam de forma clara, até mesmo para o paciente, e que ruídos na comunicação entre os profissionais podem ocasionar distorções no entendimento das queixas e das necessidades, além de contribuir para o agravamento de quadro de saúde, ruptura da integralidade, exclusão e descrédito para com o sistema de saúde, centralidade do atendimento médico, entre outras questões que dificultam o momento oportuno para intervenção profissional e sobrecarregam a equipe de enfermagem.

Nesse contexto, o município em estudo, Franco da Rocha, dispõe de Protocolo Operacional Padrão (POP) voltado à AB, o qual recomenda os profissionais a fazerem o acolhimento dos usuários por meio de uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço e considerando o contexto em que o usuário está inserido. No capítulo que trata sobre o agendamento de consultas médicas de demanda espontânea, o POP orienta o setor da recepção a encaminhar, à equipe de enfermagem, os usuários que relatarem sinais e sintomas de agravo para serem avaliados, embora não oriente o uso de instrumento de CR (FRANCO DA ROCHA, 2017).

A falta de critérios assistenciais durante o acolhimento faz com que haja insegurança durante a execução deste processo; pois, profissionais e pacientes desenvolvem ideias muito diferentes sobre o significado de saúde e doença, mesmo que sejam moldadas por culturas e posições sociais semelhantes. Partindo deste aspecto, Kleinman, segundo Hankoff (1988) em resenha de livro dele expõe alguns dos conceitos relativos à tríade *illness, disease, sickness*.

Segundo este autor, esses termos buscam examinar a relação entre os aspectos psicológicos, socioculturais e os sintomas de uma determinada doença, levando em consideração a perspectiva da própria interpretação do paciente. Dessa maneira, Boyd(2000), afirma que: a doença (*disease*) é um processo patológico, às vezes de origem indeterminada, cuja identificação das suas condições são verificáveis/ constatáveis pelos médicos. *Illness* é uma experiência de doença que é inteiramente pessoal, que frequentemente acompanha a doença, mas a doença pode não ser declarada, como nos estádios iniciais de câncer, tuberculose ou diabetes. *Sickness* é o papel negociado com a sociedade.

Pensando a prática de enfermeiras e de outros membros da equipe no acolhimento e no agendamento a partir da apresentação dos conceitos de *illness*, *disease* e *sickness* e, ainda, considerando que o SUS tem como princípio oferecer atenção com integralidade aos indivíduos e que há uma crescente demanda nos serviços de AB, precisam-se de estratégias que respaldem as decisões clínicas no acolhimento, de forma a diminuir os riscos advindos do tempo de espera e que torne cada vez mais resolutivo o acolhimento, podendo oferecer cuidados e intervenções em tempo oportuno de modo a evitar danos e, ao mesmo tempo, evitar a subutilização das vagas de agendamento.

1.3 O problema

Dentre as situações que causaram incômodos, encontram-se a busca crescente por acolhimento e agendamento, atrelado à dispensa dos usuários pela falta de vagas de consultas que se encontram insuficientes para atender à demanda; além da subutilização desse espaço já restrito, devido às pessoas que faltam no dia marcado para o atendimento.

Outro ponto importante ocorre quando os usuários são acolhidos pela equipe de enfermagem, que na ausência de protocolo de classificação de risco acaba apenas por tornar o setor de acolhimento um direcionador para o cuidado médico, fato que contribui para lotação dos espaços na agenda.

1.4 Sobre a justificativa do estudo

Na condição de enfermeira a serviço da ESF, estou em posição estratégica a partir de um ponto de vista interno, para analisar a rotina de serviço e na condição de mestranda de um Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, vislumbro a possibilidade em compreender esse processo para intervir no problema apontado na AB no município de Franco da Rocha, sendo a implementação da CR já pactuada pela gestão anterior.

Busco com os resultados desta análise, formular propostas que contribuam para o alcance dos atributos da APS. Além disso, levo em conta a proposta da nota técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, que menciona no decreto nº7.508 de 2011 o seguinte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a):

[...] o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas

para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Logo, pressuponho que a CR poderá contribuir para uso racional e mais efetivo das cotas de consultas de acolhimento em relação à necessidade do usuário e reduzirá a subutilização das pessoas que são agendadas e que deixam de comparecer ao atendimento marcado. Acredito também que possibilitará o cuidado integral através dos conhecimentos interdisciplinares aplicados no acolhimento, compatibilizar a oferta da procura, priorizar os casos de maior capacidade de resolução interna dentro da unidade, entre outros benefícios.

1.5 Contexto em Franco da Rocha

O município de Franco da Rocha tem 14 Unidades de ESF cuja capacidade potencial de atendimentos agendados por dia útil, considerando dados referentes apenas à uma equipe e ao tempo disponibilizado em agenda, corresponde a 24 consultas médicas, 16 consultas de enfermagem e 16 atendimentos odontológicos ao dia.

Em se tratando do levantamento dos atendimentos registrados em 2019, devido os subsequentes terem sido afetados pela pandemia, obteve-se um total de 125.104 atendimentos na atenção primária ao ano, desses 81.629 foram atendimentos médicos, 29.117 atendimentos de enfermagem e 14.358 atendimentos em odontologia. Já o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) assistiu cerca de 14.641 pessoas. Esse número de consultas propicia a possibilidade de cobertura da população ESF com respectivamente 55,83% consultas/mês o correspondente a 86.250 habitantes.

Suas principais morbidades são: hipertensão, diabetes, saúde mental e arboviroses. No município, o quantitativo de relatórios contendo registros de dados sobre quais demandas são referenciadas da AB ao setor de Urgência e Emergência ainda encontra-se aquém ao que de fato ocorre talvez causado pela incompletude de registro de informações coletadas no prontuário eletrônico do cidadão (PEC) por parte de alguns profissionais, ou pela ausência de pactuações sobre esse fluxo.

Em se tratar da Unidade piloto, os dados levantados nos últimos cinco anos (tabela 1) demonstram uma perda primária no indicador de cobertura dos atendimentos. Uma das causas prováveis é a ausência de escuta qualificada para preenchimento das vagas ociosas, bem como a falta de homogeneidade do atendimento dos usuários para o cuidado multiprofissional, além da falta de registro.

Tabela 1 - Número de consultas (médica, dentista e enfermeiro) e população cadastrada de uma unidade de saúde de Franco da Rocha-SP.

	2016	2017	2018	2019	2020
Enfermeiro	136	633	2.672	4.432	5.558
Média	0,03	0,1	0,3	0,2	0,3
Médico	6.203	8.382	9.499	5.005	5.070
Média	1,6	1,2	1,0	0,3	0,3
Dentista	-	825	1.953	1.033	1.249
Média	-	0,2	0,4	0,1	0,1
Cadastros	2.000	3.500	4.579	8.910	10.140

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE, 2021.

Cálculo: atendimentos/ habitantes

Esperado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a):

Médico= 2 a 3 consultas/ habitante/ano

Enfermeiro= 0,5 a 1 consulta/ habitante/ano (*poderia ser até 4*)

Dentista= 0,5 a 2 consultas/ habitante/ano

Diante dos argumentos apresentados no problema, na justificativa e no contexto, pretende-se investigar como melhorar o acolhimento e a efetividade do processo de agendamento na Atenção Básica de saúde de Franco da Rocha e estudar como o processo de agendamento de consultas poderá favorecer a abordagem integral do usuário, desde a admissão até o atendimento. Para tal, é preciso conhecer e descrever de forma minuciosa como o processo é feito no momento atual e quais inquietações e desconfortos geram para profissionais e usuários para que posterior a isto possa-se levantar a possibilidades de intervenção neste processo.

2 BASE CONCEITUAL

Entendendo que o ato de acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde do SUS, devendo ser comum a todos os integrantes da equipe, apresento nessa seção alguns conceitos e políticas desenvolvidas como estratégias exequíveis para melhorar o acolhimento à demanda espontânea e viabilizar a oferta de atendimento oportuno.

2.1 Política Nacional de Atenção Básica

A APS denominada no Brasil como AB e atualmente regulada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 pode ser entendida como a principal porta de entrada do SUS por ser um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, proporcionando uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde no âmbito individual e coletivo. Ela funciona com acolhimento de demandas espontâneas, organizando o fluxo de serviços na rede de saúde, e oferta consultas multiprofissionais, exames, vacinas, visitas domiciliares, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b).

Por isso, é relevante fortalecer a "porta de entrada" no nível básico da atenção, para reduzir distorções de acesso, e para tal é necessário conhecer os fluxos dos atendimentos e identificar se os mesmos estão organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social. Ademais, a publicação do Decreto 7.508 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a) infere que este setor é responsável pelo ordenamento dos serviços ofertados no sistema de saúde e para tanto a avaliação de risco deve fundamentar o acesso universal e igualitário às suas ações.

A revisão da PNAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b), por sua vez, reforça o estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria. Nela, ressalta-se que o potencial resolutivo de uma equipe está diretamente relacionado à definição de um amplo escopo de serviços a serem ofertados, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas da população adstrita.

Nesse contexto, encontra-se a ESF, que comumente é composta pelo profissional médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e

dentista. Estes, quando atuam em equipe, melhoram o ambiente de trabalho e, por conseguinte, as práticas do cotidiano.

Considerando o disposto nesta política de saúde, buscou-se conhecer o que já está evidenciado no meio científico acerca dos seguintes conceitos: Integralidade, Acolhimento, Acesso e Classificação de Risco.

2.1.1 Integralidade

Historicamente, a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde em resposta às suas necessidades têm reproduzido um cenário de insatisfação, devido à falta de atendimento oportuno e resolutividade do problema (LEITE; MAIA; SENA, 1999; JUNGES *et al.*, 2012). Além disso, evidenciam-se nesses setores, longas filas de espera para consultas (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014), saída do usuário sem receber um cuidado qualificado, dentre outras dificuldades que ferem os princípios do SUS (SOUZA; ZEFERINO; FERMO, 2016), ao qual se encontra a integralidade.

De acordo com a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS, 2021), a integralidade é que “garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção até o tratamento mais difícil de uma doença”. Por isso, a demanda trazida pelo usuário precisa ser conhecida pela equipe e, somente após ciência da situação, pode-se estabelecer alguma conduta. Porém, nem sempre isto é possível, já que existe a ocorrência de encaminhamento de usuários a outros serviços de saúde pela recepção (SOUZA; ZEFERINO; FERMO, 2016).

Para garantir a integralidade nas ações em saúde um dos pontos necessários é a articulação entre o acesso e o acolhimento (SOUZA *et al.*, 2008). Destarte, existem diversas formas de garantir o atendimento multiprofissional em Unidade de Saúde; para tanto, é fundamental aperfeiçoar os processos organizacionais por meio do planejamento das ações e estudo da demanda e assim favorecer uma melhor organização da agenda e ampliação do acesso (ECCO CANUTO *et al.*, 2021).

Chavéz, Rennó e Viegas (2020), argumentam que a maneira como os serviços de APS estão organizados contribui para a elevada demanda espontânea e a baixa resolutividade. Isto dificulta o paciente em conseguir marcar uma consulta de revisão de saúde, rotina ou check-up.

Por isso, a integralidade inclui, além da responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde, o reconhecimento das necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b) que por sua vez só pode ser identificado através do acolhimento.

2.1.2 Acolhimento

No sentido literal da palavra, acolhimento significa, “Ação ou efeito de acolher; modo de receber ou maneira de ser recebido; boa acolhida; lugar em que há segurança” (DICIO, 2020).

Através da PNAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b), o termo é contextualizado como componente essencial do princípio da universalidade. Segundo esta, se faz necessário a organização dos serviços para recepção e escuta de todas as pessoas que o procuram e, a partir daí, construir respostas para suas demandas e necessidades.

Corroborando com isto, o acolhimento é considerado uma tecnologia leve que, além de otimizar a demanda dos usuários, organiza o processo de cuidado da unidade local ao favorecer a criação de vínculo com a comunidade, bem como estabelecer a escuta ativa (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Porém, para sua efetivação, não basta apenas conhecer a definição de suas terminologias; é necessário promover a capacitação dos profissionais de saúde numa construção dialógica, visando o equilíbrio dos atendimentos entre a equipe na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, sendo imperiosa a corresponsabilização e procura pelo melhor cuidado (SANTOS *et al.*, 2007).

Para Ferreira (2018), a Atenção Primária exige um diversificado tempo de resposta para as demandas e isto requer a organização do setor, como pode ser feito com o sistema de agendamento de consulta.

Daí, surgem às relações interpessoais que devem ser temas de discussão de reuniões na ESF (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014), uma vez que, a APS possui inúmeras atividades (SOUZA; ZEFERINO; FERMO, 2016) e precisa deslocar o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (CAMELO *et al.*, 2016).

E é o sistema de marcação de consultas que desencadeia o primeiro tensionamento na garantia do acesso, pois a limitação no número de vagas impõe uma disputa injusta entre os usuários (SANTOS *et al.*, 2007). Além disso, observou-se, em um estudo, que, às vezes, o serviço de saúde se estrutura e se organiza para atender às suas próprias necessidades e prioridades (CHAVÉZ; RENNÓ; VIEGAS, 2020).

Dessa forma, a incorporação de uma postura de acolhimento passa pela decisão do serviço em dar uma resposta à demanda do usuário, desde uma orientação verbal ao atendimento clínico propriamente (GUERRERO *et al.*, 2013).

É imprescindível que os profissionais respeitem as diferentes demandas (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014), definindo prioridades; sendo a escuta estabelecida por todos os funcionários da UBS um fator contribuinte de qualquer planejamento do cuidado em saúde (SILVA, 2015).

No entanto, mostra-se eficaz que tal atitude seja estruturada e embasada no que está preconizado pelo Ministério da Saúde (CAMELO *et al.*, 2016). Corroborando com o apresentado acima, um estudo qualitativo que objetivou conhecer as expectativas dos enfermeiros em relação ao acolhimento na AB, identificou que ele deve ser norteador por meio da criação de um protocolo (COSTA, FRANCISCHETTI-GARCIA; E PELLEGRINO-TOLEDO, 2016).

Logo, quem está no exercício de sua profissão precisa de respaldo para sua boa atuação (BREHMER; VERDI, 2010) e o protocolo permite selecionar e operacionalizar as necessidades, dando mais segurança aos profissionais (JUNGES *et al.*, 2012).

2.1.3 Acesso

Para Donabedian (1988), o termo acesso, no contexto da oferta de serviços de saúde, refere-se à capacidade de resposta frente às necessidades do usuário. Segundo o autor, existem dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional (oferta de serviços) e a geográfica (espaço).

Nesse contexto a Lei nº 8.080/90, decretou, por meio da Portaria nº 7.508 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a), que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Nesse sentido, ao torná-lo organizado contribui para uso racional dos recursos em saúde, impedindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

Um estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontou a importância em se trabalhar com estratégias que melhorem a barreira da falta de acesso observada no Brasil que, dentre outras causas, encontra-se diretamente relacionada ao crescimento da demanda por serviços de saúde e à capacidade de resposta a essa população (NUNES *et al.*, 2016).

Existem diversas tipologias que classificam a demanda. Mendes (2015), por exemplo, além de ressaltar sua amplitude e diversidade, traz os seguintes agrupamentos estruturais: demanda por condições agudas, demanda por condições crônicas agudizadas e não

agudizadas, demanda por condições gerais e inespecíficas, demanda por enfermidades; demanda por pessoas hiperutilizadas; demandas administrativas; demanda por atenção preventiva; demanda por atenção domiciliar; e demanda por autocuidado apoiado.

O autor ainda destaca como solução, entre outras, a organização dos cuidados primários que deverá ser redesenhada e/ou introduzida a novos processos que possam responder, integralmente, aos diferentes perfis de demanda (MENDES, 2015). Donabedian (1988), ao falar sobre macro e microprocessos, destaca a elaboração de protocolos como forma de estruturar a organização dos serviços de saúde.

2.1.4 Protocolo de Manchester e Classificação de Risco

Considerando que os profissionais atuantes na recepção não possuem formação na área da saúde, sua atuação tende a priorizar casos que julguem ser mais graves, bem como estabelecer grupos como prioridade (SOUZA; ZEFERINO; FERMO, 2016).

Por isso, a fim de minimizar os riscos advindos da falta de atendimento oportuno, tem-se a CR como melhor forma de tornar a assistência prestada ao indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) mais integral, equânime e eficaz (SOUZA; ZEFERINO; FERMO, 2016), além de intermediar a reorganização da porta de entrada.

A atividade de CR teve origem nas Guerras Napoleônicas (1799-1815), nas quais a ordem do atendimento aos feridos ocorria a partir da análise dos sinais e sintomas clínicos. Na prática da enfermagem, ela se mostrou presente na atuação de Florence Nightingale, ao agrupar os pacientes conforme a gravidade dos casos, na Guerra da Crimeia (VARGAS *et al.*, 2007).

Há vários modelos de protocolos de CR no cenário nacional e internacional. Os mais utilizados são:

- Modelo Australiano (*Australasian Triage Scale - ATS*): Desenvolvido em 1993 e revisado nos anos de 1990 (Quadro 1); nesta escala dispunham cinco categorias de urgência com especificação de tempo para cada uma delas e descrição das situações previstas que vão, desde riscos potenciais de vida, a problemas administrativos (CONSIDINE *et al.*, 2004).

Quadro 1 - Modelo Classificação de Risco Australiano.

ATS Category	Response	Description of category	Example conditions (not exclusive)
Category 1	Immediate assessment and treatment	Immediately life-threatening	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiac arrest • Respiratory arrest
Category 2	Assessment and treatment within 10 minutes	Imminently life-threatening Important time critical condition	<ul style="list-style-type: none"> • Airway risk • Severe dyspnoea • Cardiac chest pain • Major multi-trauma • Severe pain
Category 3	Assessment and treatment within 30 minutes	Potentially life-threatening Situational urgency	<ul style="list-style-type: none"> • Severe hypertension • Moderate blood loss • Moderate-severe pain
Category 4	Assessment and treatment within 60 minutes	Potentially serious Situational urgency Complex presentation	<ul style="list-style-type: none"> • Mild blood loss • Vomiting • Moderate pain • Minor limb injury
Category 5	Assessment and treatment within 120 minutes	Less urgent Clinico-administrative	<ul style="list-style-type: none"> • Mild pain with no risk • Minor wounds • Minor symptoms of low-risk conditions

Fonte: ACEM, 2002.

- Modelo Canadense (*Canadian Triage and Acuity Scale- CTAS*): Elaborado com base no modelo Australiano, é considerado complexo e, talvez por isso, encontra-se em constantes revisões (Quadro 2). Nele, além de ordenar o tempo de atendimento por gravidade do caso, há também a previsão de frequência de avaliação (BULLARD *et al.*, 2008).

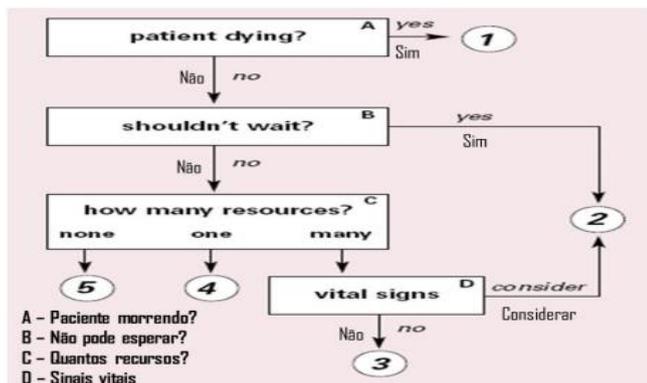
Quadro 2 –Modelo de Classificação de Risco Canadense.

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

Fonte: COUTINHO, CECÍLIO E MOTA, 2012.

- Modelo Americano (*Emergency Severity Index - ESI*): Idealizado em 1999, a ESI contempla um algoritmo com 5 níveis de gravidade (Quadro 3); porém, diferente dos demais, nele não consta o tempo de espera para avaliação médica, além dos exames diagnósticos serem realizados ainda na triagem (GILBOY *et al.*, 2005).

Quadro 3 - Modelo de Classificação de Risco Americano.



Fonte: GILBOY *et al.*, 2011.

- Modelo de Manchester (*Manchester Triage System - MTS*): Elaborado na cidade de Manchester, na Inglaterra em 1997 (Quadro 4), este protocolo permite designar, com base em prioridades clínicas, o tempo médio que o usuário pode aguardar para o atendimento médico, sendo seu primeiro uso em território brasileiro ocorrido em Mina Gerais no ano de 2008 (LIMA *et al.*, 2016).

Quadro 4 - Modelo de Classificação de Risco de Manchester.

	Prioridade	COR	TEMPO
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Fonte: GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010.

Para impulsionar a adoção dessa última estratégia de CR nos serviços primários, o Ministério da Saúde (MS) publicou o Caderno da Atenção Básica nº 28, volumes I e II,

subsidiando sua estruturação e abordando o poder de resolutividade da equipe frente à demanda espontânea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a;b).

Posterior a isto, formulou-se também Estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), com a informatização do sistema de saúde do qual originou-se o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Segundo um estudo, a estratégia já está completamente integrada a 12 outros sistemas informatizados de saúde (SIS) do MS, o que representa cerca de 1/3 dos SIS utilizados pelas equipes da EAP/ESF (COELHO NETO; CHIORO, 2021).

O uso de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (RES) foi essencial para o monitoramento epidemiológico da pandemia de Covid-19. Em 2021, os RES estavam presentes em 88% dos Estabelecimentos de Saúde brasileiros, em 85% das Unidades Públicas e em 89% das UBS (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2021).

Este apresenta diversas ferramentas, dentre as quais é possível realizar a gestão da agenda dos profissionais e estruturar o fluxo de acolhimento à demanda espontânea. No entanto, a qualidade das informações registradas depende dos usuários do Sistema, ou seja, dos profissionais. A classificação adotada encontra-se sintetizada no Quadro 5.

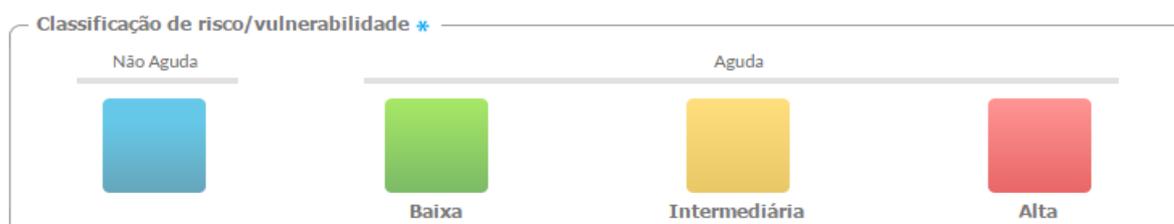
Quadro 5 - Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica.

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

Fonte: BRASIL, 2013b.

O protocolo de CR utilizado no sistema segue o recomendado pela PNH e permite aos profissionais a ordenação dos atendimentos sob a ótica do Sistema de Manchester. Seu algoritmo é composto por pelo menos, quatro cores (Quadro 6):

Quadro 6 - Sistema de Classificação de Risco e Vulnerabilidade em prontuário eletrônico.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020.

No entanto, o Departamento de Atenção Básica (DAB), sugere adaptações deste protocolo de acordo com a necessidade local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), tendo em vista que o setor primário tem atendimento diferenciado devido a suas particularidades, às quais destacam-se: trabalho em equipe; conhecimento prévio da população adscrita; disponibilidades de registros em prontuários anteriores à queixa aguda; atendimento longitudinal por uma mesma equipe, possibilitando retorno e acompanhamento do quadro; e estabelecimento de vínculo, garantindo a continuidade do cuidado em vez de um atendimento pontual.

Porém, a longitudinalidade, que se firma na competência do usuário em conseguir discernir o profissional responsável pela coordenação do seu cuidado, servindo como fonte de atenção integral para as suas questões (STARFIELD, 2004), tem-se rompido devido à subutilização do profissional enfermeiro, como também pela rotatividade constante entre os profissionais de saúde, principalmente dos médicos.

Frisa-se assim que a técnica proposta, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, proporciona atenção centrada no nível de complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). E é, a partir da compreensão do atendimento às situações surgidas, que a equipe poderá debater as formas de reorganização do serviço e atender sua demanda de maneira efetiva e resolutiva (SOUZA; ZEFERINO; FERMO, 2016).

Nesse contexto, alguns municípios, como São Paulo (SP), Rio Grande do Sul (RS) e o Estado de Distrito Federal em Brasília, já atuam e dispõem do Manual de Acolhimento e CR em serviço de APS. Todas as práticas trazidas em seu construto, apesar de serem moduladas a

partir da realidade de cada região, têm em comum a importância de entender as necessidades apresentadas pela população para estabelecer um cuidado humanizado. Fato este destacado pela portaria nº 1600 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b), que reforça a relevância do acolhimento com CR e que orienta que esta deva fazer parte de todos os pontos de atenção; embora deixe a critério dos estados, municípios e prestadores de serviço a definição do protocolo a ser adotado.

Convém argumentar ainda que apenas o Conselho Federal de Enfermagem possui uma portaria específica sobre o assunto (COFEN, 2021). Por outro lado, ainda que outras categorias indisponham de normativas trazendo essa especificação, todos os profissionais de nível superior com capacitação específica para o protocolo são habilitados para definição de prioridades, como médicos e dentistas, por exemplo.

Sobre a prática dessa estratégia no momento do agendamento, o município de Ribeirão Preto, em São Paulo, emergido pela necessidade de reorganizar o atendimento da demanda espontânea na APS, implantou em 2015 a primeira versão do protocolo de acolhimento com classificação de risco. Recentemente, em 2019, durante a publicação revisada deste protocolo destacou como resultados: organização do fluxo de demanda espontânea com melhora da resposta para os problemas identificados; sistematização do processo de trabalho; melhora da escuta qualificada ao usuário; inovação na prática de cuidados e intervenções terapêuticas; atuação dos profissionais com fundamentação técnica promovendo segurança no exercício da função (RIBEIRÃO PRETO, 2019).

Em Camaçari, na Bahia, por sua vez, ao adotar um acolhimento com escuta qualificada, objetivando o fortalecimento do vínculo e ações resolutivas desde o momento em que o usuário adentra ao serviço, obteve-se, após a implantação, a ampliação do acesso, a superação do medo pelo novo, a desconstrução do modelo biomédico e o fortalecimento do trabalho em equipe (MELO, 2017).

Essas experiências demonstram o resultado positivo do uso da estratégia de CR. No entanto, é preciso destacar que a equipe de saúde precisa estar motivada e ser capacitada para implementação do processo de acolhimento, tendo em vista a necessidade de mudança no processo de trabalho.

Talvez, seja necessária também a reformulação e/ou elaboração de fluxograma dos casos mais frequentes que são atendidos no local, com estabelecimento de possíveis desfechos que venham ao encontro às necessidades demandadas pelos pacientes. Para tanto, tem-se no planejamento das ações em equipe a principal fonte de redução das cargas de trabalho da

enfermagem na ESF. Porém, deve haver espaços nas agendas para permitir que aconteça a educação permanente em saúde (EP) prevista em lei (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a).

Segundo o MS, a educação permanente se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

Além disso, permite o reconhecimento das complexas necessidades de saúde do mundo contemporâneo, como as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico e as demandas no processo de trabalho em saúde, reafirmando-se na organização do processo de agendamento uma nova forma de prover a formação dos profissionais da saúde de modo que estejam aptos para lidar com os desafios dos sistemas de saúde.

2.2 Avaliação de implementação

A avaliação nos serviços de APS vem se ampliando nas últimas décadas, isto ocorre por que este nível é responsável por coordenar o cuidado e ordenar a rede de atenção à saúde, favorecendo assim melhorias na assistência (CASTANHEIRA *et al.*, 2015; FIDÉLIS DE ALMEIDA *et al.*, 2018).

Segundo Silva (2005), a avaliação faz parte da análise de estratégias em diversos âmbitos e campos do espaço social permitindo ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização das implementações. A autora ainda enfatiza que não há definição precisa sobre este processo, devido a sua pluralidade metodológica e a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes.

No entanto, Brousselle *et al.* (2016) define-a como sendo o posicionamento individual ou coletivo, pelos atores envolvidos, acerca da implementação de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes. Para Nickel *et al.* (2014) é através desse trabalho que alcança-se a qualificação do objeto avaliativo.

A avaliação é uma ferramenta essencial no processo de decisão compartilhada, de modo a causar reflexão nos profissionais diante de suas práticas, além de reestruturar o processo de trabalho desenvolvido e reconduzir as ações e os objetivos do local (SIQUEIRA *et al.*, 2021).

Diante disso, um dos mais referidos na literatura é a proposta por Donabedian. Sua tríade é composta por: estrutura (recursos materiais, humanos e organizacionais), processo (profissional-usuário); e resultados (produto das ações).

Essa abordagem permite ao avaliador estabelecer causalidades entre seus elementos e solucionar possíveis interferências no alcance do resultado esperado com a intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Outra possibilidade de metodologia encontra-se apresentada no projeto de implementação de protocolo de Tuberculose HIV nos Serviços Especializados e UBS de 2014 (BASTOS DE PAULA *et al.*, 2017), cujo desenvolvimento seguiu a metodologia *Improving Program Implementation through Embedded Research* (iPIER), que hierarquiza os executores do programa como agentes-chave de pesquisa, com o objetivo de entender as falhas do sistema de saúde que atuam como barreiras à implementação e ajudar a identificar soluções para essas barreiras.

Esse conceito vem ao encontro da opinião de Vieira-da-Silva (2014), que infere que o amplo espectro do objetivo de uma avaliação depende do interesse do autor e dos envolvidos na avaliação. Essa contextualização é pertinente, pois há diversas formas de avaliar e, se tratando de intervenções, existem vários modelos lógicos e teóricos que podem ser utilizados na organização dos resultados.

Nos últimos anos vem ganhando espaço a Ciência da Implementação que tem o objetivo básico de nortear pesquisas sobre a implementação de políticas com o propósito de saber não só o que funciona e o que não funciona, mas como e por que a implementação de uma política está seguindo um caminho correto ou incorreto e testar abordagens para corrigir o curso da implementação para melhorar os seus resultados. A pesquisa de implementação de políticas é uma extensa área de estudo com raízes em diversas disciplinas e tradições de pesquisa, e de abordagens variadas aplicáveis a uma ampla gama de problemas de pesquisa em diferentes contextos (PETERS, TRAN E ADAM, 2014).

Os autores Peters, Tran e Adam (2014), destacam que os problemas de implementação surgem como resultado de uma variedade de fatores, incluindo elementos contextuais do “mundo real” que foram negligenciados ou não incluídos em outras partes da pesquisa; entre estes, tem-se as variáveis: aceitabilidade, adoção, adequação, viabilidade, fidelidade, custo de implementação, cobertura e sustentabilidade.

Os desafios enfrentados pelos pesquisadores envolvidos no estudo das ciências de implementação é garantir que as dúvidas sejam ouvidas e que a pesquisa realizada seja orientada para respondê-las e não apenas voltada a tópicos que os pesquisadores possam achar interessantes. Sendo assim, nem todas as variáveis de resultados possuem igual importância

na entrega da intervenção, de modo que a pergunta de pesquisa delineada é que definirá qual variável será analisada para ampliar o conhecimento sobre a intervenção.

Ademais, uma pesquisa de implementação se propõe a: 1) identificar problemas de implementação que impedem a prestação e entrega de serviços, bem como a usabilidade de intervenções baseadas em evidências e seus principais determinantes; 2) desenvolver e testar soluções práticas para esses problemas específicos de sistemas e ambientes de saúde; 3) identificar como as intervenções devem ser modificadas para se alcançar impactos prolongados na saúde em contextos reais; 4) determinar a melhor maneira de introduzir soluções práticas nos sistemas de saúde e facilitar sua implementação, avaliação e modificação em grande escala (PEREIRA, 2019 *apud* USAID, 2012).

No entanto, a baixa consistência terminológica para conceitos centrais na ciência da implementação tem sido amplamente observada como um obstáculo para meta-análises eficazes e também é uma barreira para aqueles que buscam orientação na literatura de pesquisa ao desenvolver e planejar iniciativas de implementação (WALTZ *et al.*, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

3.1.1 Analisar o processo de implementação da estratégia Classificação de Risco em uma Unidade Básica de Saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Franco da Rocha com foco no acolhimento e ênfase no agendamento de consulta.

3.2 Específicos:

3.2.1 Levantar o perfil das demandas espontâneas por acolhimento no serviço.

3.2.2 Descrever o fluxo estabelecido entre o acolhimento e o processo de agendamento adotado pelo serviço em estudo.

3.2.3 Comparar variáveis do processo de agendamento e acolhimento anterior com as recomendações da estratégia de Classificação de Risco.

3.2.4 Identificar nos registros do processo de agendamento aspectos relacionados com as barreiras e facilidades antes e após a implementação da Classificação de Risco.

3.2.5 Elaborar síntese de barreiras, facilidades e adaptações necessárias para um plano de implementação de médio prazo da Classificação de Risco na Atenção Básica de Franco da Rocha.

4 MÉTODOS:

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, que, busca o sentido da ação no objetivo de pesquisa (TAQUETTE; BORGES, 2020), na modalidade pesquisa participante, aplicada ao acolhimento, com foco nos processos de agendamento de consultas e na implementação da estratégia de Classificação de Risco no acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Franco da Rocha.

Por meio da pesquisa exploratória, obtêm-se informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho e mapeando as condições de manifestação desse objeto (SEVERINO, 2013). Nessa etapa também foram considerados contribuições da literatura e do campo, cujos detalhes podem ser observados ao longo desta seção. Sua utilização contribuiu para elucidar aspectos do primeiro objetivo deste estudo, ou seja, do agendamento e do perfil da demanda, causas e queixas mais frequentes, encaminhamentos entre outros aspectos desse processo.

Outro aporte teórico metodológico relevante para este estudo é a etapa descritiva que, segundo Gil (2008), identifica as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações. Esse tipo de pesquisa contribuiu para descrever fluxos e os processos internos de acolhimento e escuta ativa diante do contexto da unidade de saúde no cotidiano do SUS municipal.

Além desses pressupostos, tem-se nesse estudo também a pesquisa participante, que é o método mais coerente para o seu desenvolvimento em razão da pesquisadora ser uma profissional com atuação na unidade estudada e encontrar-se diretamente envolvida com o acolhimento e com a implementação da ferramenta de Classificação de Risco com usuários em demanda espontânea. A pesquisa participante é uma opção libertadora ao intermediar a dinâmica entre objetividade e subjetividade cujos atores participantes são também os sujeitos de formação e transformação de conhecimento (LUCENA; SILVA, 2018).

A pesquisa de implementação é um tipo de pesquisa científica que se utiliza de métodos mistos para promover a incorporação sistemática de resultados de pesquisa ou de práticas tem como base evidencia científicas para apoiar dispositivos que possam aproximar a teoria da prática e as proposições técnicas e políticas no cotidiano dos serviços, para melhorar a qualidade e a efetividade do cuidado em saúde (Imp.Res - BR, 2021). Segundo Peters, Tran

e Adam (2014), a pesquisa de implementação trabalha a partir do conhecimento da realidade encontrada no local de mudanças, sem controlar essas condições ou remover sua influência como efeitos causais à medida em que proporciona um trabalho em conjunto com as populações que serão afetadas por uma intervenção.

Por fim, foi utilizado elementos da pesquisa de implementação, para explorar os processos usados para instalar e implementar a CR como inovação na Atenção Básica do SUS municipal de Franco da Rocha explorando as iniciativas, bem como fatores contextuais que afetaram os processos na prática do serviço onde foi realizado a pesquisa. Tais percursos metodológicos são fundamentais para descrever e explorar como o processo de acolhimento e agendamento se dá na rotina do serviço, bem como subsidiar o processo de intervenção proposto com a adoção da CR.

4.2 Participantes e lugar do estudo em seu contexto

O lugar do estudo foi uma UBS do município de Franco da Rocha que adota a ESF e está situada em área periférica do município, e que encontra-se descrita em detalhes no item Resultados deste estudo.

Os participantes deste estudo foram: seis profissionais de saúde da equipe e a pesquisadora. Estes profissionais são integrantes da única eSF da unidade. A Equipe de Saúde do local que é composta por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), o gestor de saúde e um dentista. Analisando-se a dinâmica entre esses atores e o processo de agendamento com CR. A equipe multiprofissional da UBS, culturalmente conhecida como Mato Dentro, é responsável por 4.648 indivíduos cadastrados, quantitativo modificável de acordo com a dinâmica dos moradores e distribuído para os ACS's que atuam no local.

Caracterização dos profissionais participantes do estudo

Quanto ao tipo de vínculo: os profissionais em geral são contratados pela prefeitura através de concurso público ou seletivo, o que implica em certa estabilidade de trabalho em algumas circunstâncias e em sua permanência no setor de saúde. A equipe envolvida no estudo pode ser descrita como harmoniosa, composta por maioria feminina.

Quanto à dedicação de tempo e carga horária: alguns fazem regime de trabalho de 40 horas semanais, o dentista com 16 horas semanais; e o auxiliar de enfermagem, com regime de 36 horas semanais e vínculo em outra empresa terceirizada.

Sobre o nível de escolaridade dos profissionais: uma das ACS's possui ensino superior, outra encontra-se em formação técnica para área de atuação; e os demais dispõem de ensino médio completo. A enfermeira e a médica têm especialização em saúde da família; o gestor do local tem curso de Gestão Pública; e os demais, apenas o perfil básico de qualificação para contratação no cargo de atuação.

Todos os profissionais ao serem contratados, passam por um processo de integração denominado de 'semana da integração'.

Na pesquisa-ação a população a ser investigada é sistematicamente selecionada por critérios de intencionalidade, em função da relevância que apresenta em relação à situação-problema (THIOLLENT, 2011).

Os critérios de inclusão desses participantes foram: profissionais de saúde atuantes no serviço de AB escolhido para implementação da estratégia. E os critérios de exclusão foram: indisponibilidade de horário do profissional para participar das atividades do estudo que foram entrevistas e grupos.

Contexto de Franco da Rocha

Situado no município de Franco da Rocha, que de acordo com o Portal da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), tem aproximadamente 153 mil habitantes, sendo 41,7% da população com faixa etária de 30 a 59 anos (FUNDAÇÃO SEADE, 2021), o local desta pesquisa será uma das 14 UBS que compõem a rede de ESF local.

Comum a todas, nela realizam-se diversos atendimentos à população, como acolhimento, pré-consulta, atendimento em clínica médica, ginecologia e pediatria, atendimento odontológico, pré-natal e puericultura, grupos de gestante, curativos, vacinas, dispensa de medicamentos e preservativos, orientações sobre planejamento familiar, consultas e atendimentos de enfermagem, eletrocardiograma, testes rápidos (ANTI-HIV, Sífilis, Hepatites B e C, Covid-19, proteinúria e gravidez), acompanhamento de saúde para programas municipais, estaduais e federais, administração de medicamentos, atendimento psicológico, entre outros.

Em seu dimensionamento, estão escalonados os seguintes profissionais: enfermeiro, auxiliar/ técnico de enfermagem, Agentes de Saúde, médico do Programa Saúde da Família,

equipe NASF, dentista, auxiliar de saúde bucal e administrativos. Estes atuam a serviço da população de segunda a sexta-feira das 07h às 16hs.

4.3 Aspectos Éticos

Por envolver seres humanos, e serviços do SUS a pesquisa foi submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em conformidade com as Resoluções nº 466 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) e nº 510 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a) tendo parecer favorável nº **CAAE**: 61112322.5.0000.5469.

Todos os que concordaram em participar, preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, à qual encontram-se dispostos, além de outras questões, os seguintes riscos e benefícios:

Benefícios: Conhecer o *modus operandi* do agendamento e compreender o acolhimento adotado no setor através do processo de avaliação das contribuições advindas da Classificação de Risco que pode favorecer a melhoria do acesso de modo mais efetivo às consultas de acolhimento bem como o agendamento com base em avaliações das necessidades dos usuários.

Riscos: Ainda que considerados mínimos, incluíram a possibilidade das questões e as discussões de grupo sobre as percepções a respeito da estratégia em curso causar cansaço ou desconforto momentâneo, mas garantiu-se aos participantes a não obrigatoriedade da participação e, caso ocorresse tal situação, a participação seria interrompida para repouso e ou atendimento no serviço de forma imediata. Todos os participantes foram orientados quanto às regras, incluindo as de sigilo e respeito aos demais. A pesquisa foi realizada com recursos próprios da pesquisadora em espaços reservados na pauta das reuniões de equipe.

4.4 Etapas da Pesquisa

Para a realização da análise sobre a implementação da CR serão observadas as etapas recomendadas do instrumento ImpRes-BR (2021), que são: exploração para identificar as necessidades e mudanças no processo; instalação quando foram levantadas as condições do serviço e do contexto para utilização da CR; implementação inicial, aplicação da estratégia da CR como intervenção no acolhimento envolvendo gestores e profissionais. E também ser uma pesquisa participante a própria pesquisadora esteve envolvida diretamente nessa etapa inicial de implementação; implementação completa, que previa a utilização rotineira da CR no serviço com reconhecimento da sua relevância para melhoria do acolhimento.

Em virtude da natureza dessa pesquisa que utiliza métodos mistos e da complexidade em se intervir sobre o processo de trabalho dos profissionais bem como dos vários momentos que antecederam a implementação, estruturou-se o percurso nas seguintes etapas:

1ª Etapa - Exploração

O movimento exploratório em relação ao objeto de estudo deu-se por meio de levantamento bibliográfico, à luz da literatura científica disponível para acesso na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com base nos descritores: acolhimento; triagem; atenção primária à saúde; necessidades e demandas de serviços de saúde; acesso aos serviços de saúde; agendamento de consultas. E também foram realizadas a sistematização de normas e manuais acerca da temática a nível local, estadual e federal, incluídos no item que trata das ‘bases conceituais’ e na discussão dos resultados desse estudo.

Ainda na fase de exploração e utilizando métodos mistos, foi realizada a descrição dos processos internos de agendamento que foi construída a partir da negociação com a gestão municipal, e trabalhadores envolvidos no agendamento e acolhimento e do levantamento dos registros semanais da demanda solicitada pelos usuários que adentraram ao estabelecimento de saúde.

O registro desses dados se deu de modo dinâmico levando em conta a exploração de questões que pudessem contribuir para viabilizar a mudança quanto ao processo de acolhimento e agendamento, e os dados principais foram a partir das variáveis: sexo, tipo de queixa, raça/cor e desfecho (Figura 12).

Para identificar o preparo e aceitação dos profissionais e gestores, para discutir o processo do acolhimento/agendamento, foram realizadas entrevistas abertas com os informantes-chave (apoiador, encarregado do agendamento, gerente do serviço, responsáveis pelo acolhimento), solicitando-os a assinatura do TCLE (apêndice 9.4) contendo uma breve descrição da temática abordada na aplicação de roteiro semiestruturado (Apêndice 9.1). Após as fases acima relatadas, realizaram-se as análises e categorizações a respeito da prática atual e do modelo de Classificação de Risco.

2ª Etapa - Instalação da estratégia de mudanças

Para instalação da estratégia da CR, foram levantados os envolvidos no processo, os espaços a ser utilizado para os encontros e os materiais necessários. A realização do **Grupo Focal** foi o próximo passo que antecedeu a intervenção. Ele teve como apoio um roteiro de

questionamentos (apêndice 9.2) cujos dados obtidos foram relevantes para a elaboração do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco da unidade. O debate promovido neste grupo finalizou-se em 120 minutos e contou com a participação dos profissionais de saúde. Nessa ocasião, o uso de gravador foi essencial para captação e posterior transcrição da completude das falas, conforme solicitado no TCLE (apêndice 9.3).

3ª Etapa - Implementação inicial da intervenção

A intervenção foi realizada por meio de duas oficinas, que se utilizaram das informações obtidas através das etapas anteriores (figura 1). Durante a implementação inicial foram tomados cuidados para não interromper a agenda de atendimentos e a apoiadora de saúde da unidade, intermediava a execução do processo por meio de entender as mudanças ocorridas e as que precisavam ser apoiadas. As duas oficinas de capacitação ocorreram dentro do local de trabalho, em horário de expediente dos atores envolvidos com duração de 120 minutos (conforme descrição da intervenção no item 4.4.1).

Figura 1 - Pactuação sobre a dinâmica do Grupo Focal.

Atividade	Metodologia	Resultados
Entrega do TCLE	Leitura do termo	Assinatura do termo
Dinâmica de Grupo	Apresentação Oral	Questionário Respondido
Relatório Geral	Feedback	Encerramento da discussão

Fonte: Autoria própria.

4ª Etapa - Implementação completa (no processo deste estudo)

A utilização da CR foi associada a um critério baseado no levantamento de demanda da fase de exploração, foi promovido palestras de sala de espera para esclarecimento de usuários e por iniciativa da decisão consensual da equipe com a pesquisadora foi incorporado aos critérios do PEC.

4.4.1- Implementando a intervenção

No primeiro dia de oficina estabeleceu-se um contrato grupal para definição de tempo de espera para início da sessão, atrasos, ausências e saídas antecipadas, bem como enfatizou-se quais eram os objetivos esperados ao final da oficina (Figura 2), que foram:

- Identificar os principais conceitos e modelos de acolhimento;
- Discutir criticamente o fluxo de acolhimento realizado no serviço e sua observância ou diferença em relação ao proposto pelo MS;
- Apontar melhorias com base nas normas e na crítica coletiva ao processo de acolhimento.

Quanto às habilidades a serem alcançadas após a finalização da oficina, esperava-se que os participantes pudessem:

- Diferenciar as diversas modelagens de acolhimento;
- Participar da remodelagem de acolhimento adaptando à realidade do serviço.

Figura 2 - Plano de atividades proposto para a primeira oficina.

Metodologia	Atividade	Tempo
	Acolhida dos profissionais; Entrega do material.	13h
Apresentação Powerpoint	Caderno de Atenção Básica nº 28 vol.1	13h15
Exposição dialogada	Estudo de caso: https://www.youtube.com/watch?v=G8rw6pe9K9U	13h35
Leitura do texto	Texto 1 - Os modelos de atenção à saúde e a gestão das condições de saúde Crônicas e Agudas*	14h
Elaboração do fluxo de acolhimento	Proposta de fluxograma de acolhimento à demanda espontânea	14h20
	Encerramento	15h
CARGA HORÁRIA TOTAL		2h

*construído à luz da literatura

Fonte: Autoria própria.

O acolhimento direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento ao qual envolvem trabalhadores, gestores e usuários, com o objetivo de resolver as necessidades de saúde expressas através de uma demanda espontânea dos usuários. Entre os vários aspectos que repercutem o acolhimento, destaca-se o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família para o êxito no atendimento a essa demanda (COELHO; JORGE, 2009).

Nesse contexto, durante a realização da oficina, foram desenvolvidas atividades tomando por base o texto escrito por Mendes (2015), que traz diagramas (figura 3) sobre as ofertas de serviços disponíveis na Atenção Básica, correlacionando-as com os diversos perfis de demandas espontâneas.

O uso do diagrama para criação da proposta de protocolo de acolhimento com CR se fez relevante uma vez que os estudos realizados por este autor trazem resultados que buscam a resolutividade do atendimento à demanda espontânea, à medida que são agrupadas as situações apresentadas pelos usuários em paralelo à possibilidade de oferta.

Figura 3 - Os diferentes perfis de demanda na APS.



Fonte: MENDES, 2015.

Em consonância a proposta do diagrama, os participantes tiveram oportunidades de identificar e agrupar as demandas que exigiam perfis de oferta semelhantes e dessa forma ampliar o perfil de oferta em função da similaridade das respostas sociais (Figura 4). Segundo Mendes (2015), fazer esse agrupamento de perfis mostra-se como a melhor forma de solucionar a crise provocada pelo desequilíbrio entre a procura e a oferta.

Figura 4 - Demonstrativo de ofertas de serviços disponíveis na Atenção Básica.

OFERTAS ESTRUTURADAS		
Acolhimento	Atendimentos compartilhados a grupos	Atenção domiciliar
Consultas médica	Consulta de enfermagem	Consulta outros profissionais
Rastreamento de doenças	Dispensação de medicamentos	Solicitação, coleta e/ou realização de exames
Grupos operativos	Grupos terapêuticos	Educação popular
Vacinação	Fornecimento de atestados médicos	Atendimentos contínuos
Atendimento à distância	Apoio ao autocuidado	Gestão de casos
Matriciamento de especialistas e generalistas	Acesso a serviços comunitários	Acesso à segunda opinião

Fonte: Autoria própria.

É relativo destacar também que alguns agravos e circunstâncias dispostos no setor de resultados, foram listados para ordenamento do processo de classificação das demandas mediante adaptação o protocolo de Manchester.

Desse modo, na exposição sobre os objetivos da intervenção, levou-se em consideração a importância de parâmetros para a tomada de decisão clínica conforme disposto no “Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem” do Conselho Regional de São Paulo (COREN-SP), ao destacar a relevância da assistência com suporte teórico e padronização adequada para apoiar e favorecer o exercício profissional livre de atos considerados como imperícia, negligência ou imprudência (PIMENTA *et al.*, 2015).

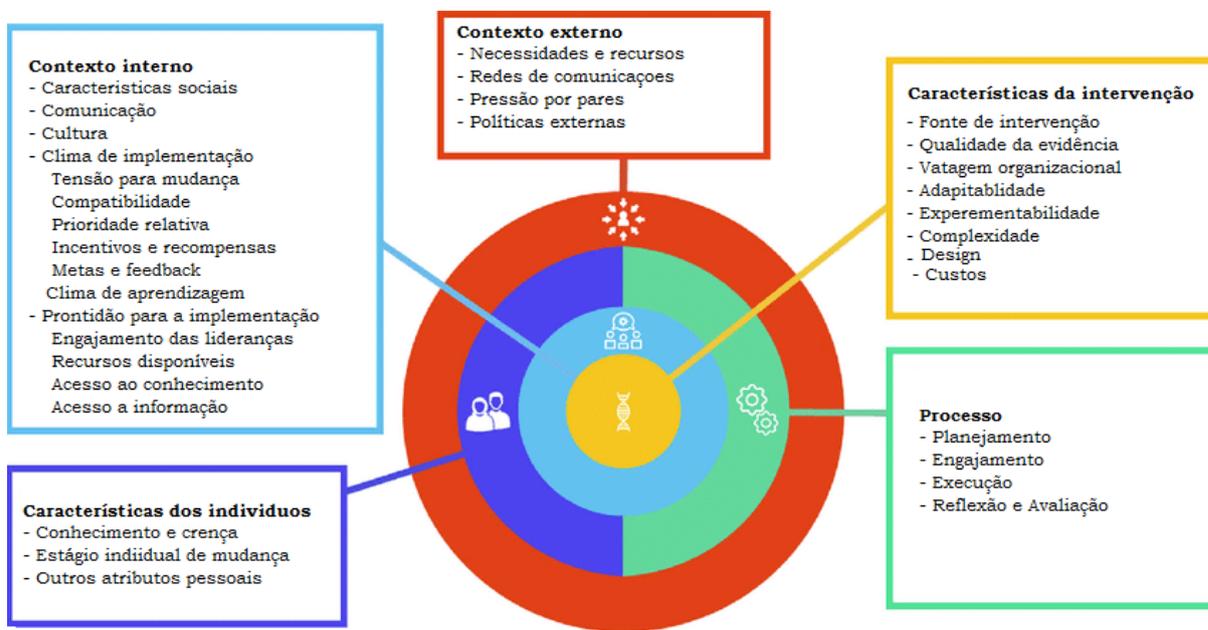
4.5 Avaliação da implementação da Classificação de Risco na UBS Pastor Elias Pereira

Na implementação da CR na UBS, as entrevistas foram processadas por análise de conteúdo temática (BARDIN, 2016; MINAYO; DESLANDES, 2007). Quanto ao contexto de implementação da estratégia foi utilizado o Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR), conforme figura 5. Os construtos utilizados nesse modelo identificam fatores que podem influir em todo o processo da ação proposta, bem como sua eficácia (DAMSCHRODER *et al.*, 2019).

O mesmo possui cinco domínios, a saber: características dos indivíduos; contexto externo e interno; características da intervenção; e processo de implementação. Recentemente, Padoveze *et al.* (2021), traduziu os construtos de implementação para o português

apresentando uma breve descrição sobre cada domínio (anexo 9.1) e Damschroder *et al.* (2019), a síntese da organização dos domínios (figura 5).

Figura 5 - Domínios do *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)*.



Fonte: Adaptada pela autora com base em BEST *et al.*, 2021.

O domínio das características da intervenção traz atributos capazes de entender a complexidade da inovação, bem como a qualidade e a força das evidências que a sustentam e o poder de adaptação em conjunto com outras características que podem afetar a implementação.

O conhecimento dos contextos permite identificar como o local encontra-se organizado, de modo a entender a rede de comunicação externa a unidade, as características cosmopolíticas e o agrupamento de informações sobre o alcance das necessidades dos seus usuários pactuados no local que inferem na resolutividade da assistência (contexto externo).

Já o domínio interno, inclui as características do contexto em que o processo de implementação ocorrerá como as redes sociais e de comunicação, a cultura, a compatibilidade com os fluxos de trabalho existentes, dentre outros. No entanto, a linha entre os contextos nem sempre é clara, com uma interface dinâmica e, às vezes, precária (DAMSCHRODER *et al.*, 2019).

A respeito dos indivíduos envolvidos com a implementação, por meio do conhecimento de suas crenças sobre o processo, bem como o estágio de mudança em que se

encontram, identificam-se fatores que podem afetar a implementação da inovação. O último domínio inclui fatores relacionados à mudança ativa em que se alcança o nível individual e organizacional da intervenção, conforme planejado. Estão incluídas as estratégias de engajamento dos indivíduos, o planejamento, a execução e a avaliação do progresso e qualidade da implementação (DAMSCHRODER *et al.*, 2019).

Contudo, pode-se dizer que a pesquisa de implementação não possui um conjunto de métodos de pesquisa próprios, mas baseia-se em uma ampla variedade de métodos qualitativos, quantitativos e abordagens mistas, que são aplicados de acordo com o objetivo e necessidade da pesquisa (PETERS; TRAN; E ADAM, 2014).

Quadro 7 - Tipos de objetivos e métodos da pesquisa de implementação.

Objetivo	Descrição	Métodos de pesquisa
Explorar	Explorar uma ideia ou fenômeno para fazer hipóteses ou generalizações a partir de exemplos específicos.	Métodos qualitativos, quantitativos e mistos
Descrever	Identificar e descrever o fenômeno e seus correlatos ou possíveis causas.	Métodos qualitativos, quantitativos e mistos
Testar	Testar se uma intervenção produz um resultado esperado.	
	Com adequação Com confiança suficiente de que a intervenção e os resultados estão ocorrendo.	Antes-depois ou séries temporais apenas com beneficiários da intervenção; pesquisa- ação participante
	Com plausibilidade Com maior confiança de que o resultado se deve à intervenção	Ensaio simultâneos não randomizados em cluster; estudo antes-depois ou transversal; estudos típicos de melhoria de qualidade
	Com probabilidade Com uma alta probabilidade (calculada) de que o resultado seja devido à intervenção.	Ensaio parcialmente controlados; intervenção em saúde implementada em algumas áreas e não em outras; híbridos de efetividade-implementação
Explicar	Desenvolver ou expandir uma teoria para explicar a relação entre conceitos, as razões para a ocorrência de eventos e como eles ocorreram.	Métodos qualitativos, quantitativos e mistos
Prever	Usar o conhecimento prévio ou teorias para prever eventos futuros.	Métodos qualitativos, quantitativos e mistos

Fonte: PETERS; TRAN; E ADAM, 2014.

Segundo Damschroder *et al.* (2019), os pesquisadores podem selecionar os constructos conforme os objetivos esperados com o estudo e usá-los para orientar as avaliações diagnósticas do contexto de implementação, como também para avaliar o progresso da implementação com posteriores elaborações de contribuições acerca dos resultados alcançados com o estudo ou até mesmo indicar as iniciativas que precisam ser utilizadas para melhorar a qualidade da pesquisa.

Thiollent (2011), propõe alguns aspectos gerais que devem ser alvo de avaliação: pontos estratégicos; capacidade de mobilização; capacidade de propostas; continuidade do

projeto; participação; qualidade do trabalho em equipe (habilidade no gerenciamento das relações e qualidade nas relações interpessoais); efetividade das atividades de formação (efeito global de autoconhecimento da instituição e capacidade de aprendizagem); conhecimento e informação (adequação do questionário e de outros instrumentos de pesquisa, consistência e validade dos resultados alcançados, qualidade dos relatórios, possibilidade de publicação em revistas científicas e comparações com outros estudos); comunicação (possibilidade de criação de mecanismos internos, assembléias e reuniões com participantes, adequação à linguagem utilizada na cultura organizacional e adequação aos canais de difusão); atividade de apoio (qualidade, rapidez e eficácia no processamento de dados e na produção de material de divulgação e capacidade de obter apoio de técnicos em informática).

Assim, focando nas medidas de avaliação, combinou-se ainda o CFIR com os seguintes resultados da ciência da implementação: aceitabilidade, adoção, adequação, viabilidade, fidelidade, custo de implementação, cobertura e sustentabilidade (PROCTOR *et al.*, 2011).

Quadro 8 - Descrição dos desfechos da implementação.

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO DA DIMENSÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE
EFICÁCIA	É a capacidade de contribuir para a melhoria das condições de saúde, dado o estado do paciente.
EFETIVIDADE	É o grau em que o cuidado, cuja a qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
EFICIÊNCIA	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada.
OTIMIZAÇÃO	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos.
ACEITABILIDADE	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
LEGITIMIDADE	É a conformidade com as preferências sociais.
EQUIDADE	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população.

Fonte: Autoria Própria.

Para essa avaliação, os elementos do estudo considerados foram:

- Conhecimento da pesquisadora acerca da Classificação de Risco;
- Participação dos profissionais de saúde na construção das mudanças;
- Características estruturais e físicas do espaço para a realização do acolhimento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Fase da exploração

Nesta fase foram realizadas explorações quanto aos contextos interno e externo, descrevendo a estrutura do serviço, seus fluxos, observação quanto a sua dinâmica, descrição do protocolo de acolhimento e demandas espontâneas vigente no local com levantamento do perfil da equipe participante do estudo, conforme apresenta-se a seguir.

5.1.1. Caracterização do contexto

O contexto representa um papel central na pesquisa de implementação, na ambiência de uma UBS pode incluir o social, cultural, econômico, político, o ambiente físico; enfim, toda a cultura institucional, compreendendo várias partes interessadas, instâncias de poder e suas interações com as condições demográficas e epidemiológicas (PETERS; TRAN; ADAM, 2014). Na estrutura da Unidade Básica, por exemplo, consideram-se importantes as funções exercidas pela gestão municipal, conselho municipal, gestor da unidade, equipes de saúde, da ouvidoria, da cultura local e dos profissionais e da rede de referência.

Este estudo, como produto de um mestrado profissional em Saúde Coletiva, tem especial preocupação em promover mudanças na qualidade do atendimento em saúde à população, como parte do que se costuma chamar de pesquisa social em saúde. Esta afirmação vem ao encontro da fala de Peters, Tran e Adam (2014), ao dizerem que a pesquisa de implementação está especialmente preocupada com os usuários da pesquisa e não puramente com a produção de conhecimento.

Dessa maneira, este capítulo aborda os principais resultados da pesquisa acerca do contexto vigente da implementação do acolhimento com CR, visando compreender os elementos relevantes para o desenho da intervenção realizada. O contexto está descrito nos domínios: Contexto Interno, Contexto Externo, Características dos indivíduos e Reconhecimento da Classificação de Risco.

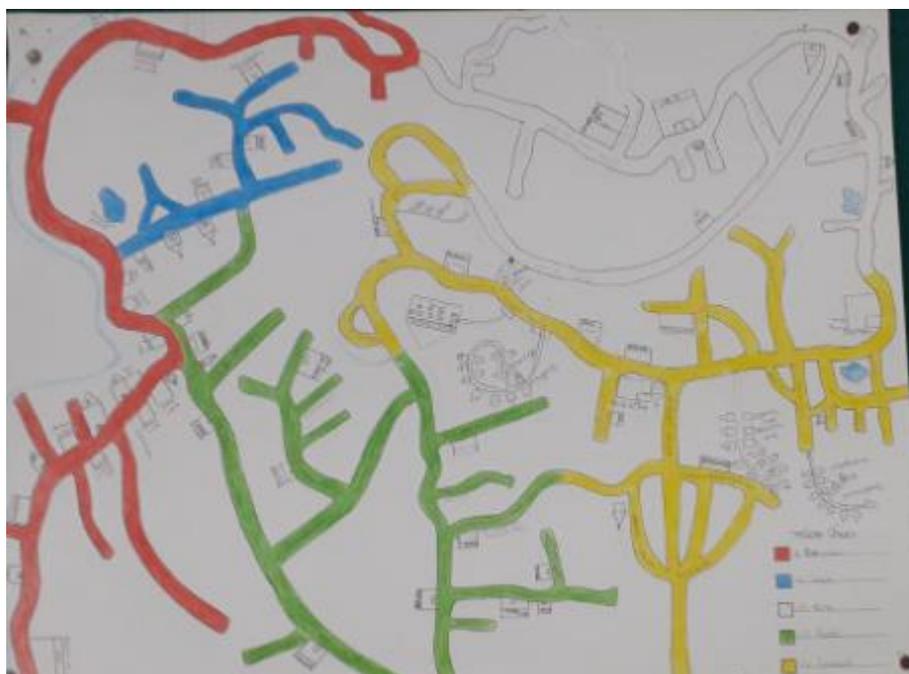
Contexto interno

A unidade estudada localiza-se numa região bastante periférica do município e é cercada por chácaras, pesqueiros e terrenos em processo de regularização fundiária. A ausência de saneamento básico torna a comunidade exposta a doenças parasitárias e o território de abrangência, em alguns pontos por serem circunvizinhos com dois outros

municípios (Mairiporã e Francisco Morato), ocasiona, em algumas situações, o atendimento de moradores de fora da sua área adstrita.

Esta área por sua vez encontra-se dividida em cinco microáreas, onde cada uma deveria ser responsabilidade de um ACS (Figura 6). No entanto, há uma microárea sem suporte do ACS por saída contratual, comprometendo o elo entre a população e a equipe de saúde, uma vez que o número de indivíduos acompanhados por esse profissional depende da composição familiar e por isso aumenta diariamente o quantitativo de pessoas que solicitam cadastramento no local.

Figura 6 - Território de abrangência da unidade.



Fonte: Registro obtido no local.

O acesso ao espaço é obtido pelo tráfego em rua sinuosa e asfaltada; no entanto, devido a ser em ambiente rural, boa parte da comunidade que reside distante do local de assistência enfrenta problemas de deslocamento até o serviço, gerado pelo intervalo de percurso do transporte público que é realizado em média a cada hora, além das baixas condições financeiras e à falta de pavimentação nas ruas paralelas à estrada principal de acesso ao local (Figura 7).

Essa circunstância se acentua ainda mais no período chuvoso, que provoca alagamentos em alguns trechos, fato que já afetou até mesmo os funcionários que atuam no

setor, impedindo-os de chegar/sair do território até que o acesso fosse liberado pelo escoamento da água do rio.

Estas situações de precariedades fazem com que alguns pacientes deixem de comparecer à data agendada ou tenham se apresentado atrasados ao horário de agendamento, ora demasiadamente antecipado em relação à efetivação do atendimento. Quando isso ocorre ocasiona retardamento no funcionamento de alguns setores e atividades, como também desestrutura a organização previamente estabelecida.

Figura 7 - Fachada da Unidade de Saúde Pastor Elias Pereira.



Fonte: Registro obtido no local.

A UBS está instalada em prédio próprio e dispõe de: quatro consultórios (um odontológico, um para atendimento médico, um para atendimento de enfermagem e um para profissional de saúde da rede apoio externo), cinco banheiros (dois públicos, de frente a sala de espera; um dentro do consultório de enfermagem, dois na área de acesso restrito a funcionários); uma sala para coleta de exames; uma sala de curativo; uma sala de vacinação; uma sala de procedimentos; uma sala para guarda de material de limpeza; um espaço para acomodação dos materiais de visitas dos agentes de saúde; uma farmácia e uma copa (Figura 8).

Afinal, a equipe pode se deparar com a demanda de atenção a uma ou mais pessoas em situação de instabilidade de funções vitais, com ou sem risco de morte imediata ou mediata. E, nessa perspectiva, a inexistência desse item pode inviabilizar o disposto na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que preconiza que o atendimento de urgência seja realizado em qualquer nível de atenção à saúde, inclusive na APS ao recomendar que todas as unidades de saúde tenham materiais essenciais ao primeiro atendimento de urgência até que ocorra encaminhamento para os outros níveis de complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Esse achado se assemelha ao encontrado na pesquisa de Moreira *et al.* (2017), que mostrou que a ausência do carrinho de emergência como ponto negativo do processo de avaliação. O autor acredita, como hipótese deste achado, o baixo investimento destinado à aquisição de equipamentos para a AB, como também o caráter histórico dos atendimentos de urgência e emergência, comumente realizados apenas em hospitais e ambulatórios especializados (MOREIRA *et al.*, 2017).

Mendes (2015) afirma que a APS deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: resolução, coordenação e responsabilização. A função de resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; a de coordenação consiste em organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede (complexo regulador); e a função de responsabilização consiste em se corresponsabilizar pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

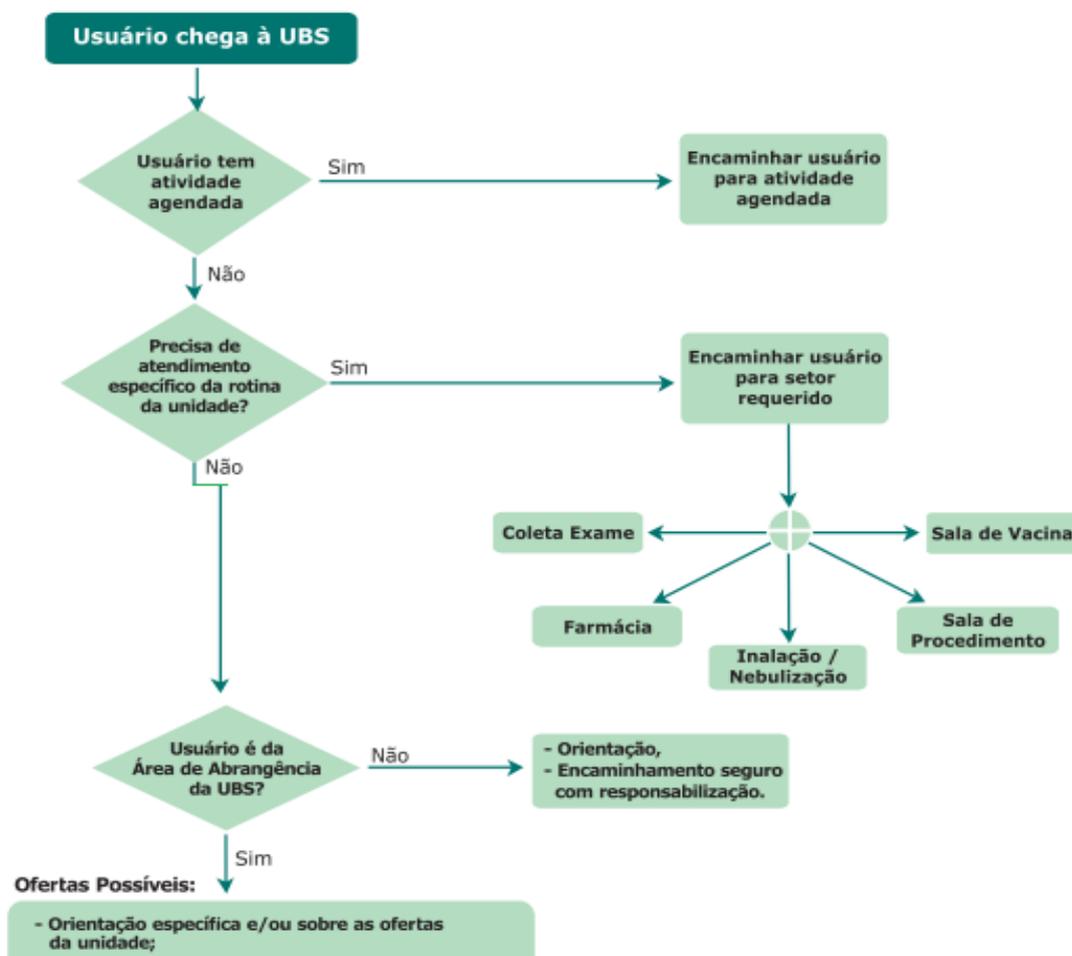
Assim, o acolhimento vai muito além de apenas escutar de forma qualificada o usuário do sistema, ele engloba o atendimento resolutivo e responsável. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), acolhimento é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação entre profissional de saúde e usuário com a sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

Fluxograma de acolhimento da UBS Mato Dentro

Através da observação do fluxograma proposto pelo MS, a seguir, já é possível identificar que o acolhimento faz parte de uma estratégia terapêutica complexa, que exige dos profissionais diferentes conhecimentos e técnicas, assim como uma organização do serviço com porta de entrada e fluxos com vistas à resolutividade da demanda apresentada pelos usuários (DAMINELLO, 2022).

Nesse contexto, a comunidade tem usufruído do equipamento de saúde, por meio da disponibilização dos serviços ofertados (Figura 9), que se encontram baseados em um processo de trabalho organizativo e têm como foco principal o Programa Previne Brasil, que dispõe de indicadores de saúde cujo alcance das metas propostas fazem com que o município receba incentivo financeiro (SILVA, 2021).

Figura 9 - Fluxograma da Unidade de Saúde do Mato Dentro. (OBJ3.2.2)



Fonte: Síntese extraída da observação da dinâmica do local estudado.

No fluxograma adotado da unidade, é possível verificar que o usuário que chega à UBS com uma atividade agendada (consulta, grupos), já é diretamente encaminhado à atividade. O mesmo ocorre caso necessite de um atendimento de rotina da unidade, como, por exemplo, vacina, procedimentos ou nebulização.

As orientações aos usuários, nestes casos, são fornecidas na recepção da unidade, sem necessitar da escuta inicial. Do contrário, o usuário pode realizar o agendamento

conforme sua necessidade pessoal, caso haja vaga disponível no momento do seu atendimento no setor de recepção. Se isso não ocorrer, o mesmo é orientado a retornar quando houver a abertura de novas vagas de agendamentos para o atendimento requisitado, o que, em geral, ocorre sempre na primeira semana do mês seguinte.

Diante da oferta, a unidade adota um cronograma de atendimentos fechado, com dias específicos para cada grupo de usuários (crianças, mulheres e gestantes), o que tem gerado poucos horários para demanda espontânea. No entanto, a organização do processo de trabalho na UBS é desafio comum a toda rede de APS, uma vez que o Ministério da Saúde (MS) indis põe de exigências quanto à fixação de um modelo padrão, fornecendo apenas a sugestão de como essa demanda por solicitações diversas dos usuários pode ser suprida, o que deixa a sua estruturação a cargo de cada gestor e ESF.

Por isso, ainda que escalonado um profissional para realizar o acolhimento no dia não significa dizer que o ato da escuta será resolutivo uma vez que o profissional pode necessitar de outro para discutir o caso e terminar um atendimento ou mesmo realizar a interação interprofissional informalmente (DAMINELLO, 2022).

Por conseguinte, percebeu-se, que o contexto interno relativo à organização de tarefas e responsabilidades no ambiente em estudo encontrava-se bem pactuado dentro e entre indivíduos e equipes, o que resulta em um clima favorável ao desempenho das atividades dos profissionais, bem como torna o processo de trabalho com maturidade suficiente para o bom desenvolvimento de vínculo em relação ao tamanho de uma organização e seus usuários.

Quanto às comunicações presentes no local de estudo, foi observado por meio da dinâmica de interação da equipe, que as práticas de compartilhamento de informações formais ocorrem, na maioria dos casos, através das reuniões mensais. Por meio delas, são apontados fatores que atrapalham o desempenho dos seus profissionais, bem como realizam-se deliberações acerca de situações clínicas e alterações do território que precisam ser solucionadas por meio de trabalho multiprofissional.

Nesse momento, o PEC, cuja alimentação ocorre por meio do registro de atendimento prestado pelo profissional aos usuários, torna-se uma ferramenta de apoio para a realização dos matriciamentos, pois o mesmo fornece relatórios que auxiliam na tomada de decisão clínica e, até mesmo, contribui para a organização do funcionamento do local.

O registro dessa atividade é feito através da alimentação em meio eletrônico obtido através do acesso ao sistema e-SUS e/ou por meio do lançamento dos dados no *Tablet* do ACS. Entretanto, a ausência momentânea da reunião semanal de equipe faz com que haja

ruído na comunicação entre os profissionais, por não acompanharem as atualizações de informações que ocorrem durante a execução das atividades.

No local, há também as relações informais obtidas por meio de suporte para controle ou tomada de condutas por segunda opinião, com acionamento do apoiador de saúde cuja atuação ocorre dentro e fora dos limites internos da unidade. Estas ocorrem por via telefone ou *WhatsApp* administrativo da unidade.

O artigo que analisou as singularidades da organização APS em municípios rurais remotos (MRR) da Amazônia sob influência dos rios e discutiu os desafios para a atenção integral no SUS, mostrou que o aplicativo *WhatsApp* é comumente utilizado entre gestores, profissionais das ESF e usuários para transmissão diversificada de informações: orientações sobre cuidado ao usuário, envio de produção, envio de informações de prontuários eletrônicos (FAUSTO *et al.*, 2022).

No entanto, observou-se, ao longo do desenvolvimento deste estudo, que em certas ocasiões houve falhas na rede de internet, o que atrapalhou momentaneamente a efetivação por meio deste canal de informação. Aliás, devido ao lugar indispor de rede de sinal móvel, os funcionários assumem financeiramente um custo médio mensal para que não fiquem incomunicáveis em seus aparelhos pessoais para facilitar o recebimento de orientações em tempo real aos seus acontecimentos.

Acerca dessa temática, sabe-se que a comunicação diz respeito à capacidade de troca de pensamentos, sentimentos, ideias, informações via fala, gesto, imagens, sons, de forma direta e natural ou por meios técnicos (MILL; JUSTI, 2018). De acordo com Ferreira (2018), o processo de comunicação está integrado pelos seguintes componentes: emissor, que é quem elabora e põe em circulação a mensagem; receptor, que recebe e interpreta; mensagem, a informação; meio, suporte físico pelo qual se transmite a mensagem; código, sistema de referência em função do qual se elabora e se interpreta a mensagem; e o contexto, que é a situação social, histórica, geográfica e psicológica do ato de comunicação em questão.

Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais é primordial para o exercício do trabalho, pela qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio de linguagem verbal e não-verbal (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Essa prática se faz presente especialmente durante a realização periódica de reuniões de equipe, onde são discutidos aspectos objetivos e quantitativos do trabalho, além de oportunizar a exposição e troca de experiências e

expectativas entre os membros, podendo assim melhorar a convivência e o processo de trabalho (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Entretanto, se observam fragilidades nas relações do processo de trabalho multiprofissional, contrariando a diretriz do SUS. Isto tem gerado o surgimento de conflitos e dificuldades para a sua resolução (VALENTINNI *et al.*, 2020). Diversos fatores podem interferir nesse processo, dentre os quais encontram-se: o modo de organização do trabalho, as práticas culturais e tradicionais de atuação fragmentada e não profissional; falta de ferramentas e dentre outros (PEREIRA *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado em Minas Gerais no ano de 2019, que buscou identificar os nós críticos do processo de trabalho da AB, obteve-se que a forma como o sujeito participante, o ambiente e o usuário interagem e a forma como molda o processo de trabalho em saúde foram estabelecidas através das relações formais e informais, abordagens em contextos diferentes e atividades não planejadas (AMARAL; OLIVEIRA AZEVEDO, 2021), assemelhando-se com o achado neste estudo.

Neste aspecto, é importante destacar que o uso de tecnologia na área da saúde encontra-se cada vez mais presente na rotina profissional durante o processo de cuidar (GOES *et al.*, 2016). As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's) em saúde são ferramentas que contribuem para o desenvolvimento da prática educativa, sendo sua utilização intensificada em todas as áreas da atividade humana com a chegada da pandemia Covid-19 (CARDOSO, 2013).

A implementação de mecanismos efetivos para a comunicação, reflete também na transmissão confiável de informações em ambientes diversos, além de refletir num fluxo de informações fluido e facilitar a comunicação entre as unidades de AB e demais níveis (VAZ, 2019). Infraestrutura frágil, bem como falta de equipamentos necessários ao funcionamento da AB, também pode refletir no processo de comunicação entre a equipe multidisciplinar, uma vez que traz insatisfação entre profissionais e usuários (VAZ, 2019).

Diante desse cenário, as estratégias de EP são fundamentais, tendo em vista as novas tecnologias, processos administrativos e assistência à saúde (SANCHEZ *et al.*, 2020). Afinal, a troca de conhecimentos e informações entre a equipe multiprofissional permite um entendimento e acolhimento das mazelas territoriais, potencializando intervenções das diferentes categorias assistenciais no cuidado à demanda espontânea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Barreiras e facilidades do processo de acolhimento e agendamento (OBJ 3.2.4)

Nesse contexto, a análise dos protocolos adotados antes do desenvolvimento da pesquisa e da implementação da Classificação de Risco dispõe, como prováveis **barreiras** no processo de agendamento, a dificuldade em equilibrar a oferta com as demandas espontâneas que surgem cotidianamente, a orientação em se realizar a pré-consulta médica pela equipe de enfermagem fato que sobrecarrega estes profissionais além de favorecer sua subutilização, o não seguimento da orientação quanto ao agendamento por horários em detrimento de alguns médicos plantonistas e a não existência da pactuação sobre a reserva de vagas para atendimentos às demandas que precisam de consulta no dia ou apazadas.

Decepções prévias relacionadas ao atendimento e à resolutividade da assistência impactam sobre a maneira da utilização do serviço, de forma que, aqueles com vivências negativas evitem buscar a APS local em casos mais complexos e tendem a procurar pontos cuja atenção seja mais “confiável”, especialmente se há disponibilidade de recursos financeiros (TRINTINAGLI *et al.*, 2022).

Quanto às **facilidades**, os registros do processo de agendamento relacionam-nas à presença das reuniões mensais para compartilhar problemas, responsabilidades na busca por soluções que considerem o indivíduo como um todo, buscando humanizar o atendimento fornecido; a informatização do processo de trabalho com a implementação do PEC, que emite relatórios que facilitam as discussões sobre as melhorias que precisam ser alcançadas; o uso de *WhatsApp* para responder às questões administrativas e agendamento de consultas em algumas situações, evitando o deslocamento dos usuários até a unidade.

Contexto externo

Compreender essa temática serviu para identificar de que modo o serviço se encontra organizado para suprir as necessidades de seus usuários, bem como para entender quais as redes de comunicações externas que apoiam o desenvolvimento de suas funcionalidades. Assim, neste estudo, estas relações se mostraram formadas pela gestora de Atenção Básica, apoiadores de saúde, Conselho Municipal de Saúde, Setor de Especialidades, Setor de Urgência e Emergência e Ouvidoria municipal.

Nesse contexto, visando à qualificação de seus funcionários, uma das estratégias adotadas pelo município é a de incentivar a formação continuada e permanente, por meio da divulgação de cursos gratuitos e que, em sua maioria, são oferecidos em modalidade à distância e que podem ser acessados em horários fora do expediente de trabalho. Como

contrapartida possibilita a progressão de carreira aos servidores contratados em regime estatutário, quando estes concluem determinada carga horária em estudos complementares a sua função exercida.

A educação permanente é o aprendizado no trabalho e baseia-se na possibilidade de transformar a prática profissional em problemas do mundo real, levando em consideração o conhecimento e a experiência existentes das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

A partir disso, percebe-se que esse reconhecimento da qualificação profissional é importante para melhorias na assistência tendo em vista que a ação de educação permanente dos profissionais que já atuam na APS, com ofertas de cursos, oficinas, roda de discussão e atualizações coerentes com as demandas dos profissionais, das necessidades de saúde da população, são prioridades da gestão.

Este ato se encontra claramente concretizado por meio da liberação para a realização do Mestrado em Saúde Coletiva, tendo em vista que o problema que demandou a realização do estudo, além de possibilitar estratégias resolutivas à situação encontrada no serviço, pode também contribuir para a participação de outros profissionais em busca de soluções a outros pontos considerados críticos pelo local.

Ademais, o serviço dispõe também de materiais didáticos no tocante aos manuais ministeriais, rotinas adotadas no setor, entre outros impressos, que facilitam a consulta oportuna em casos de dúvidas durante a prestação de atendimento ao usuário.

Outra forma de obter esclarecimentos sobre assuntos pontuais é acionando os apoiadores de saúde; estes são pessoas que nem sempre têm formação voltada para área da saúde, mas que estão em constante atualização de conhecimentos para solucionar os casos demandados pela unidade. Em geral, sua função envolve o planejamento, avaliação e desenvolvimento das práticas assistenciais e gerenciais na APS e a atenção especializada, promovendo e fortalecendo o alinhamento entre diretoria de assistência, interlocutores, assessoria técnica, gestão e gerentes e coordenadores dos serviços. O cargo é responsável também pelo acompanhamento e monitoramento de metas e indicadores assistenciais e gerenciais, pelo apoio matricial e contribuem na construção de protocolos de acesso e assistência.

Em conjunto com a equipe de saúde, promovem a qualificação do processo de trabalho das equipes da APS principalmente quando se busca a resolutividade de casos que requer atendimentos em ambiente externo à unidade. Além disso, são considerados

norteadores da assistência prestada ao indivíduo, atuando por meio de esclarecimento de dúvidas e conciliando conflitos entre profissionais e usuários.

Nesse intermédio, tem-se o Conselho Local de Saúde cujo membro é eleito pela comunidade e após nomeação no cargo, atua na formulação e no controle da execução da política local de saúde em conformidade com a política municipal de saúde, nas estratégias e na promoção do processo de controle social local da saúde. Seus membros são um elo de comunicação entre o setor de saúde e a comunidade por meio do levantamento de discussão com a equipe sobre as necessidades demandadas dos usuários.

O trabalho desenvolvido por estas pessoas é considerado relevante ao interesse público, pois nos municípios, a formação dos conselhos municipais de saúde é um requisito para que os recursos a esta área destinados sejam transferidos pelo Governo Federal (SILVA *et al.*, 2012). Além disso, esses profissionais trabalham em prol da garantia dos direitos dos usuários e como disseminadores de intervenções e ofertas ocorridas dentro e fora do serviço de saúde.

Dentre estas ofertas, encontra-se o Setor de Especialidade, cujos pacientes são direcionados quando, após o atendimento no local, se identifica a necessidade de acompanhamento especializado e/ou de realização de exames indisponíveis na unidade. Quando ocorre essa situação, são acionadas vagas via sistema de regulação, cujo quantitativo é estabelecido por meio de consórcio ou convênios. Estas vagas são insuficiente para o atendimento da população, o que gera uma espera de meses; desse modo o número de consultas e exames não consegue suprir a necessidade da população, o que gera uma demanda desequilibrada em relação à oferta do serviço.

Isso de certo modo pode comprometer a integralidade do cuidado à medida que o município, apesar de ter serviço de urgência e emergência (Unidade de Pronto Atendimento), não ter estabelecido fluxo de referência e contra referência que permita a continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção.

Essa circunstância ainda é mais evidente quando ocorre, por exemplo, o direcionamento da gestante para o serviço de alto risco; pois, ainda que haja na equipe um médico da família que realiza atendimento para os diversos grupos e faixas-etárias, algumas situações requerem atendimento por profissional com qualificação ginecológica/obstétrica e nem todas as unidades dispõem deste tipo de oferta.

Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde pactua com seus profissionais que orientem o retorno da gestante à unidade, para atendimento em conjunto a esse setor

referenciado; no entanto, algumas questões (recurso financeiro para provimento de passagem em transporte público, distância, etc) fazem com que elas escolham qual dos locais irão passar, o que desfavorece o comprometimento da integralidade. Segundo o MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), é necessário que a equipe tenha um contato direto com os especialistas e estes com a equipe, pois é preciso enxergar o usuário como um todo para garantir que ocorram mais benefícios do que danos para a gestante e apenas quando isto acontece o projeto de acompanhamento envolve um compromisso maior com o usuário.

Diante desse cenário, à análise, nesta dissertação, permitiu identificar a ausência de menção sobre a contrarreferência dos encaminhamentos realizados e até mesmo a falta de relato sobre a verificação da presença do indivíduo no dia agendado/programado. Isto pode indicar uma quebra de continuidade de saúde e, até mesmo, o não alcance da longitudinalidade. Isto afeta diretamente a efetividade do acesso, uma vez que a CR prevê o atendimento em tempo oportuno, embora não consiga medir se este de fato ocorreu, já que não há controle do absenteísmo na data programada.

Trintinaglia *et al* (2022), também identificou em seu estudo que um fator limitante evidenciado na capacidade de resposta da APS é a espera por exames, consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos nos serviços de referência em outros municípios, embora este aspecto não tenha interferido diretamente na avaliação dos serviços locais.

Tal circunstância apresentou-se durante a realização do Grupo Focal, na qual um dos participantes, aqui nomeado de PS#2, deixou transparecer uma provável existência de ruídos na comunicação entre o setor de trabalho com os demais setores que formam a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

“Necessita de uma orientação correta quanto aos procedimentos executados em serviço externo à Unidade para que não haja prejuízos aos usuários, pois muitas vezes o paciente tem consulta agendada fora do município e devido o horário da consulta ser muito cedo torna impossível desse paciente chegar ao lugar devido às dificuldades na circulação do transporte público”. (PS#2)

Percebeu-se que, enquanto o profissional fazia esta fala, sua face era de tristeza, talvez relacionada com a demora em conseguir encaminhar para algumas especialidades; e, quando enfim conseguisse a consulta esperada pelo paciente identificaria que este último passaria a enfrentar problemas de locomoção que poderiam afetar sua ida ao local agendando, ainda que necessite do atendimento no mesmo.

Reconhece-se que a regulação por vagas, exames, cirurgias e medicamentos fora do ambiente da unidade não têm controle de quando e onde surgirá a oferta requisitada, uma vez

que os agendamentos são realizados por meio de bolsas de vagas. Este serviço chama-se Sistema CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde), que organiza a regulação de recursos disponíveis na saúde pública no estado de São Paulo e é atualizado pelos próprios médicos, a fim de buscar os melhores recursos e serviços mais próximos de seus pacientes (PRESIDENTE EPITÁCIO, 2020).

E, nesse seguimento, alguns usuários começam a reclamar, ora pela demora em conseguir vaga para passar por atendimento médico na AB, ora pelo longo período de espera pela vaga com especialistas. Segundo os entrevistados nesta pesquisa, o que tem potencializado a situação é a centralidade das demandas pelo atendimento médico, circunstância que gera uma espera entre a solicitação da consulta médica e a data agendada para este profissional de até três meses.

“Antes o paciente esperava em média 15 dias para passar em consulta com o médico, hoje está em 2 meses”. (INF# 1)

“Dias ou meses de acordo com a demanda individual”. (INF# 2)

“Antes da pandemia era no máximo um mês, após esse período está ficando em média para 3 ou 4 meses”. (INF#3)

“Apenas a agenda de acesso para consulta médica é demorada”. (PS#1)

“O acesso à agenda é demorado porque depende do dimensionamento profissional”. (PS#2)

Apesar das reclamações serem realizadas em boa parte das vezes através das redes oficiais midiáticas e interligadas da Prefeitura, o município dispõe de um fluxo estabelecido para o recebimento de queixas formais na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que fica no centro da cidade. Pode também realizar essas queixas através do envio de mensagem para o e-mail do setor ou Ouvidoria. De posse da reclamação, elogio e/ou sugestão, o ouvidor aciona a unidade a qual pertence à situação, buscando verificar o fato e tomar as providências cabíveis, caso julgue a queixa procedente.

A UBS também é um polo de recebimento de queixas. Nela, em geral o usuário consegue fazê-la diretamente junto ao gestor do local.

Segundo Pinto *et al.* (2015), o movimento de ouvidoria ativa, além de viabilizar a consolidação do princípio da participação social, consegue apreender as experiências dos usuários com o serviço ofertado; nela, representam ou constroem imaginários sobre a saúde e o SUS, no nível micro e no macro.

Pode-se dizer que a ouvidoria é uma tentativa de aproximação do poder público com os cidadãos, sendo vista, por um lado, como um órgão da gestão e, por outro, como uma instância da sociedade que visa à qualidade da resposta às manifestações dos cidadãos. O ouvidor público não pode ser um mero repassador de respostas oficiais, sob o risco de transformar a ouvidoria num órgão aplacador de tensões, ou seja, mais um braço da gestão, como comumente acontece nas ouvidorias privadas (MACHADO; BORGES, 2017).

Percebe-se, nesse cenário, que a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco pode propiciar resultados relacionados à maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento do êxito na parte clínica dos serviços e ser desencadeador das demais mudanças, como a composição das equipes de referência, coparticipação na gestão, a consolidação/fortificação das RAS e o enaltecimento com a apreciação do trabalho em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

Dessa maneira, ao organizar as redes de comunicações externas, contribui-se para suprir as necessidades dos usuários, bem como apoia-se o desenvolvimento das funcionalidades dos profissionais envolvidos no cuidado.

No início da implementação da CR, faltava médico na equipe, e a equipe era composta pelo gestor do local, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e quatro ACS's. Além desta equipe básica, trabalhavam algumas vezes por semana, um dentista, uma nutricionista e uma psicóloga, constituindo o que se chama de “equipe de apoio”, que migra atuando continuamente entre as diversas unidades. Enquanto o município aguardava a contratação de um médico da família para o serviço, os atendimentos eram realizados por médicos plantonistas, o que foi brevemente substituído por um médico da família, o qual permanece cerca de quatro horas por período na UBS.

Desta equipe básica, apenas a enfermeira (no caso, a autora) e a médica da família residem na zona urbana do município, sendo o técnico de enfermagem e o gestor que são advindos de outros municípios longínquos do local de trabalho.

Segundo Damschroder *et al.* (2019), o processo de intervenções sofre influência de acordo com o espaço ao qual encontra-se organizado a assistência de cuidar, sendo que o número de funcionários na intervenção ou na organização pode afetar a capacidade de entrega dos serviços esperados.

Tal situação favorece a carência de profissionais para gerenciar os serviços de atenção primária, representando uma sobrecarga do enfermeiro, que acumula as ações de

assistência ao usuário dos serviços de saúde e a organização de demandas administrativas (FELIX *et al.*, 2022).

A distância entre o UBS e a região central do centro urbano do município faz com que a maioria dos profissionais permaneça na unidade em tempo integral, inclusive durante o horário de almoço. As ACS, comum às outras unidades, têm o registro eletrônico de seus horários de chegada e saída do almoço é pré-assinalada, já que grande parte de seu trabalho é feito na comunidade e a vinda até o serviço para validação desse período comprometeria o quantitativo de visitas previstas a serem realizadas no dia.

A equipe encontra-se com as ofertas de serviços organizadas de acordo com a atribuição do profissional prestador da assistência. A função do gerente, por exemplo, é exercida por um profissional com formação em Gestão Pública. Ele é responsável pelo atendimento na recepção da unidade, onde são realizados agendamentos de consultas, dadas informações diversas e encaminhados os usuários para os demais profissionais. Além disso, é responsável pelo fechamento dos relatórios de produção que são enviados à SMS e pelo controle e solicitação de materiais e insumos.

De acordo com a PNAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), o gerente do local tem o papel de garantir o planejamento em saúde, a gestão e a organização do processo de trabalho, coordenação das ações no território e integração da UBS com outros serviços. Para assumir tal função, o documento ainda explica que se faz necessário ter ensino superior, cumprir uma carga horária de 40 horas semanais e conhecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de fomentar a participação dos profissionais na organização do horário de atendimento aos cidadãos, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas e apoiar a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na APS e nos diferentes pontos de atenção, com a garantia de encaminhamentos responsáveis.

A enfermeira, por sua vez, realiza as consultas de enfermagem (função privativa da categoria), procedimentos de vacinação, curativos, aplicação de medicações injetáveis, aferição de pressão arterial e glicemia capilar e realização de teste de gravidez. Faz visitas domiciliares para alguns casos específicos e é responsável pela condução dos grupos de planejamento familiar, exames e gestantes. É a responsável também pela realização das atividades, em livre demanda, de testagem e aconselhamento para HIV, sífilis e hepatites virais solicitadas pela população adscrita, pelo tratamento supervisionado de pacientes com tuberculose e realiza a coleta do papanicolaou.

Percebeu-se, nesse contexto, que as práticas dos enfermeiros vêm se desenvolvendo em função das exigências legais do exercício da profissão, especialmente a consulta de enfermagem. No entanto, ainda que ele não esteja diretamente ligado a função de gestor do local, sua atuação exige em certas circunstâncias um trabalho na dupla dimensão, assistencial e gerencial, voltado para o indivíduo (produção do cuidado de enfermagem e gestão de projetos terapêuticos) e para o coletivo (monitoramento da situação de saúde da população, gerenciamento da equipe de enfermagem e do serviço de saúde para a produção do cuidado).

No Brasil, o exercício da prática da enfermagem é regulamentado e seus profissionais têm as suas atribuições especificadas no Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Esse decreto descreve quem são os profissionais de enfermagem e suas atribuições, mas não faz distinção entre o trabalho do enfermeiro no âmbito da APS e nos demais níveis de atenção à saúde.

Ademais, torna-se evidente que a assistência e o gerenciamento são características indivisíveis, inerentes ao trabalho do enfermeiro. Esse argumento, segundo os entrevistados de um estudo (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013), não se reproduz na prática diária, pois alguns profissionais voltam-se mais para a parte administrativa e outros para a assistencial, uma vez que este é mais enfatizado e solicitado, o que pode levar o enfermeiro a atribuir maior significado a sua atuação na área administrativa, abdicando da parte assistencial.

No entanto, também pode ser a forma de o enfermeiro desenvolver uma relação de dominação sobre os demais componentes da equipe de enfermagem, reforçando a divisão técnica e social do trabalho, com poderes que diferenciam seu trabalho do enfermeiro de seus subordinados (LIMA; ALMEIDA, 1999).

Segundo o parecer do COFEN nº1 de 2018, o enfermeiro é responsável pela supervisão, planejamento, organização, execução, coordenação e monitoramento do trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem. E é nesse sentido, que o técnico de enfermagem do local de estudo compartilha boa parte das atividades com a enfermeira, realizando também procedimentos de vacinação, curativos, aplicação de medicações injetáveis, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, realização de teste de gravidez e visitas domiciliares para realização de alguns procedimentos.

Outro membro que integra a equipe são as ACS's, responsáveis pelo cadastramento e descadastramento das famílias têm papel essencial no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando a

relação profissional usuário. Sua atuação concretiza-se por meio das visitas domiciliares a todas as famílias da área de abrangência da ESF e, nesta USF, conduzem os grupos de hipertensão e diabetes.

Segundo Silva (2021), o quantitativo potencial de pessoas a serem cadastradas de acordo com as políticas ministeriais (4.000 indivíduos) permite que cada ACS tenha 1.000 (um mil) pessoas sob sua responsabilidade, para o alcance de 100% de cobertura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a). O não alcance dessa meta influencia no repasse financeiro federal, que aumenta de acordo com o percentual de pessoas cadastradas com os seguintes critérios de riscos ou vulnerabilidade socioeconômica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a):

§1º vulnerabilidade socioeconômica contempla pessoas cadastradas beneficiárias:

I - do Programa Bolsa Família (PBF);

II - do Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou

III - de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos.

§2º perfil demográfico por faixa etária: contempla pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais e classificação geográfica.

A fim de evitar tal situação, o município, em consideração ao estabelecido no Plano Municipal e na Portaria nº 2.436 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b), pactuou que o ACS deverá realizar no mínimo 15 visitas domiciliares por dia. A base de cálculo utilizada leva em consideração a permanência de no máximo 20 minutos em cada visita, o deslocamento da unidade até o domicílio, bem como a Lei nº 1.324 (FRANCO DA ROCHA, 2018), que traz as seguintes regulamentações:

Art. 4º O Agente Comunitário de Saúde deverá residir na área da comunidade em que atuar [...].

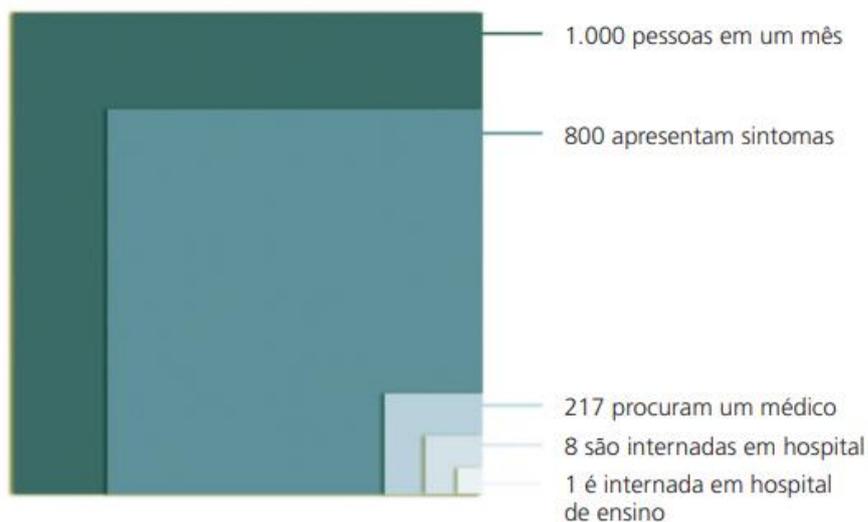
§ 5º O Agente Comunitário de Saúde que residir a uma distância superior a 2,5 km (dois quilômetros e quinhentos metros) de sua área de atuação ou Unidade Básica de Saúde de lotação, terá direito ao recebimento do auxílio-transporte.

Nesse contexto, a visita domiciliar (VD) representa o principal instrumento de trabalho da equipe de ESF, sendo primordial a atuação dos ACS's (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b). De modo que o quantitativo de pessoas cadastradas por este profissional influenciará diretamente na demanda de acolhimento com CR atendida no serviço, bem como na contratação de outros profissionais.

Ademais, considerando o perfil dos profissionais atuantes no espaço estudado e o disposto na ecologia dos sistemas de atenção à saúde reproduzido por Green *et al.* (2001),

verificaremos que, de cada 1.000 pessoas num mês, apenas 113 irão buscar os cuidados médicos primários (Figura 10).

Figura 10 - A ecologia dos sistemas de atenção à saúde.



Fonte: GREEN *et al.* (2001).

Tal evidência mostra que uma APS efetiva é capaz de absorver e resolver a grande maioria dos problemas que se apresentam nos cuidados primários, sem encaminhamento a outro nível do sistema de atenção à saúde. Para tanto, Green *et al.* (2001) destaca as ações no planejamento da saúde, na educação e na pesquisa, como orientadoras para responderem às demandas da população.

Nesse sentido, encontram-se as reuniões semanais de equipe, que permitem um espaço para: identificação dos problemas da comunidade, tomada de decisões para programação das ações, acompanhamento e avaliação das atividades (GRANDO; DALL'AGNOL, 2010). Porém, essa atividade havia sido suspensa nas UBSs do município devido à pandemia Covid-19 e, durante o desenvolvimento desta pesquisa, encontrava-se em retorno gradual.

As motivações da equipe para trabalhar na APS são diversas. Alguns profissionais falam claramente que continuam prestando concursos para outros locais em busca de melhores salários ou até mesmo para complemento de renda. Quando isso se efetiva, contribuiu para a chamada rotatividade de profissionais que, com sua saída, influem diretamente no acesso à agenda, mesmo por aqueles já classificados, podendo causar prejuízos à saúde do indivíduo que demanda por atendimento.

Além disso, é comum que a rotatividade de médicos cause impacto negativo no fluxo de atendimento devido à crença na cultura em geral de que, para cuidar de saúde, tem que haver consulta com o médico, deixando outros recursos de promoção de saúde e de prevenção de uma UBS em segundo plano.

“Falta profissional”. (amplamente falada por todos os entrevistados)

“Não há como o usuário estar satisfeito quando não se tem o profissional médico”. (PS#1)

“O usuário sai satisfeito quando tem atendimento resolutivo, mas isso tem gerado uma sobrecarga e reclamações por conta do baixo recurso humano”. (PS#3)

Para Medeiros *et al.* (2010), toda organização tem alguma rotatividade, que pode ser positiva à medida que os funcionários não essenciais deixam a organização. Entretanto, isto pode implicar também na perda de pessoas estratégicas, gerando o fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência organizacional (MEDEIROS *et al.*, 2010). É importante salientar que há poucos estudos sobre a rotatividade entre profissionais de saúde, sendo que esse assunto é demasiadamente presente no dia a dia desses trabalhadores (STANCATO; ZILLI, 2010).

No caso do serviço estudado, por exemplo, observou-se, que a rotatividade não se ateve apenas à categoria médica, como é o mais comum. Outros membros da equipe e a própria gerência da unidade passaram por mudanças relativas a mobilidades. Considerando que o vínculo e o conhecimento do território são relevantes aspectos que o SUS atribui à atenção primária, há que se considerar os prejuízos dessa quebra de vínculos e longitudinalidade.

Segundo Añel-Rodríguez e Astier-Peña (2022), a longitudinalidade facilita o cuidado preventivo e o reconhecimento precoce de problemas de saúde; evitar sobre diagnóstico, medicalização e eventos adversos derivados da superexposição a exames e tratamentos desnecessários.

Para a PNAB, vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Nesse contexto, torna-se evidente que o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários para a produção da longitudinalidade das ações em saúde encontra-se prejudicado quando ocorre a rotatividade dos profissionais nas equipes da atenção básica.

A permanência dos mesmos profissionais da APS por longo tempo no local de atuação proporciona uma melhor qualidade no atendimento ao usuário, permitindo que este receba um cuidado integral, e contribuem para posteriores estudos acerca da qualidade do cuidado ofertado na APS.

Segundo Santos (2023), determinados contextos e características dos serviços de AP, como, por exemplo, sua localização em bairros ou distritos mais próximos à periferia da cidade e com indicadores sociais mais baixos, estão associados à maior rotatividade de médicos, o que requer estudos mais aprofundados.

Diante dessas concepções sobre saúde e suas práticas, surge à necessidade do processo de avaliação que, dependendo do enfoque adotado, dispõe de muitas técnicas e métodos já desenvolvidos e que podem ser aplicados ao setor visando à melhoria da qualidade assistencial.

Contudo, seguindo as análises propostas, buscou-se também conhecer o perfil da demanda espontânea no acolhimento para que pudesse ser gerada maior consistência quanto à sistematização dos resultados encontrados em seus diferentes contextos.

Perfil da demanda espontânea no acolhimento (OBJ 3.2.1)

O **perfil da demanda local** foi identificado por meio da observação e registro, no período de uma semana, das causas demandadas por pacientes com atendimento profissional e de sua inter-relação a partir das variáveis: sexo, raça/cor, tipo de queixa e desfecho (Figura 11).

Figura 11a - Descrição de usuários da demanda de acolhimento por sexo e grupo etário. Unidade Básica de Saúde, Franco da Rocha (SP), 2022 (n=96).



Fonte: Elaboração da autora deste estudo.

O total de 96 usuários se apresentou ao local durante a observação, de modo que quanto ao quesito raça/cor, sete declararam-se pretos, 34 brancos e outros 55 pardos. Nesta

análise do registro, identificou-se também que o sexo feminino correspondeu a 61% e evidenciou significância na frequência entre as mulheres nas faixas etárias de 10 a 19 anos, enquanto observou-se menor fluência ao serviço daquelas acima dos 50 anos. Em contraste entre as pessoas do sexo masculino, a afluência ao serviço foi maior na faixa etária acima de 50 anos, que no serviço estudado teve predominância (Figura 11a).

As informações obtidas por meio desses registros mostraram-se relevantes para compreender de que modo o serviço se encontrava organizado, para posteriormente traçar melhorias durante o processo de implementação da CR, bem como destacar a importância de cada ator envolvido no processo e alcance das transformações que viessem a necessitar, tais como sugestões sobre a necessidade de mudanças de atitudes, hábitos e/ou outros atributos pessoais que facilitam o mecanismo de implementação.

Dando continuidade ao processo, outro fator observado, ocorreu no tocante às queixas demandadas e sua conduta pós escuta inicial. A maioria, cerca de 85 pessoas, expressou demandas sem queixas clínicas (renovação de receita, resultado de exames, solicitação de exames, solicitação de laudos, orientação, entre outras), cuja conduta final resultou em 71 agendamentos posteriores à data da escuta devido limitações éticas do profissional escalonado para a acolhida (Figura 11b).

Figura 11b - Demandas apresentadas pelos usuários, no período de 18 a 22 de Julho de 2022, da Unidade Básica de Saúde Pastor Elias Pereira, Franco da Rocha (SP), 2022 (n=96).

	Necessidade apresentada	Resposta Ativa*	Descrição
Demandas espontâneas sem queixa clínica	Renovação de receita (11)	AGENDAMENTO	A resposta ativa “agendamento” era adotada conforme classificação de cor de referência disposta na tabela 2.
	Resultado de exames (20)		
	Check-up (20)		
	Agendamento de consulta (7)		
	Pedido de encaminhamento (10)		
	Solicitação de relatório (3)	ALTA	A resposta ativa “alta”, refere-se aos casos em que os usuários depois de acolhidos tinha sua necessidade atendida.
	Orientação (12)		
	Planejamento Familiar (2) Contracepção Hormonal		
Demandas espontâneas com queixa clínica	Evento agudo (10)	DEMANDA	A resposta ativa “demanda”, refere-se aos casos em que os usuários depois de acolhidos precisam de atendimento médico no dia.

Fonte: Autoria Própria

*As terminologias adotadas, são as dispostas no PEC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Os motivos aqui apresentados assemelham-se aos identificados na fala dos participantes do estudo.

“Atestado médico, intercorrências de saúde, apresentação de exames previamente solicitados e check-up”. (INF#1 e #2)

“Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus descontrolada, renovação de receitas controladas/psicotrópicos e queixa de dor crônica”.(INF#3)

“As principais causas de procura da Unidade, na minha opinião são dores, retirada de medicamentos na farmácia, consulta de pré-natal, exame papanicolaou, vacina”. (PS#1)

“Acredito que a população vem em busca de vacinação e para esclarecimento de dúvidas quanto aos procedimentos prescritos pelo médico”. (PS#2)

“Dor, cárie, são algumas causas de procura”. (PS#3)

A demanda em saúde representa as necessidades individuais experiência das e que são apresentadas no cotidiano dos serviços para serem atendidas. Em relação aos motivos de atendimento, a hipertensão arterial sistêmica também foi o motivo de consulta mais prevalente e a doença mais frequente, seguido da diabetes *mellitus* em um estudo que caracterizou a demanda em uma ESF (PIMENTEL *et al.*, 2011).

Estudos demonstram que doenças cardiovasculares são as principais causas de óbito e que a prevalência das mesmas vem aumentando ao longo dos anos, reflexo da mudança de hábitos de vida e da maior longevidade da população. Atualmente, espera-se que cerca de 30% da população adulta seja portadora de hipertensão arterial sistêmica e, até 2025, calcula-se que o número de portadores de diabetes *mellitus* passe para 300 milhões (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Como resposta ao desafio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o MS do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável com incentivo ao aleitamento materno ao lado do “Guia Alimentar para a População Brasileira”, no campo da atividade física elaborou o Programa Academia da Saúde e, focando na prevenção do uso do tabaco e álcool, têm atuado com a proibição da propaganda de cigarros, advertências sobre o risco de problemas nos maços do

produto e adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco de 2006. Além disso, o governo brasileiro lançou, em 2011, o Programa Brasil sem Miséria, que pretende reduzir a pobreza destacando ações para o enfrentamento de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Nesse contexto, também surgiu o controle de atendimento dessa população por meio de incentivo financeiro quando ocorre o atendimento de hipertensos e diabéticos dentro do semestre. Este indicador faz parte do Programa Previne Brasil regulamentado pela cuja meta de cálculo para proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre é de 50% da população cadastrada no território; meta igualmente adotada para a proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Talvez o alcance dessas metas possa em um futuro alterar as queixas relativas à DCNT no contexto da APS. Enquanto isso não ocorre, sabe-se que a qualidade de um serviço de saúde implica na ocorrência de várias circunstâncias e, quando existe uma satisfação com o trabalho realizado, os resultados positivos desse processo são ainda melhores.

Nesse contexto, apesar de um quantitativo pequeno de população observada durante esse período, a acolhida desses usuários permitiu a resolução de 14 demandas sem a necessidade de encaminhamento para outra categoria profissional. Apenas dez pacientes precisaram de atendimento no dia. Estes, apresentaram-se ao serviço com queixas clínicas e após avaliação do enfermeiro foram direcionados ao médico.

Convém argumentar que um paciente evadiu-se antes de ser acolhido pela equipe de enfermagem, talvez devido ao tempo de espera entre a disposição no sistema para atendimento e a efetivação da escuta; já que, em dias com insuficiência de recursos humanos, a espera pelo acolhimento com CR pode chegar a mais de uma hora.

Nesse pressuposto, entende-se que a equipe de AB deve oferecer atendimento humanizado a todos os usuários do seu território durante todo o horário de funcionamento da unidade, ainda que possam ter períodos de concentração do esforço conjunto da equipe, garantindo, assim, a acessibilidade e resolutividade.

Destarte, a problematização de uma temática que afeta diretamente a comunidade aliada à construção compartilhada do conhecimento e o compromisso de estabelecer um projeto que beneficie o diálogo e direitos democráticos dos pacientes são contextos importantes, fruto de ações que permitem a igualdade e universalidade da saúde, protagonizando espaço de modificação da realidade local (PORTELA *et al.* 2021).

Desse modo, os resultados dessa primeira fase foram sistematizados e estruturados a partir de constructos do CFIR, que permitem alcançar melhores resultados na avaliação de uma implementação (figura 12).

Figura 12-Síntese dos Domínios identificados na intervenção seguindo a lógica do CFIR.

Domínio	Estratégia de Intervenção	Avaliação de Implementação
Contexto Interno	Grupo Focal	Identificação com a organização e outros atributos pessoais.
Contexto Externo	Observação dinâmica	Ruídos na comunicação da contra-referência.
	Entrevista com gestor	Presença de incentivos com a promoção da reciclagem de conteúdo.
	Apoiador de saúde	Realiza apontamentos para melhorias do serviço.
Características Individuais	Dinâmica dos atendimentos aos usuários no local e Grupo Focal	Alta rotatividade de profissionais, déficit no dimensionamento de recursos humanos e conhecimento sobre as possibilidades de aumento das ofertas de serviços.

Fonte: Elaboração da autora deste estudo.

Considera-se que a organização do trabalho na AB é fundamental para que a equipe possa avançar tanto na integralidade da atenção, quanto na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. Como foco deste estudo, entende-se que a agenda dos profissionais é recurso-chave para ampliar o acesso aos usuários e, para tanto, necessita apenas ser organizada de modo a contribuir para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar.

Por isso, acredita-se que o fluxo apresentado na próxima seção dará mais interação entre a equipe local e, por conseguinte, diminuirá a incidência de ruídos na comunicação interprofissional. Uma vez que a participação dos trabalhadores na análise e decisão sobre os modos de acolher a demanda espontânea é fundamental para a sustentabilidade da proposta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No entanto, o impacto só poderá ser avaliado com o passar dos anos, bem como se houver interesse dos demais profissionais que venham a integrar a equipe e/ou até mesmo da gestão local em dar continuidade ao projeto implementado.

5.2 Instalação da estratégia de mudanças

Nesse item, buscou-se destacar a realização do Grupo Focal a fim de apresentar aos profissionais do setor os tipos de acolhimentos e quais tipos de ofertas seriam adequadas a cada demanda apresentada pelo usuário.

5.2.1 Processo de Reconhecimento da Classificação de Risco

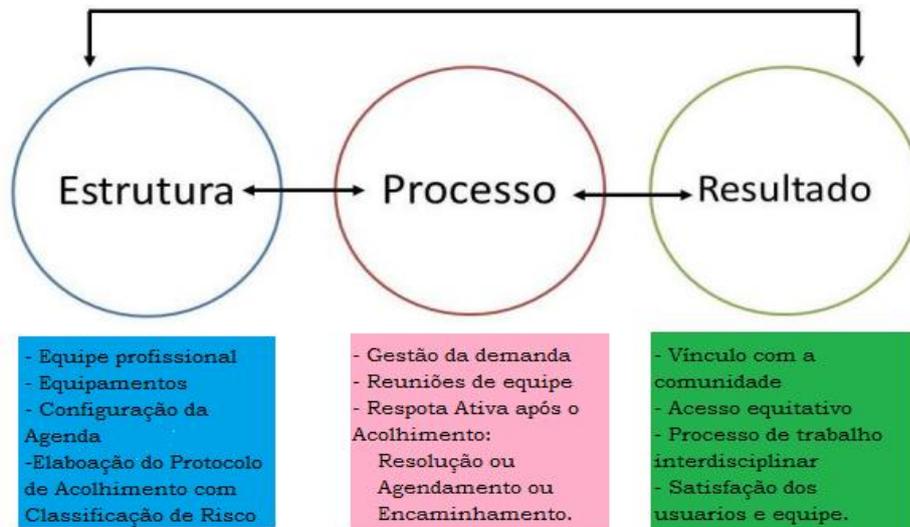
A adoção do acolhimento com Classificação de Risco contribuiu para a formulação de estratégias voltadas à promoção, prevenção e reabilitação. Por essa razão, durante a realização das oficinas de capacitações, entrevistas e grupo focal, buscou-se entender como aumentar a oferta de serviços e fazer com que os pacientes aderissem, por exemplo, à concepção dos grupos operativos.

Dessa maneira, além da sensibilização da equipe para que percebessem as mudanças como necessárias e positivas para o trabalho no local, buscava-se também a adoção dessa estratégia como já ocorre com o grupo operativo de planejamento familiar, cuja adesão é alta e conta com atendimento multidisciplinar.

Nesse sentido, diante dos diferentes contextos de implementação supracitados mediante análise com o uso do CFIR e desejando combinar duas ferramentas para contribuir na explicação dos resultados encontrados, optou-se pela criação do modelo lógico organizado sob forma de esquema visual e analisado com base na tríade de Donabedian (1988): estrutura, processo e resultados.

Para Samico *et al.* (2015), a criação de um modelo lógico permite avaliar a implementação do acolhimento ao dispor os pontos positivos e negativos da estratégia, além de compartilhar a compreensão das relações entre os recursos disponíveis para as ações programadas e as mudanças ou resultados esperados.

Figura 13 - Modelo lógico adaptado do proposto por Donabedian (1988).



Fonte: Elaboração da autora deste estudo.

Conforme observado na figura acima, o primeiro item considerado durante a trajetória de implementação correspondeu a **estrutura** do espaço estudado. Essa dimensão avalia as condições existentes para a execução da assistência à saúde e compreende os recursos humanos, materiais e físicos, as normas, as rotinas e as instalações (DONABEDIAN, 1988). Partindo dessas informações, buscou-se identificar de que modo os recursos humanos disponíveis poderiam aumentar as ofertas de cuidado, em especial se tratando das mudanças no processo de agendamento.

Percebeu-se então que o engajamento da equipe favoreceu o reconhecimento deste processo, sendo que uma das ACS'S focou sua participação na disponibilização de um bazar com roupas para as crianças em situações de vulnerabilidades como incentivo de trocas entre as usuárias ao tempo em que realiza busca ativa dos faltosos de vacina e puericultura. O técnico de enfermagem passou a realizar a escuta inicial dos pacientes, enquanto aguardavam o atendimento agendado, com a verificação de sinais vitais a fim de garantir até mesmo aos que estava programado o atendimento mais equitativo.

O gestor da unidade em conjunto à equipe do NASF, utilizava do espaço de espera dos usuários para realizar orientações pertinentes aos cuidados de saúde que visavam à promoção e prevenção de doenças. De acordo com a PNAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b), o NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das ESF's. Suas ações de saúde devem estar sustentadas em um tripé envolvendo o apoio matricial,

clínica ampliada e no projeto terapêutico singular (PTS), conforme Portaria nº154/MS de 24 de Janeiro de 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Outra estratégia utilizada partiu da enfermeira, que quando não estava em atendimento da demanda, também aproveitava o espaço de espera dos atendimentos médicos para captação oportuna da mulher em situação de atraso, para já solicitar os exames preventivos de colo de útero e de mama.

Para compartilhar as mudanças com a população de forma didática e facilitar a aproximação entre a comunidade e o serviço, o uso da sala de espera é indicado na literatura como uma estratégia potente realizada em serviços da AB para o desenvolvimento de ações orientadas ao acolhimento, prevenção de doenças, promoção e educação em saúde (SILVA *et al.*, 2020).

Tal atitude é considerada importante tendo em vista que a cobertura de coleta se manteve abaixo da meta, sendo o valor do indicador no último quadrimestre de 2022 de 13% contrapondo a mínima prevista de 28% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a). Ademais, o câncer de colo de útero é um importante problema de saúde pública a ser enfrentado, que pode ser identificado através do exame papanicolau cuja detecção precoce possibilita maiores chances de cura se oferecido o tratamento adequado e em tempo oportuno.

Outra ação considerada exitosa aconteceu quando o farmacêutico realizou grupo de triagem com os pacientes que compareciam para retirada de medicamentos. Na ocasião, a realização da glicemia capilar ao acaso identificou um paciente com provável diabetes que em seguida foi confirmada quando recebeu o resultado de glicemia e hemoglobina glicada solicitada pela enfermeira.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b), a glicemia casual dosada a qualquer hora do dia é uma ferramenta útil em situações de emergência e nas campanhas de rastreio. Glicemia maior que 200 mg/dL independente do horário chama atenção para o diagnóstico de diabetes. Recomenda-se, que nesse caso, a consulta de rastreamento para a população-alvo definida pelo serviço de saúde seja realizada pelo enfermeiro da UBS, encaminhando para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos. Afinal, se não controlada pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b).

Fica evidente que cada membro, dentro da sua capacidade técnica, passou a atuar de modo a qualificar a relação entre trabalhador e usuários por meio da organização institucional. Uma vez que os equipamentos necessários para a implementação da CR estavam disponíveis.

Nesse sentido, a sala escolhida para o acolhimento além da disposição de materiais permanentes (mesa, cadeira, computador, impressora, etc), dispunha de: Termômetro; Oxímetro de pulso; Glicosímetro; Esfigmomanômetro e estetoscópio; Balança antropométrica adulta e pediátrica; Fita Métrica; Luva de procedimento; Biombo. Enfim, os materiais devem atender as necessidades da assistência integral ao usuário estando disponíveis durante a acolhida.

A elaboração de um protocolo também se fez necessário para nortear a ação. Fato esse que corrobora com o estudo que recomenda o uso de escalas/protocolos que estratificam os riscos em níveis na avaliação do estado clínico dos usuários dos serviços de saúde, não somente no sistema de saúde brasileiro, como em diferentes países (GORANSSON *et al.*, 2005).

Por isso, o próximo passo foi definir quais critérios seriam utilizados para a estratificação de risco por cores. O Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a) até dispõe de listagem com alguns agravos e circunstâncias estruturados para ordenamento do cuidado, porém a fim de tornar realístico ao local estudado, optou-se por adaptar o protocolo de Manchester com a identificação das principais situações demandadas pelos usuários que já se apresentam ou que tendem a se apresentar no contexto estudado, ordenando a demanda espontânea em queixas aguda e não aguda.

AGUDA/ ALTA	
ATENDIMENTO IMEDIATO “VERMELHO” (Médico/Enfermeiro/ Equipe multidisciplinar)	Dor torácica de início súbito (< 1 hora) em pacientes hipertensos, diabéticos ou cardiopatas associada a: dispneia, dor abdominal, dor precordial, FC<60 ou >120bpm
	Crise convulsiva
	HGT ≤50mg/dl com sintomas
	Agitação, alucinações, delirium
	PA≥180/110 com ou sem sintomas

Possíveis condutas: Manutenção de vias aéreas; Oferta de O₂; outros.

AGUDA/ INTERMEDIÁRIA	
CONSULTA MÉDICA PRIORITÁRIA “AMARELO” (Médico)	Crise asmática leve
	HGT \geq 300mg/dl com sintomas ou \leq 50mg/dl sem sintomas
	Acidente com animal peçonhento com sinais e sintomas sistêmicos
	Febre persistente (+ de 48h), em crianças, com uso de antitérmicos
	Cefaléia com alteração de sinais vitais, vômitos, desmaio

Possíveis condutas: Atendimento do médico e medidas de conforto pela enfermagem.

AGUDA/ BAIXA	
AGENDAMENTO DE CONSULTA EM ATÉ 7 DIAS “VERDE” (Médico/Enfermeiro)	Dermatite crônica
	Dor aguda leve (1-3) sem sintomas associados e em pacientes sem história de coronariopatia ou embolia pulmonar
	Corrimentos vaginais/Queixas ginecológicas
	Constipação Intestinal aguda sem sinais de gravidade
	Renovação de medicamento de uso contínuo

Possíveis condutas: Atendimento do enfermeiro (verificar necessidade de interconsulta médica)

NÃO AGUDA	
AGENDAMENTO DE CONSULTA EM ATÉ 30 DIAS “AZUL” (Médico/Enfermeiro)	Renovação de receitas, requisição de exames
	Encaminhamentos, contrarreferências, atestados e laudos
	Histórico de cólica/ irregularidade menstrual
	Pacientes com condições de risco e vulnerabilidades sociais

Possíveis condutas: Agendamento de consulta médica/ enfermeiro ou agendamento de ação programática.

Durante a construção dessas situações que comumente apresentam-se ao setor, percebeu-se que na AB a ordenação da fila por tempo de espera poderia ser pouco eficaz na resolutividade do atendimento quando o mesmo não é identificado com a cor vermelha (atendimento emergente) e que diferente do protocolo Manchester que prevê o atendimento das demandas no mesmo dia da acolhida, no âmbito da AB isto poderia gerar uma sobrecarga em geral ao profissional médico, uma vez que a população da área de abrangência apresenta dificuldade em procurar a unidade para ações programadas.

A partir dessas constatações, estipulou-se as possíveis respostas ativas a serem adotadas após a CR da demanda, criando-se as seguintes decisões:

- **Vermelho (atendimento emergencial):** Atendimento imediato;
- **Amarelo (atendimento emergente):** Atendimento no dia e/ou imediato;
- **Verde (Atendimento eletivo prioritário):** Agendamento de consulta em até 7 dias; e
- **Azul (atendimento eletivo):** Agendamento de consulta não superior a 30 dias.

Conforme pode-se perceber, duas situações requerem atendimento no dia. Dessa maneira, a identificação dos usuários por cores, se dá tão somente por meio do PEC. De modo que os profissionais que se encontram em atendimento consigam identificar, por meio do sistema, a existência de usuários que necessitem de atendimento no dia, excetuando-se os classificados em cor vermelha (assistência imediata), que precisarão ser intercalados com os de atendimentos programados.

Acredita-se que na AB, a aquisição de pulseiras e/ou adesivos coloridos para identificação dos usuários acolhidos em demandas espontâneas é desnecessária. No entanto, se faz necessário a orientação da existência da CR no setor de espera para diminuir conflitos com usuários que têm atendimento programado.

Destaca-se ainda que sejam inúmeras as situações que podem se apresentar durante o acolhimento com CR. Porém, nem todas irão requerer atendimento médico, uma vez que o enfermeiro tem autonomia para resolver determinadas situações durante a consulta de enfermagem.

Além disso, o Protocolo de Manchester classifica os doentes por cores após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente. Por isso, para adoção dessa estratégia na ESF realizaram-se

adaptações que visam à inclusão das situações de vulnerabilidades sociais e de risco, além de outras questões importantes para a efetividade do seu uso (Tabela 2).

Tabela 2 - Adaptações do Protocolo de Manchester para uso na ESF.

	PRIORIDADE	COR	TEMPO MANCH	TEMPO ESF
1	Emergente	Vermelho	0 minutos	0 minutos
2	Urgente	Amarelo	60 minutos	Intercalado DP*
3	Pouco Urgente	Verde	120 minutos	RA** até 7 dias
4	Não Urgente	Azul	240 minutos	RA** até 30 dias

Fonte: Elaboração da autora deste estudo.

* DP: Demanda Programada. Em geral os atendimentos médicos são a cada 20 minutos.

** RA: Resposta Ativa.

Os ajustes são previstos e realizados constantemente diante do surgimento de outras demandas do local. Condições, tais como: idosos, pessoas com deficiência ou em situações de vulnerabilidades sociais, gestantes, e pacientes que retornam em menos de 24h sem melhora mereceram atenção especial da equipe da CR e, dentro do possível, a sua avaliação foi priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardavam por atendimento.

Acredita-se que tal formulação norteia os profissionais de saúde quanto à utilização de critérios de risco para organizar a agenda, sendo possível priorizar o atendimento de pessoas com maiores necessidades. Além disso, para efetividade da CR, foram destinadas três vagas para atendimentos de demandas classificadas como necessárias para o dia ou em outro momento para aqueles que apesar de não se apresentarem com condições de agravamento requerem atendimento.

Isto corrobora com um estudo que identificou a agenda dos profissionais como sendo dedicada, a maior parte do tempo, para a demanda espontânea apontando para necessidade de se adotar medidas no processo de trabalho que possam contribuir para a melhor organização das agendas em saúde (COSTA *et al.*, 2013). Por isso, visando à potencialidade do agendamento, definiu-se neste estudo também a atuação em equipe multiprofissional com o compartilhamento de condutas de forma segura e para tanto, em casos julgados necessários, também o estabelecimento de uma parceria entre o médico e o enfermeiro, através da supervisão clínica, discussão de caso e interconsulta.

Segundo Silveira (2011), a interconsulta se originou a partir de 1980 com a Reforma Psiquiátrica, sendo desenvolvida no interior dos hospitais gerais, preferencialmente destinada à discussão de casos para decidir intervenções entre profissionais de saúde mental. Sua efetividade tem sido comprovada por meio de pesquisas, sendo que em um estudo realizado no Paraná, o poder de resolutividade utilizando essa ferramenta atingiu 56% dos casos, resultado que, apesar de ser positivo, diverge ainda do ideal (MELO *et al.*, 2016).

A partir das etapas de planejamento iniciais, o quantitativo de vagas reservadas para atendimento das demandas foi definido a fim de não gerar espaços perdidos na agenda, sendo trabalhado no setor de espera dos usuários que, em algumas situações, apesar de estarem com o atendimento marcado, têm atrasos, de forma que os pacientes classificados como urgentes fossem atendidos antecipadamente.

Ainda sobre o processo de otimização dos espaços da agenda, uma das rotinas adotadas no setor encontra-se na análise dos resultados de exames laboratoriais solicitados pela ESF, antes da sua retirada pelo usuário. No entanto, tal atitude tem gerado desconforto entre o profissional médico e o enfermeiro, que entendem essa classificação como sendo um espaço de subutilização dos profissionais que a executa. Contrapondo a isto, o Parecer COREN-SP nº 007/2014 aponta ser relevante a análise dos resultados, antes do seu arquivamento, para identificação de alterações e priorização do atendimento ao usuário, ainda que inicialmente tal circunstância seja detectada a partir do valor constante nos parâmetros de referência do exame.

De certo, observou-se que a pré-triagem facilita a abertura de espaços nas agendas médicas que posteriormente poderão ser ocupadas por demandas agudas na medida em que exames sem alterações e/ou solicitados sem queixa ou investigação em curso (os culturalmente chamados exames de “rotina anual”) podem ser atendidos sem a necessidade de agendamento médico, uma vez que já houve uma pré-análise pela equipe multidisciplinar ou até mesmo pelo solicitante.

Diante dessa situação e para garantir a autonomia do enfermeiro, o município durante o andamento da pesquisa encontrava-se trabalhando em prol da normatização de protocolos assistenciais para serem norteadores das ações da enfermagem. Quando efetivado, os enfermeiros terão respaldo municipal para solicitação de exames e prescrição de medicamentos durante a consulta de enfermagem na AB.

A prescrição de medicamentos pode ser vista como uma dessas inovações da profissão e vem sendo implementada desde o início da década de 1990 em vários países e

contextos, especialmente naqueles com um sistema de saúde e de enfermagem em APS bem estabelecidos, com práticas e funções avançadas bem definidas para os enfermeiros (FERREIRA *et al.*, 2018).

A PNAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b) estabelece que “cabe ao enfermeiro realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde”.

Contrapondo o exposto acima, Giordani *et al* (2020), constatou em seus resultados que durante a ação profissional de escuta qualificada, atenção e comoção com o usuário, poucos deles mencionaram, a classificação de risco e a análise da vulnerabilidade como etapas inerentes ao processo de acolher. De fato, observou-se durante o desenvolvimento desta pesquisa que alguns profissionais não compreendem a CR como inerente do setor de APS e inclusive quando questionados sobre a importância de manter o carinho de emergência equipado com as medicações minimamente exigidas, há quem diga que a UBS se tornará UPA.

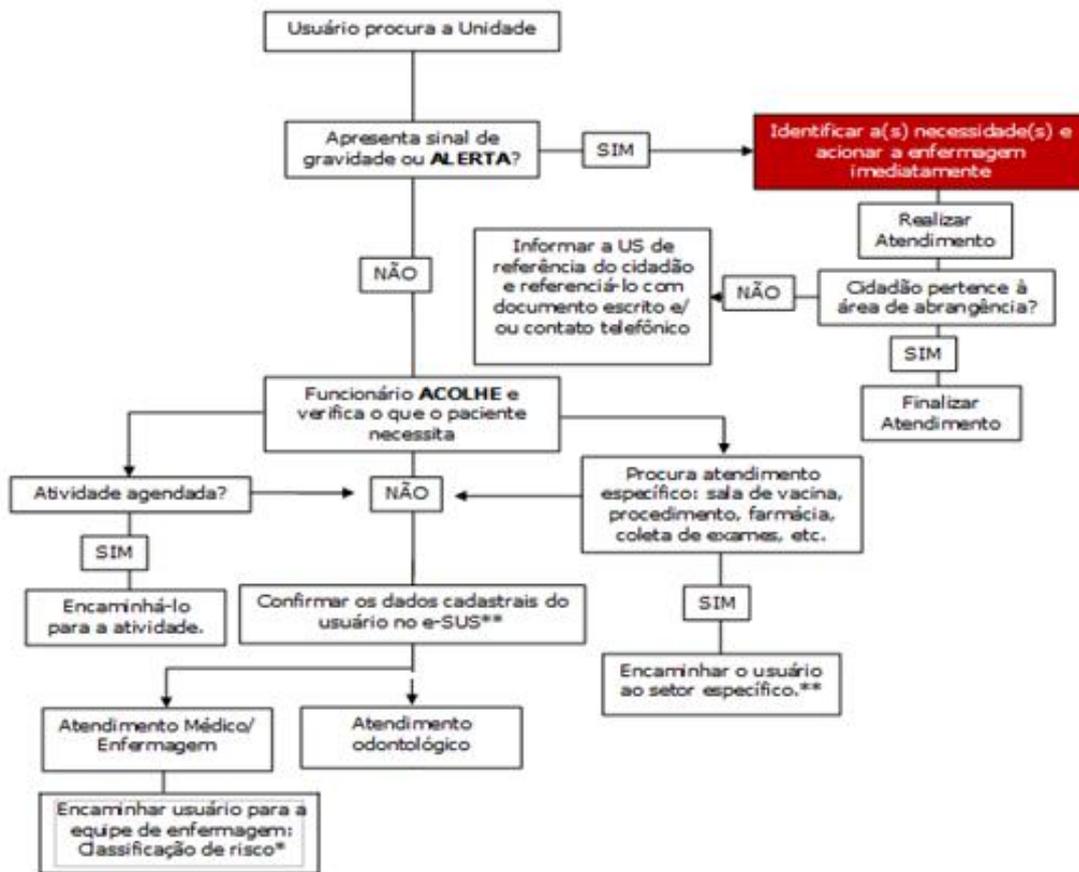
Tal circunstância revela-se que ainda há que se trabalhar sobre a temática no âmbito da AB, pois a falta de conhecimento sobre o assunto pode levar a estes tipos de conclusões e distanciar o que de fato ocorre com o uso deste tipo de dispositivo. Além disso, é importante refletirmos sobre as condições de trabalho ofertadas aos profissionais de saúde, não apenas nos aspectos da remuneração, como também na disponibilidade de espaços adequados para o acolhimento dos usuários e em condições de atender às demandas do trabalho em saúde na APS (FELIX *et al.*, 2022).

Findando-se esse componente, elaborou-se um novo fluxograma de usuários com vista à melhoria no acolhimento e agendamento (Figura. 14), proporcionando uma melhor qualidade de comunicação com serviços externos ao reforçar a importância do encaminhamento responsável preconizado pelo MS; também definiu-se o protocolo de acolhimento a ser seguido pela equipe, com algumas ressalvas destacadas:

- Consulta de retorno para atendimento a grupos específicos (crianças com faixa etária até 1 ano, gestantes, entre outros) já classificados, na ausência de queixa, deveriam ter sua consulta agendada sem a necessidade de atendimento pela equipe de enfermagem.
- Consulta de retorno para avaliação de exames já classificados pelo enfermeiro, certificar se o/a paciente aguarda outros resultados e quem foi médico solicitante. Se o médico solicitante

for da Unidade, agendar consulta sem necessidade de encaminhar para equipe de enfermagem.

Figura 14 - Fluxo do usuário com utilização da Classificação de Risco na UBS.



Fonte: adaptação do proposto pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013a).

Somado às ressalvas supracitadas, decidiu-se também que todos os setores cujo atendimento é realizado por meio do registro de PEC, antes do encaminhamento do usuário, deveriam atualizar os dados cadastrais e vinculá-los à equipe. Após o acolhimento da demanda, os pacientes seriam direcionados de acordo com a avaliação do enfermeiro para: atendimento no dia, atendimento programado o mais breve possível, ou manter o agendamento.

E se nesse processo houvesse evasão do usuário classificado ou que não tenha aguardado a classificação de enfermagem, dever-se-ia proceder à anotação em livro de ocorrência da unidade e solicitar que outro profissional assine conjuntamente, testemunhando o caso.

Assim, na figura 14, é possível verificar que o usuário que chega à UBS com uma atividade agendada (consulta, grupos), já é diretamente encaminhado ao setor requerido. O mesmo ocorre caso necessite de um atendimento de rotina da unidade, como, por exemplo, vacina, procedimentos ou nebulização. As orientações aos usuários, nestes casos, são fornecidas na recepção da unidade, sem requisitar a escuta inicial.

Para os usuários em que se faz necessária a escuta inicial, é realizado o acolhimento das demandas e uma avaliação de risco ou vulnerabilidade, para definição da oferta mais condizente com suas queixas.

“O paciente chega na recepção e encaminhamos pro enfermeiro ou auxiliar de enfermagem”.(INF #1)

“O acolhimento dos usuários ocorre na recepção da unidade de acordo com o que o paciente verbaliza”. (INF# 2)

“O acolhimento na UBS se inicia a partir da recepção que faz uma filtragem para entender melhor a necessidade do paciente para encaminhá-lo ao serviço correto e quando é uma demanda espontânea encaminha-se para o enfermeiro para uma triagem e melhor entendimento técnico”. (INF# 3)

Sabendo que o ato de acolher é comum a todos os profissionais que atuam no serviço; por isso, definiu-se que a equipe apta a realizar a escuta inicial poderia ser composta de diferentes categorias profissionais, inclusive em alguns casos contar também com a participação de ACS, desde que tenham suporte do enfermeiro.

A respeito disso, apesar do trabalho do ACS ser primordialmente na comunidade, este profissional tem estado cada vez mais presente no desenvolvimento de atividades internas à unidade, fato que se confunde com atividades administrativas, como recepção e dispensação de medicamentos. Isto contraria o decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, ao determinar que o ACS deve exercer suas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade sob supervisão do enfermeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Quando se fala em acolhimento, a legislação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), que fixa diretrizes para o exercício das atividades do ACS, possibilitou uma revisão qualitativa de suas ações, evidenciando os eixos estruturantes da sua prática profissional. Essa revisão de competências já era esperada tendo em vista que a PNAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b) permite ao profissional desenvolver outras atividades no interior da UBS, desde que estejam vinculadas às suas atribuições específicas, sem caracterizar desvio de função. Nesse contexto, considera-se ao disposto nos artigos “II” e “III”:

II - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Atribuição comum a todos os profissionais, inclusive o ACS, que poderá estar na unidade, por meio de uma escala, para acolher o paciente e atendê-lo nas suas necessidades. Além disso, ele pode atuar em atividade educativa, ajudando nos agendamentos dos pacientes que participaram da ação (HiperDia, puericultura, planejamento familiar, dentre outros).

III - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; O ACS poderá desenvolver ações de orientação e educação em saúde para a população que procurar a unidade de saúde, independente do local que ele esteja na unidade (recepção ou outro setor), com o objetivo de integrar o usuário à equipe de saúde.

Desse modo, o ACS, ao contribuir no acolhimento dentro da unidade pela intervenção para prevenção de agravos e pelo monitoramento de grupos ou problemas específicos, permite a conexão entre a comunidade e a equipe de saúde, sendo corresponsável pela organização dos processos de trabalho, o que pode proporcionar o atendimento qualificado em tempo oportuno.

No entanto, a equipe local do serviço estudado optou por ter o enfermeiro à frente da escuta inicial nos momentos de maior procura por atendimento na unidade (início dos turnos). Frisa-se que, em relação ao atendimento odontológico, manteve-se sem alterações, diferente das mudanças de outras funções pactuadas pela equipe. De modo que o paciente com queixa de dor dentária é informado sobre os dias de atendimento do dentista para avaliação técnica em demanda espontânea. Este procedimento encontra-se em consonância ao disposto na Política Nacional de Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b); a qual diz que a equipe odontológica deve garantir o atendimento universal, incluindo consultas programáticas e/ou de urgências/emergências a todas as faixas etárias, assim como as ações de prevenção e promoção da Saúde Bucal.

Em suma, percebe-se que a ampliação do escopo de práticas dos profissionais que atuam na APS pode ser o caminho para aprimorar a resolutividade do SUS, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde com universalidade, equidade e integralidade e reduzir as internações sensíveis à Atenção Básica.

De modo que a avaliação realizada no item estrutura permitiu identificar que, o número de equipe de saúde da família por habitante, a localização da unidade no território e a disponibilidade de medicamento detêm maior impacto para a qualidade do serviço.

A prática da ESF segue o modelo de territorialização, no qual delimita-se o critério de adscrição para o cadastro da população de determinada área por uma equipe de saúde. O número de equipes por habitante impacta diretamente no desenvolvimento do processo de trabalho e na efetividade do serviço, sendo constatado no presente estudo, de forma que avançasse para o acréscimo de mais uma equipe na medida em que ocorre o aumento de indivíduos cadastrados.

Seguindo a análise do modelo lógico, o próximo item diz respeito ao **processo** que, segundo Donabedian (1988), concerne às atividades ofertadas pelos serviços de saúde no desenvolvimento da assistência, abrangendo procedimentos, técnicas, aspectos éticos e relação terapêutica.

Nele, o primeiro componente considerado aqui foi a gestão da agenda. E nesse contexto, conforme pode ser observado pelos relatos dos informantes-chaves, aqui representados pela sigla “INF”, o agendamento de consultas é realizado por demanda programada ou espontânea, ou em visitas domiciliares bem como diretamente no setor de recepção, durante todo o período de funcionamento da UBS.

“O agendamento ocorre tanto na recepção, como nas visitas domiciliares”. (INF# 1)

“O agendamento pode ser solicitado pelo próprio paciente ou identificação do agente comunitário de saúde durante a Visita Domiciliar”. (INF# 2)

“O agendamento de consultas são realizados na própria UBS, por telefone fixo, aplicativo de mensagens WhatsApp e através da ACS.”(INF# 3)

Durante este processo, são vários os profissionais que se encontram diretamente envolvidos no agendamento de consultas.

“Participo do agendamento na escuta individualizada identificando a real necessidade do paciente, se ele precisa de uma orientação ou de consulta. (INF# 1)

“Eu participo quando estou na recepção ou nas casas dos usuários ou pelo telefone”. (INF#2)

“Participo do agendamento na formulação do dashboard para apresentação posterior a equipe na UBS e também junto com uma comissão municipal e federal do MS para estabelecer protocolos para contribuição de metas solicitados pelo MS dos indicadores e com característica de uma realidade de zona rural, com fluxograma e melhoria no sistema PEC para agendamento. (INF#3)

É interessante ressaltar que estudos comprovam que a construção da agenda de 88,4% dos profissionais é realizada com a participação de outros profissionais da equipe saúde da família, sendo os ACS's os grandes colaboradores (COSTA *et al.*, 2013). Nesse estudo, em alguns pontos, os profissionais estão satisfeitos com a maneira com o sistema de agendamento atual.

“O fato de podermos agendar no domicílio”. (INF#1, PS#2)

“A prevenção e promoção à saúde”. (INF#2)

“As diversas vias que o usuário pode utilizar para realizar o agendamento”. (INF#3)

“A organização”. (PS#1, PS# 3)

Sendo que apenas um entrevistado relatou que a existências de várias pessoas nesse processo dificulta a organização do agendamento.

“Vários profissionais realizam o agendamento, o que pode ocasionar erros durante a marcação”. (INF#3)

Dessa forma, todos os momentos foram articulados de forma a favorecer esse processo que se ampliava com oferta de atendimento e observando-se a diminuição do encaminhamento para outros setores, mesmo quando havia ausência do profissional médico e/ou quando os recursos humanos eram escassos.

Isso porque a organização adotada pelo setor supriu a necessidade demandada pelo usuário ao estabelecer comunicação intersetoriais que, por vezes, eram mediadas entre gestores e apoiadores de saúde. Para Vieira e Gazzinelli (2017), as respostas às demandas dos usuários têm melhorado com a crescente iniciativa do MS em informatizar o sistema, facilitar a comunicação entre e nas equipes, e aperfeiçoar o fluxo, o apoio matricial, a educação permanente e a telessaúde. A implantação dessas medidas tem contribuído para a atenção à Saúde dos usuários, mas ressalta a importância de melhorar comunicação e diálogo entre as

equipes nos distintos níveis de cuidado, pactuação dos critérios de fluxo com outros serviços e construção coletiva de protocolos clínicos.

As adequações que viessem a ser executadas em seu espaço já se encontravam preestabelecidas, tendo em vista que o local poderia passar por um período de ausência médica por necessidades de afastamentos em geral (férias, atestados, vencimento de contrato, entre outros) e que a provável presença de outro profissional dessa categoria sem a vinculação a ESF causaria deslocamento de pacientes para atendimentos em outros locais.

Importante apontar que, em casos de ausência programada do profissional ao serviço, deve a gerência da unidade em conjunto com responsáveis gerencial superiores garantir a programação de substituição ou cobertura do serviço por outros profissionais, garantindo assim a assistência de enfermagem à população e a supervisão dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2018).

Pois, diferente do setor ou de situações que requer atendimento de urgência e emergência, a CR quando adotada pelo setor da AB, apesar de ordenar a prioridade no atendimento da demanda espontânea, dispensa-se da obrigatoriedade da avaliação por um médico nos casos em que pode haver atendimento por meio de agendamentos ou resolvidos durante o acolhimento.

Assim, entende-se que a ausência temporária do enfermeiro não deve atrapalhar o funcionamento da unidade na sua prestação de serviços à população e nem pode deixar os profissionais de enfermagem sem supervisão, direta ou indireta, colocando estes em possível risco profissional por ausência de amparo técnico e legal para seu exercício, possibilitando que incorram eventos de imperícia, negligência, imprudência ou omissão (COFEN, 2018).

Por isso, o contexto supracitado de nosso serviço, mostrou-se como um facilitador do processo de implementação, uma vez que os profissionais envolveram-se diretamente com a intervenção. A reserva da agenda de algumas vagas para atendimento à demanda espontânea, por sua vez, também favoreceu para um trabalho sem sobrecarga, incluindo a discussões de casos em especial de pacientes em situações restrita ao domicílio; sendo que, raras vezes, esses profissionais permaneceram sem pacientes e utilizados para serviços administrativos

E tudo isso só foi possível devido às reuniões sistemáticas. Através delas, foi possível realizar a avaliação sobre o que estava de fato funcionando e o que precisava sofrer alterações. Além disso, aproveitava-se estes espaços para a discussão de situações de vulnerabilidades e riscos identificados durante a assistência de forma a promover a priorização de atendimento.

No entanto, o fechamento dos serviços de APS por determinado período para a realização de reuniões das equipes, preconizado como essencial pelas diretrizes nacionais para o trabalho na APS, contribui para a insatisfação dos usuários com relação ao seu horário de funcionamento (CANTALINO *et al.*, 2021).

Apesar disso, considera-se que o planejamento utilizado como instrumento cotidiano para organização das ações (PAIM, 2003) é essencial para atender ao conceito ampliado de saúde, como previsto no artigo nº196 da Constituição Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016c), além de favorecer a melhoria das condições de vida e saúde da população. Reuniões promovem a integralidade das ações de saúde e contribuem para a organização do serviço e um melhor conhecimento das necessidades da população adscrita (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2017b).

Diante desse cenário, as estratégias sugeridas pelos profissionais para melhorar o processo de acolhimento e agendamento, encontram-se descritas a seguir:

“Contratar mais funcionários”. (Resposta comumente falada por todos os participantes)

“Se eu pudesse fazer algo para modificar a forma de agendamento, melhoraria a escuta ativa e qualificada e faria controle da agenda mensal”. (INF#1)

“Distribuiria senhas para atendimento através de painel eletrônico para o profissional não ficar chamando mais de uma vez o paciente que muitas vezes o paciente sai da unidade de saúde para ir fumar, achando que o atendimento demorará. E acrescentaria um auxiliar de enfermagem ou enfermeiro na UBS. E ampliação de oferta dos serviços de psicóloga e assistente social na UBS”. (INF#3)

“A abordagem do usuário precisa ser adequada à situação exposta.” (PS#2)

“Seria interessante trabalhar o preventivo a fim de não sobrecarregar as agendas e os profissionais com demandas agudas”. (PS#3)

5.3 Implementação inicial da Classificação de Risco

Para qualificar a relação trabalhador/usuários, é preciso percorrer um processo organizacional com estabelecimento e/ou definição dos papéis de cada membro da equipe assim como reconhecer na demanda apresentada pelo usuário, suas necessidades e que tipo de resposta ativa pode ser ofertado ao usuário/comunidade.

No tocante a isso, têm-se os **resultados** apresentados no modelo-lógico, cujo componente refere-se ao impacto da interação entre o serviço de saúde e os usuários e o efeito dessa interação na saúde da população (DONABEDIAN, 1988).

Nesse momento, o vínculo constituiu variável determinante para a satisfação dos usuários, já apontado na avaliação dos profissionais sobre o processo de trabalho. O conceito no cuidado em saúde, mesmo que por vezes massificado por um projeto ético-estético-político nunca acabado, precisa colocar a centralidade das práticas de cuidado nas demandas e necessidades em saúde das vidas através das escolhas de cada usuário, considerando aquelas significativas para ele, sempre evitando-se juízo moral ou pela criminalização dos desejos e escolhas do outro (SEIXAS *et al.*, 2019).

Para os usuários, o vínculo gera maior aceitabilidade das práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, pois a intimidade que estreita as relações e o conforto durante o atendimento propiciam a consolidação da relação terapêutica e a legitimidade do plano de cuidados (FERREIRA *et al.*, 2021)

No entanto, observa-se que um cuidado resolutivo, apesar de depender às vezes de outros setores para o seu alcance, é o que favorece o acesso universal ao sistema de saúde, pois a partir da criação de vínculo com o usuário com a escuta qualificada ocorre a redução do tempo de marcação de consulta estabelecendo a equidade.

O foco na qualidade assistencial prestada ao usuário fez com que a proposta se tornasse vantajosa, na medida em que para a sua execução não houve necessidade de altos custos com investimentos. No entanto, esses custos, quando voltados aos cuidados prestados ao usuário, por serem imensuráveis, tornaram-se uma barreira ao não se ter exatidão de todo material utilizado no processo.

Quando não havia médico no plantão, o atendimento elencado nas cores vermelha eram direcionados ao setor de emergência do município, por meio da solicitação de ambulância. Segundo o parecer do COFEN nº 01 de 2023, a ausência de médico para atendimento nos serviços não é de responsabilidade da enfermagem, mas sim da instituição de saúde; e constitui uma situação extremamente grave, podendo implicar em risco de morte de pacientes. Assim, o profissional deve denunciar o fato aos órgãos competentes para que se tomem as devidas providências.

Outro ponto que convém argumentar refere-se ao pontuado pelo Conselho Nacional de Saúde ao qual afirma que “os fatores de risco consistem em condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais que estão associados, estatisticamente, as maiores

probabilidades futuras de mortalidade ou morbidade” (MENDES, 2012). Nessa perspectiva, ainda que não haja queixa, a recepção do de nosso serviço foi orientada a encaminhar para atendimento com a equipe de enfermagem, todos os pacientes estratificados em reunião de equipe em condição de vulnerabilidade. A atualização anual desses fatores deve ocorrer sempre que houver uma mudança significativa da situação familiar, pois permite reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Quanto à identificação das desvantagens do processo de Acolhimento e do Agendamento diante da análise da implementação, observou-se que a mesma só se torna efetiva se houver um quantitativo de profissionais suficientes para a sua execução, pois em dias que o enfermeiro encontra-se ausente do setor de trabalho (atestado, cursos, etc.) esta atividade é interrompida por não haver profissional habilitado para CR e conturba o fluxo de usuários local.

Um exemplo observado durante este estudo deu-se com o caso de uma gestante que apresentava infecção de urina de repetição e seu antibiograma mostrou sensibilidade há alguns antibióticos. Neste caso, ainda que houvesse atendimento médico de modo oportuno não foi possível obter a resolutividade, pois a medicação à qual a paciente precisava fazer uso não integrava a listagem de medicamentos municipais e, portanto, para sua aquisição a paciente precisaria custeá-la.

A proximidade do serviço, atenção à demanda espontânea, escuta e o respeito dos profissionais às singularidades do paciente, assim como a resolutividade dos serviços, sem necessidade de encaminhamentos para outros e a boa infraestrutura, estiveram relacionados com a satisfação dos usuários (CANTALINO *et al.*, 2021). De maneira sintetizada, estruturaram-se as análises realizadas nessa etapa por meio das barreiras e facilidades encontradas nesse trajeto (Quadro 9).

Quadro 9 - Síntese de barreiras e facilitadores do processo de intervenção.

Domínio	Barreiras	Facilidades
Contexto Interno	Transporte público Saneamento básico ausente Exigências Federais Agendamento fragmentado	Estrutura física Trabalho em equipe Canais de comunicação Disposição medicamentosa
Contexto Externo	Compreensão quanto as Rede de Referências e contra referências	Apoio da gestão Gestor local Ouvidoria <i>Continua ...</i>

Características Individuais	Cobranças Externas Recursos humanos Demanda excessiva Centralidade médico	<i>Continuação...</i> Participação ativa dos funcionários.
Reconhecimento da Classificação de Risco	Rotatividade de profissionais	Acolhimento, agendamento de consultas, vínculo com a equipe, tempo de espera para o atendimento e adesão às atividades de educação em saúde.

Fonte: Elaboração da autora deste estudo.

Pode-se inferir também que o desejo do paciente deve ser respeitado. Nem todos querem expor sua situação no ato do acolhimento ou querem ser atendidos por profissionais de enfermagem e por isso alguns agendamentos continuam a ocorrer no setor da recepção. No entanto, as conversas na sala de espera da Unidade tendem a conscientizar a importância do acolhimento e seu poder resolutivo a depender da situação apresentada tornando favorável a escuta qualificada.

Além disso, apesar de ser um projeto que ocorreu em apenas uma das 13 UBS's, percebeu-se que quanto mais tempo utilizando estratégias maiores eram o amadurecimento quanto ao uso da técnica com a conquista de novas experiências. Notou-se também que a implementação da CR atrelada à organização assistencial apresentou-se como facilitador da ação por envolver todos os profissionais nesse processo que ocorre desde o setor de recepção até a execução da escuta qualificada assistencial.

Destarte, percebe-se que a implantação do acolhimento com CR depende de entendê-lo concomitantemente como postura dos profissionais e como técnica participativa do processo (STARFIELD, 2004). Por isso, escutar as queixas físicas e encaminhar para a consulta com o profissional técnico é importante e deve fazer parte de todo o processo de acolhimento.

5.4 Implementação completa da Classificação de Risco (no período deste estudo)

Nesta fase do estudo/intervenção, considera-se importante a identificação das variáveis que se fizeram presentes durante e após a completude da implementação. Dentre os quais destacam-se: atendimento à demanda espontânea, resposta ativa e tempo de espera ao

chegar e para entrar efetivamente no atendimento/consulta; local de realização do agendamento, turnos e dias da semana.

5.4.1 Variáveis do processo de acolhimento e agendamento

O emprego do acolhimento, nas UBS's, corresponde ao uso de uma tecnologia capaz de contribuir com a resignificação do modelo de atenção, fundado na análise da determinação social e não somente nos agravos biológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Nesse contexto, a qualidade da assistência ofertada com uso desta tecnologia foi analisada através de algumas variáveis que se fizeram presentes durante o processo de agendamento e acolhimento. Por tanto, na análise do eixo de acesso ao acolhimento foram considerados as variáveis: atendimento à demanda espontânea, resposta ativa e tempo de espera ao chegar e para a consulta.

Neste eixo, os registros da pesquisa demonstram que o acolhimento com CR ocorre durante todo o funcionamento da unidade, sem restrições quanto a horário, exceto quando o local se encontra fechado para atividades administrativas (ex: reunião mensal e/ou de equipe). Geralmente, após a CR, o usuário sairá do atendimento ou com a data de agendamento que se faz com hora marcada ou direcionada para atendimento médico no dia.

Quando o setor dispõe de recurso humano suficiente (médico, enfermeiro e auxiliar) e espaço reservado na agenda do enfermeiro para acolhimento à demanda espontânea, o tempo de espera do usuário desde sua chegada na unidade até o momento do primeiro acolhimento é inferior a 10 minutos. Acrescentando o tempo entre a liberação do acolhimento e a efetivação da consulta médica no dia demandado, o usuário permanecerá em torno de 45 minutos para finalização do processo recepção-escuta-atendimento médico.

Um protocolo de CR adotado no estado da Bahia (SESAB, 2014), utiliza uma ficha de anamnese para dar celeridade ao processo com o objetivo de classificar o usuário em até três minutos. No entanto, para este estudo, buscou-se utilizar os campos já disponíveis na ficha de escuta inicial disposta no PEC, uma vez que a mesma permite coletar informações subjetivas, medições objetivas e classificar o risco/vulnerabilidade, de acordo com a avaliação do risco biológico e da vulnerabilidade subjetivo-social do indivíduo (Figura 15).

Figura 15 - Ferramentas para realizar escuta Inicial por meio do PEC.

The image shows a screenshot of a medical software interface for initial listening (Escuta Inicial) via PEC. The interface is divided into a sidebar on the left and a main content area. The sidebar contains three buttons: 'FOLHA DE ROSTO', 'ESCUTA INICIAL', and 'DADOS CADASTRAIS'. A large red arrow points to the 'ESCUTA INICIAL' button. The main content area is titled 'Motivo da consulta (CIAP2)' and has a dropdown menu set to 'CONTRACEPÇÃO/OUTROS'. Below this is a text area for 'Motivo da consulta (Descrição)' containing the text 'Paciente deseja iniciar método anticoncepcional.'. Below the text area is a section for 'Antropometria' with input fields for 'Perímetro cefálico' (cm), 'Peso' (60 kg), and 'Altura' (165 cm), and a calculated 'IMC' of 22,04. Below this is a section for 'Sinais Vitais' with input fields for 'Pressão arterial' (120 / 80 mmHg), 'Frequência respiratória' (rpm), 'Frequência cardíaca' (bpm), 'Temperatura' (°C), and 'Saturação de O₂' (%). Below this is a section for 'Glicemia' with input fields for 'Glicemia capilar' (mg/dl) and 'Momento da coleta' (dropdown menu).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a.

Comparando estas informações com as recomendações da CR, observa-se que na ESF, por não ser um espaço com atendimento de modo ininterrupto (24 horas), as adequações aqui adotadas se fizerem necessárias no âmbito do acesso ao atendimento oportuno. Reforça-se que é necessário socializar e discutir com a população a importância do atendimento programado e das medidas de promoção da saúde e prevenção de agravamentos para que não haja superlotação do serviço com demandas de causas controláveis pela adesão ao tratamento proposto, por exemplo, a diabetes.

Seguindo a análise das variáveis, no item agendamento, considerou-se: local de realização do agendamento, turnos e dias da semana. Desse modo, obteve-se que os agendamentos de consultas são realizados presencialmente na unidade, dentro dos domicílios durante a visita domiciliar do ACS, via aplicativo de interatividade ou por teleconsulta. Quanto aos horários e dias de agendamento, no local estudado, limita-se ao funcionamento habitual da unidade. Fato que não impede a resolutividade da demanda.

Destarte, as agendas passaram a ter maior flexibilidade de acolhimento à demanda espontânea favorecendo maior celeridade de atendimento por aqueles que necessitam de consulta médica no dia. Infelizmente, em algumas circunstâncias, os profissionais que atuavam no setor de recepção deixavam de atualizar os dados cadastrais conforme recomendação do fluxograma adotado após a implementação tornando às vezes dificultosa a busca ativa de alguns usuários pós atendimento.

A instituição acolheu como favorável a estratégia da interconsulta profissional que por vezes conseguiu resolver algumas demandas sem sobrecarregar o profissional que realizava o acolhimento com classificação de risco. Além disso, o reconhecimento dos diversos tipos de ofertas disponíveis no local, possibilitou a aproximação do usuário com o profissional, sendo que por vezes o uso da teleconsulta era utilizada como canal de orientações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da Classificação de Risco mostrou-se satisfatória desde que haja adaptação quanto à metodologia proposta pelo Ministério da Saúde com subsídio de protocolos que ofereçam critérios válidos e baseados em evidências científicas, para apoiara decisão, junto do olhar clínico e da subjetividade do profissional. Além disso, devido à baixa discussão do dispositivo no âmbito da APS, se faz necessário promover debates na equipe sobre o conceito de risco e a própria classificação de risco/ vulnerabilidade social.

No processo de avaliação e análise da implementação, o uso de métodos de pesquisa da ciência da implementação e do modelo analítico proposto pelo CFIR possibilitou examinar em detalhes o processo de planejamento, identificando as barreiras e facilitadores, bem como refletir sobre propostas para a sustentabilidade do programa na instituição e nas demais unidades do município.

A aplicação desse método como parte de uma pesquisa prática, sendo a pesquisadora uma observadora participante, também permitiu explorar a viabilidade de soluções emergentes a partir das necessidades demandadas do dia a dia da instituição estudada, e assim proporcionar protocolos adaptados a realística.

Porém, por este estudo teve o propósito de oferecer subsídios do piloto de implementação da Classificação de Risco em uma Unidade Básica de Saúde da Família de Franco da Rocha que poderá contribuir para ampliação da mudança no acolhimento em toda rede básica municipal de saúde, requer a complementação com outros tipos de estudos e metodologias a fim de melhor caracterizar as mudanças de processo, análise e resultado do CR.

A devolução dos resultados da implementação da Classificação de Risco será socializada com a gestão e seus apoiadores com vistas a garantir que seja considerada a possibilidade de ampliação dessa intervenção para demais unidades de saúde do município. Sobre a difusão da experiência de pesquisa pretende-se produzir artigos detalhando as etapas de implementação e submetê-las a periódicos científicos.

Acredita-se que a pesquisa teve como viés o fato da análise ter sido realizada pela pesquisadora e a mesma encontrar-se diretamente envolvida em todo processo. Ademais, a pesquisadora mudou seu local de trabalho no decorrer da pesquisa, perdendo-se assim alguns passos das negociações iniciais com a gestão anterior, e desse modo foi necessário fazer adaptações para uma nova realidade de espaço e tempo.

7. PROPOSTA DE PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

Como proposta deste estudo, segue abaixo uma sugestão de indicadores de implementação do modelo adaptado de Bastos de Paula *et al.* (2017) e Peters, Tran e Adam (2014) como referencial para implementação do projeto nos demais estabelecimentos de saúde do município.

Programas e Políticas de Saúde - Acolhimento à demanda espontânea volumes I e II. - Decreto 7.508, de 28 de Junho de 2011.
Problemas e Barreiras na implementação Dificuldade da utilização do protocolo de acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica: 1. Rotatividade de profissionais médicos. 2. Estrutura intersetoriais insuficientes para o alcance da resolutividade. 3. Grau de envolvimento da pesquisadora com a função de profissional participante. 4. Escassez de recursos humanos para manter a CR de modo ininterrupto. 5. Ausência de disponibilidade acesso remoto a rede de internet para uso em celular pessoal dos funcionários, uma vez que eles utilizam no processo de cuidar.
Monitoramento e ajustes do processo de implementação 1. Desconhecimento por parte de alguns profissionais em relação à diferença entre reunião de equipe e de funcionários. 2. Desmonte progressivo da Estratégia Saúde da Família com o avanço do programa Previna Brasil.
Estratégias de Implementação E1. Análise dos Cadernos de Atenção Básica voltado ao Acolhimento à demanda espontânea, identificando os modelos de acolhimento e as possibilidades de ofertas de serviços disponíveis no setor. - Grupo Focal - Reunião de Funcionários para apresentação do protocolo E2. Elaboração do fluxo de acolhimento dos usuários seguindo o modelo proposto pelo Ministério da Saúde - Oficina de construção do desenho do fluxograma de usuários

7.1 ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

CATEGORIA	ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO	AÇÕES	ATORES	PRAZO	DESFECHO DE IMPLEMENTAÇÃO
Exploração-Diagnóstico situacional	Ambiência	Apresentação do projeto aos funcionários	Apoiadores de saúde	Indeterminado	Adoção e sustentabilidade
		Verificar se a agenda das equipes assegura visita domiciliar, reunião de equipe/geral, presença diária de usuários	Gestores e Equipes de saúde	Semestral	
		Listar as principais causas demandadas pelos usuários durante o acolhimento	Gestores	Semestral	
Instalação e Desenvolvimento da implementação	Articulação das mudanças	Organizar as agendas, referentes há DOIS meses que antecedem a implantação da Classificação de Risco	Gestores	Indeterminado	Implementação e Sustentabilidade
		Matriciamento com os profissionais de nível superior (médico e enfermeiro)	Equipes de saúde	Mensal	
	Capacitação em serviço	Reunião para orientações sobre a implantação dos protocolos.	Todos os membros da equipe de saúde	Indeterminado	
Monitoramento e avaliação	Auditoria e relatório	Avaliação sistemática e formal da atividade para determinar se ela está sendo realizada de acordo com os seus objetivos.	Profissionais do suporte PEC	Anual	Implementação e Sustentabilidade

Fonte: Autoria própria.

8. REFERÊNCIAS

- Acem. Documento de política: A escala de triagem da Australásia. *Emerg Med* 2002;14:335–6.
- Alves Júnior AC. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- Amaral, VS, Oliveira DS, Azevedo CVM. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021; 31(1).
- Añel-Rodríguez RM^a, Astier-Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2022; 15(2): 75-6.
- Araujo MBS, Rocha, PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro. 2007; 12(2).
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2016; 281.
- Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). *Descritores em Saúde*. [Acesso em: 10 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=55475&filter=ths_termall&q=integralidade>.
- Boyd KM. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Med Humanit* 2000 Jun;26(1):9-17.
- Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. 2010; *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(Supl. 3):3569-78.
- Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação em saúde: conceitos e métodos*. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2^a reimpressão, 2016.
- Bastos de Paula SH, Martins TA, Borges SMS, de Oliveira Nogueira CM, Freire VR. Evaluación de la implementación del protocolo de manejo de coinfección de tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en los servicios de asistencia especializada del estado de Ceará. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e48.
- Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM*. 2008 Mar;10(02):136–42.
- Best S, Brown H, Lunke S, Patel C, Pinner J, Barnett CP, et al. Learning from scaling up ultra-rapid genomic testing for critically ill children to a national level. *npj Genomic Medicine*. 2021 Jan 28;6(1).
- Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em:http://www.cofen.gov.br/lei-n749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer nº1/2018/ COFEN: Atuação do técnico de enfermagem na estratégia saúde da família na ausência temporária do enfermeiro responsável técnico pela unidade básica. Disponível em:<<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/PARECER-01-2018-CTAB.pdf>>.

COFEN. RESOLUÇÃO Nº 661/2021: Atualiza e normatiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. 2021.

Cardoso, SDL. Tecnologias da Informação e Comunicação integradas à educação na saúde no Brasil: uma revisão sistemática. Salvador, 2013.

Costa PCD, Francischetti-Garcia APR, Pellegrino-Toledo V. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. Revista de Saúde Pública [Internet]. 1º de outubro de 2016 [citado em 6 de junho de 2022];18:746–55.

Camelo MS, Lima LR de, Volpe CRG, Santos WS, Rehem TCMSB. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. Acta Paulista de Enfermagem. 2016 Aug;29(4):463–8.

Cantalino JLR, Scherer MD dos A, Soratto J, Schäfer AA, Anjos DSO dos. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2021 May 17;55:22.

Castanheira ERL, Sanine PR, Zarili TFT, Nemes MIB. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribuiu para a institucionalização de uma cultura avaliativa? In: Akerman M; Furtado JP, organizadores. Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.

CETIC. Comitê Gestor da Internet no Brasil. “Resumo Executivo - Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros - TIC Saúde, 2021.

Chávez GM, Rennó HMS, Viegas SMF. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2020; 30(3): 2-20.

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2009; 14(Supl.1): 1531-32.

Coelho Neto GC, Chioro A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2021 Jul 19;37.

Considine J, LeVasseur SA, Villanueva E. The Australasian Triage Scale: Examining emergency department nurses’ performance using computer and paper scenarios. Annals of Emergency Medicine. 2004 Nov;44(5):516–23.

Costa S de M, Medeiros AB, Dias ACA, Silva JR da, Rodrigues CAQ, Leite MT de S. Potencialidades e fragilidades da agenda: organização do atendimento clínico nas equipes de saúde da família. Arquivos em Odontologia [Internet]. 2013 Jun 1; 49(2):66–74.

Coutinho AAP, Cecílio LC de O, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. 2012; 22(2):188–98.

COREN. PARECER COREN-SP nº 007/2014 – CT. Dispões sobre a solicitação de exames por Enfermeiro e avaliação de resultado. São Paulo: COREN-SP, 2014.

COREN. PARECER COREN-SP nº 001/2023. Dispões sobre a atuação dos profissionais de enfermagem no acolhimento e classificação de risco em unidade de pronto atendimento e pronto-socorro. COREN-SP, 2023.

Daminello, M. Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma unidade básica de saúde tradicional [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública; 2022.

Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science. 2019 Aug 7;4(1).

DICIO. Acolhimento. In: Dicionário Online de Português. Porto: 7 Graus, 2020. [Acesso em: 08/11/2021]. Disponível em: <www.dicio.com.br/acolhimento/>.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8

Ecco Canuto L, Silva AFL da, Pinheiro LSP, Canuto Júnior JCA, Santos NLP dos. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2021 Apr 5;16(43):2378.

Fidélis de Almeida P, Medina M, Fausto M, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça M. Coordenação do cuidado e APS nas redes e regiões Coordenação dos cuidados pela APS - conceitos e concepções [Internet]. Available from: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/Almeida-Medina-Fausto-Giovanella-et-al-Cordenacaodocuidado2018-1.pdf>

Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, Cabral LM da S, Seidl H. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. Ciência & Saúde Coletiva. 2022 Apr;27(4):1605–18.

Felix RS, Pinheiro VRM, Júnior TTN, Medeiros RO de, Guedes ACCS, Vieira HWD, et al. Percepções dos enfermeiros sobre as condições de trabalho e infraestrutura das unidades de Atenção Primária em Saúde. Tempus – Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 21];16(4).

Ferreira J, Geremia DS, Geremia F, Celuppi IC, Thomas Tombini LH, Souza JB de. Assessment of the Family Health Strategy in the light of Donabedian triad. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Oct 18];39(1):63–73.

Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(suppl 1):704–9.

Ferreira SRS. *Atenção do enfermeiro na atenção primária à saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018; 690.

Prefeitura Municipal de Franco da Rocha. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Básica. *Procedimentos Operacionais Padrão da Atenção Básica*. 2017. Franco da Rocha.55.

Fundação Seade. *Sistema Estadual de Análise de Dados*. Banco de dados de informações dos municípios paulistas. São Paulo; 2021.

FRANCO DA ROCHA. Lei Nº 1.324/2018. Dispõe sobre: “Regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente, com fundamento nas prescrições da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, e da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006 e dá outras providências”. *Diário oficial de Franco da Rocha*, 2018.

Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. *Emergency Severity Index: Implementation Handbook*. AHRQ Publication nº 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. EUA, 2005.

Giordani JMA, Beatriz Unfe B, MerhyEE, Hilgert B. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. *Rev. APS*, jan./mar. 2020; 23 (1):7-25.
<https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16690>

Goes TM, Polaro SHI, Gonçalves LHT. Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 2016 Aug 10;7(2):47.

Goransson K, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2005 Dec;19(4):432–8.

Grando MK, Dall’agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*. 2010 Sep;14(3):504–10.

Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *New England Journal of Medicine*. 2001 Jun 28;344(26):2021–5.

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. *Sistema Manchester de Classificação de Risco*. Manchester Triage Group. 2010.

Guerrero P, Mello ALSF de, Andrade SR de, Erdmann AL. User embracement as a good practice in primary health care. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2013 Mar;22(1):132–40.

Hankoff LD. The Illness Narrative: Suffering, Healing, and the Human Condition. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1988 Aug 12;260(6):859.

ImpRes-BR. Ferramenta de desenvolvimento para pesquisa de implementação. Uma ferramenta para aperfeiçoamento de projeto de implementação. Versão 1.0, 2021. Adaptado pelo laboratório Interfaces da Unicamp. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratório-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>.

Junges JR, Barbiani R, Fernandes RBP, Prudente J, Schaefer R, Kolling V. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. Saúde e Sociedade. 2012 Sep;21(3):686–97.

Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em unidade básica de saúde. Rev. Min. Enferm. 1999; 3(1/2):2-6.

Lima MAD, Almeida MCP. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. Rev Gaúcha Enferm. 1999;20:86-101.

Lima Neto AV, Barbosa IML, Fernandes RL, Nunes VMA, Oliveira HC. Classificação de risco em emergência hospitalar: relações entre a prática, o profissional e o usuário. Revista Interdisciplinar.abr/ mai/jun, 2016; 9(2):1-12.

Lucena FS, Silva ALA. Pesquisa Participante como instrumento de apropriação do processo de trabalho em saúde mental de Agentes Comunitários de Saúde. In: Toledo RF. Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas. Instituto de Saúde: São Paulo. 2018;483-508.

Machado FRS, Borges CF. Análise do componente ouvidoria na implementação da política de participação no SUS no estado do Rio de Janeiro. Sociologias. jan. 2017; 19(44): 360–89.

Malachias M, Souza W, Plavnik F, Rodrigues C, Brandão A, Neves M, et al. Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2016;107(3).

Minayo MCS, Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OM de FL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2010 Jun;15(supl 1):1521–31.

Melo LG. Implantação do acolhimento em uma USF do Município de Camaçari: um relato de experiência. 2017. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Fundação Estatal Saúde da Família. Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2017.

Mélo TR, Lucchesi V de O, Lima S de S, Signorelli MC. A interconsulta favorece resolutividade na Atenção Primária: relato de caso da equipe de apoio à Estratégia de Saúde da Família em Paranaguá (pr). Espac. Saude [Internet]. 29º de dezembro de 2016 [citado 24º de julho de 2023];17(2):152-9.

Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS, 2015.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Mill D, Justi JE. Dicionário Crítico de Educação e Tecnologias e de Educação a Distância. Campinas, SP, Papirus, 2018.

Ministério da Saúde (BR). Presidência da República. Decreto No 3.189, de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 1999.

Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF); 2004.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004b.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. 3.ed. Brasília(DF): 2006.

Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 25 jan. 2008.

Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário oficial da União, 2011a.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Jul 2011b.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012b.

Ministério da Saúde (Brasil). Acolhimento à demanda espontânea. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1ªed.; 1a reimpr. Brasília: 2013(1)a.

Ministério da Saúde (BR). Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF): 2013b; 28(2):290.

Ministério da Saúde (BR). Decreto 3189/99. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/111303/decreto-3189-99>. Acessado em 21 de jan de 2014.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº1631, de 1º de Outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Out 2015.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília (DF); 2016a.

Ministério da Saúde (BR). Requalifica UBS: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

Ministério da Saúde (BR). [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, 2016c.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2017a.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): 2017b.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.263 de 11 de dezembro de 2019. Estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Diário Oficial da União, 2019;

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

Ministério da Saúde (BR). Manual de Acolhimento e Classificação de Risco. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde. 2020.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Versão Profissionais de Saúde e Gestores. 1ªed. Brasília: 2020b.

Ministério da Saúde (BR). Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde. 2021.

Ministério da Saúde (BR). Planejamento e organização do processo de trabalho [recurso eletrônico]. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Moreira K, De Almeida Lima C, Vieira M, De Melo Costa S. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica assessment of infrastructure of family health units and equipment used in primary care actions Artigo original. 2017 [cited 2021 Jul 9];22:51283.

Moura BLA, Cunha RC da, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]. 2010 Nov 1;10:s69–81.

Nickel DA, Natal S, Hartz ZM de A, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2014 Dec;30(12):2619–30.

Nunes B, Pereira Nunes B, Flores T, Garcia L, Dias A, Filho P, *et al.* Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2016 Dez [citado 2023 Jul 24] ; 25(4): 777-787.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev BrasEnferm. 2013. Brasília: 66: 158-64.

Padoveze M, São S, Inguane C, Luz R, Luize F, Juskevicius. Tradução do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação – CFIR para a língua portuguesa; 2021. Disponível em: <https://cfirguide.org/constructs-portuguese/>

Paim JS. Modelos de atenção e vigilância em saúde. In: RouquairolMZ, Almeida N. organizadores. Epidemiologia e Saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

Penna CMM, Faria RSR, Rezende GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? Rev Min Enferm. 2014 out/dez; 18(4): 815-22.

Pereira ALL, Santos JC dos, Moccellin AS, Siqueira RL de. A comunicação interprofissional como uma importante ferramenta do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Research, Society and Development [Internet]. 2021 Aug 12 [cited 2022 Apr 9];10(10):e338101018942–e338101018942.

Pereira, NC. Análise da implementação dos serviços farmacêuticos na atenção primária brasileira . Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm. policy ment. health. 2011; 38(2):65-76

Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ* 2014;347:f6753.

Pimenta CAM *et al.* Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN, 2015.

Pimentel ÍRS, Coelho B de C, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FP de C, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2011 Aug 11;6(20):175–81.

Pinto HA, Burille A, Barbosa MG, Ferla AA. Avaliação da atenção básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social. *Saúde em Redes*. 2015 Dec;1(04):15–26.

Portela T de JA, Farias QLT, Vasconcelos MIO. Construção do acolhimento com classificação de risco em uma Unidade Básica de Saúde. *Revista de Educação Popular*. 2021 May 30;20(1):343–56.

Presidente Epitácio. “Como Funciona a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS.” Santa Casa de Misericórdia - Presidente Epitácio- SP, 19 June 2020. Disponível em: <santacasape.com.br/site/2020/06/19/como-funciona-a-central-de-regulacao-de-ofertas-de-servicos-de-saude-cross/>. Acesso em: 29 de Abril de 2023.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Protocolo: Acolhimento da demanda espontânea e direcionamento de fluxo na atenção básica. 2019. Ribeirão Preto, p.44.

Samico I, Felisberto E, Frias PG de, Santo ACGE, Hartz Z. Desafios na implantação de programas. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2015.

Sanchez MCO, De Moraes ÉB, Valente GSC, Braga AL de S, Nassar PRB, Xavier ML. Pandemia do Coronavírus e Atenção Primária: reflexões sobre os desafios dos gestores. *Research, Society and Development*. 2020 May 14;9(7):e310974154.

Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento de equipes de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*. 2007; Rio de Janeiro: 23(1):75-85.

Santos T. Alta rotatividade nas UBS: em SP, a maioria não dura 1 ano, mostra estudo [Internet]. *Medscape*. [cited 2023 maio 11]. Available from: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6509563?form=fpf>

Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT da, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2019;23.

SESAB. Protocolo Estadual de Classificação de Risco. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2014. 54.

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

Silva JA. Reorganizar e humanizar o processo de trabalho através do acolhimento: relato de experiência. 2015; Rev Baiana Saúde Pública. 38(3): 174-81.

Silva LMS da, Silva MRF da, Lima LL de, Fernandes MC, Oliveira NRN, Torres RAM. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. Saúde e Sociedade [Internet]. 2012 May 1;21:117–25.

Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. Cap. 1. In. Hartz ZMA, Silva LMV, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005;15-39.

Silva LS, Viegas SM da F, Nascimento LC do, Menezes C, Martins JRT, Potrich T. Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 2020 Oct 23;10.

Silva, C. Previne Brasil não apresenta qualidade para a população”, diz conselheira nacional de Saúde sobre programa do governo. Conselho Nacional de Saúde. 30 de Agosto de 2021. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1998-previne-brasil-nao-apresenta-qualidade-para-a-populacao-diz-conselheira-nacional-de-saude-sobre-programa-do-governo>>.

Silveira ER. Práticas pedagógicas na saúde: o apoio matricial e a interconsulta integrando a saúde mental à saúde pública. Porto Alegre, 2011; 244. Curso de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Siqueira V de CA, Marques MAR, Cesario EMS, Kehrig RT. Avaliação do processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma revisão da literatura / Evaluation of the work process in the family health strategy: a literature review. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2021 Feb. 11 [cited 2023 Jul. 24];4(1):2830-52.

Soares CES, Biagolini REM, Bertolozzi MR. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 1 ago. 2013; 47:915–21.

Souza ECF de, Vilar RLA de, Rocha N de SPD, Uchoa A da C, Rocha P de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(suppl 1):s100–10.

Souza TH, Zeferino MT, Fermo VC. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao sistema único de saúde. Texto Contexto Enferm, 2016; 25(3):e4440015.

Stancato K, Zilli PT. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. RevAdm Saúde 2010; 12(47):87-99

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. 2004; 726.

Taquette SR, Borges L. Pesquisa qualitativa para todos. Petrópolis (RJ): Vozes, 2020.

Thiollent, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

Trintinaglia V, Bonamigo AW, Azambuja MS de. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária: avaliação do cuidado segundo a ótica da pessoa idosa. *Saúde em Redes*. 2022 Dec 29;8(3):281–96.

Valentini GC, Kolankiewicz ACB, Araujo BN, Machado AI, Rolim DS *et al*. Os desafios da comunicação verbal em uma equipe multidisciplinar na estratégia em saúde da família (ESF). *Salão do Conhecimento*. 20 out. 2020; 6(6).

Vargas MA, Albuquerque GL, Erdman AL, Ramos FRS. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? *Rev Bras Enferm*. Brasília. 2007 maio-jun; 60(3):339-43.

Vaz, C. “Modelo de Comunicação Em Saúde ACP: As Competências de Comunicação No Cerne de Uma Literacia Em Saúde Transversal, Holística E Prática.” *Literacia em Saúde na Prática*, 2019.

Vieira EW, Gazzinelli A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. *Saude Soc*. 2017; 26(2):448-61.

Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. 110.

Waltz TJ, Powell BJ, Matthieu MM, Damschroder LJ, Chinman MJ, Smith JL, et al. Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implementation Science*. 2015 Aug 7;10(1).

9. APÊNDICES

9.1 ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade:

Sexo:

Onde você trabalha? (Se necessário, pode assinalar mais de uma opção)

() Atenção Básica () Atenção Hospitalar () Outros

PARTE II – ACOLHIMENTO

- a) Descreva como acontece o acolhimento dos usuários na unidade de saúde?
- b) O que você faria para melhorar o acolhimento em sua unidade?
- c) Qual o tempo médio que uma pessoa espera entre a solicitação da consulta e o dia do atendimento agendado?
- d) Quem realiza o acolhimento dos pacientes?
- e) Como é estabelecido a prioridade dos casos?

PARTE III - AGENDAMENTO DE CONSULTAS

- a) Descreva como é realizado o agendamento para consultas.
- b) Em sua opinião quais são as fragilidades ou pontos fracos nesse processo?
- c) Considerando as respostas anteriores quais seriam os aspectos positivos e fortes desse processo?
- d) Se você pudesse mudar a forma de agendamento, o que faria?
- e) Que outras sugestões gostaria de fazer para a melhoria do processo de agendamento?
- f) Descreva de que forma você participa no processo de agendamento nesse serviço?

9.2 ROTEIRO DE GRUPO FOCAL (INICIAL)

1. Quais as principais causas de procura a esse serviço?
2. Quem organiza a agenda na unidade?
3. Quais os problemas e dificuldades que acontecem nesse processo?
4. Como você percebe a satisfação do Usuário?

9.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Participação de Profissionais de Saúde no Grupo Focal

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa “Análise da implementação da Classificação de Risco no processo de acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Franco da Rocha”. Nosso objetivo é estudar o processo de acolhimento com ênfase no agendamento de consulta com a utilização da Classificação de Risco. Essa pesquisa se justifica pela importância de compreender esse processo para tornar o acesso mais efetivo às consultas de acolhimento bem como o agendamento com base nas necessidades dos usuários. Apenas os profissionais que atuam nessa unidade poderão participar da pesquisa sendo excluídos os profissionais que estejam de licença médica ou que forem transferidos para outras unidades.

A pesquisa acontecerá em duas etapas, sendo a primeira a realização do Grupo Focal, com duração prevista de 60 minutos, na qual solicitamos sua autorização para gravar o conteúdo das falas a respeito da sua percepção quanto às características do acesso do agendamento de consultas (principais causas de procura por atendimento, organização da agenda, problemas e dificuldade percebidos nesse processo) a fim de subsidiar a segunda etapa que consistirá em DUAS oficinas, ofertadas posteriormente, em dias diferentes, sobre o acolhimento e agendamento, cuja duração mínima prevista será de até 2 horas para cada atividade.

Desse modo, você participará ao todo de 03 atividades (Um Grupo Focal e Duas oficinas), que acontecerão em sua unidade, em dias diferentes, previamente pactuados e em horário regular de expediente. Você tem a liberdade de interromper sua participação, sem que haja algum prejuízo, ainda que já tenha iniciado a responder as perguntas ou participado de alguma dessas etapas.

Ao colaborar com esta pesquisa, você contribuirá com o processo de avaliação das contribuições advindas da Classificação de Risco que favoreçam a melhoria do acesso mais efetivo às consultas de acolhimento bem como o agendamento com base nas necessidades dos usuários.

Quanto aos riscos, ainda que considerados mínimos, incluem a possibilidade das questões e as discussões de grupo sobre as percepções a respeito da estratégia em curso causar cansaço ou desconforto momentâneo, mas garantimos que sua participação e fala não são obrigatórias e que todos os participantes serão orientados quanto às regras, incluindo as regras de sigilo e respeito aos demais. Neste caso a participação poderá ser interrompida para repouso e ou atendimento no serviço de forma imediata.

Você poderá retirar seu consentimento e, conseqüentemente, parar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para suas atividades na Unidade Básica de Saúde. Quanto aos desconfortos, a pesquisadora garante o sigilo das suas informações pessoais e também que você não terá suas falas atreladas ao seu nome em qualquer relatório ou documento divulgado.

Se houver qualquer dúvida, a pesquisadora principal estará à disposição para conversar sobre as regras das reuniões e qualquer outro assunto relacionado ao estudo. A sua participação é voluntária, não havendo ganhos financeiros ou custos para você bem como não há previsão para possíveis ressarcimentos.

Você poderá ter acesso à pesquisadora e aos resultados da pesquisa a qualquer momento, mediante solicitação, e os resultados finais da pesquisa serão divulgados a todos os participantes e envolvidos. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde, o CEPIS, onde um grupo colegiado de pesquisadores sem vinculação com o trabalho avaliam a viabilidade ética da pesquisa. Esses autorizaram a realização do estudo no dia xx/xx/xxxx sob o número NoXXXXXXXXXXXX. Você pode consultá-los através do e-mail, telefone ou pessoalmente no endereço informado abaixo, de segunda a sexta-feira, das 09h às 16h: Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde. E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br. Telefone (11) 3116-8648. Endereço: Rua Santo Antônio, 590, 1o andar.

Você também poderá entrar em contato com a pesquisadora, em horário comercial, através dos meios informados abaixo:

- Ana Glecia Pimentel Alves. email: anaufpi2013@gmail.com. Telefone: (13)988658957 ou (11)4800-7595. Endereço: Estrada Manoel de Jesus, SN. Mato Dentro, Franco da Rocha, de segundas a sexta, das 8h às 16h. Caso você concorde em participar, solicitamos que assine abaixo. Você receberá uma via deste termo assinada pela pesquisadora.

Pesquisadora

Participante

_____, _____ de _____ de 2022.

9.4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO Participação de Informantes-Chave

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa “Análise da implementação da Classificação de Risco no processo de acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Franco da Rocha”. Nosso objetivo é estudar o processo de acolhimento com ênfase no agendamento de consulta com a utilização da Classificação de Risco. Essa pesquisa se justifica pela importância de compreender esse processo para tornar o acesso mais efetivo às consultas de acolhimento bem como o agendamento com base nas necessidades dos usuários. Apenas os profissionais que atuam nessa unidade poderão participar da pesquisa sendo excluídos os profissionais que estejam de licença médica ou que forem transferidos para outras unidades.

A pesquisa acontecerá em etapas (entrevista, Grupo Focal e oficinas), sendo que sua participação se dará por meio da concessão de uma entrevista, com duração prevista de 30 minutos a ocorrer em seu local de trabalho, em horário regular de expediente e previamente pactuado, sobre o processo de acolhimento (como ele acontece, o que melhorar, quem o faz) com ênfase no agendamento (quem agenda as consultas, as fragilidades, os pontos positivos e como melhorar este processo). Além disso, você também está sendo convidado a participar das DUAS oficinas, a serem ofertadas após a realização do Grupo Focal com os profissionais de saúde de sua unidade que também abordará a temática do acolhimento e agendamento.

As oficinas acontecerão em sua unidade, em dias diferentes, previamente pactuados e em horário regular de expediente, tendo duração mínima prevista de 2 horas para cada atividade. Em suma, você participará ao todo de 03 atividades (Uma entrevista e Duas oficinas). Você tem a liberdade de interromper sua participação, sem que haja algum prejuízo, ainda que já tenha iniciado a responder as perguntas ou participado de alguma dessas etapas.

Ao colaborar com esta pesquisa, você contribuirá com o processo de avaliação das contribuições advindas da Classificação de Risco que favoreçam a melhoria do acesso mais efetivo às consultas de acolhimento bem como o agendamento com base nas necessidades dos usuários.

Quanto aos riscos, ainda que considerados mínimos, incluem a possibilidade das questões e as discussões de grupo sobre as percepções a respeito da estratégia em curso causar cansaço ou desconforto momentâneo, mas garantimos que sua participação e fala não são obrigatórias e que todos os participantes serão orientados quanto às regras, incluindo as regras de sigilo e respeito aos demais. Neste caso a participação poderá ser interrompida para repouso e ou atendimento no serviço de forma imediata.

Você poderá retirar seu consentimento e, conseqüentemente, parar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para suas atividades na Unidade Básica de Saúde. Quanto aos desconfortos, a pesquisadora garante o sigilo das suas informações pessoais e também que você não terá suas falas atreladas ao seu nome em qualquer relatório ou documento divulgado.

Se houver qualquer dúvida, a pesquisadora principal estará à disposição para conversar sobre as regras das reuniões e qualquer outro assunto relacionado ao estudo. A sua participação é voluntária, não havendo ganhos financeiros ou custos para você bem como não há previsão para possíveis ressarcimentos.

Você poderá ter acesso à pesquisadora e aos resultados da pesquisa a qualquer momento, mediante solicitação, e os resultados finais da pesquisa serão divulgados a todos os participantes e envolvidos. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde, o CEPIS, onde um grupo colegiado de pesquisadores sem vinculação com o trabalho avaliam a viabilidade ética da pesquisa. Esses autorizaram a realização do estudo no dia xx/xx/xxxx sob o número NoXXXXXXXXXXXX. Você pode consultá-los através do e-mail, telefone ou pessoalmente no endereço informado abaixo, de segunda a sexta-feira, das 09h às 16h: Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde. E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br. Telefone (11) 3116-8648. Endereço: Rua Santo Antônio, 590, 1o andar.

Você também poderá entrar em contato com a pesquisadora, em horário comercial, através dos meios informados abaixo:

- Ana Glecia Pimentel Alves. email: anaufpi2013@gmail.com. Telefone: (13)988658957 ou (11)4800-7595. Endereço: Estrada Manoel de Jesus, SN. Mato Dentro, Franco da Rocha, de segundas a sexta, das 8h às 16h. Caso você concorde em participar, solicitamos que assine abaixo. Você receberá uma via deste termo assinada pela pesquisadora.

Pesquisadora

Participante

9.5 RESUMO EXECUTIVO

Dissertação de Mestrado:

Análise da Implementação da Classificação de Risco em uma Unidade Básica de Saúde de Franco da Rocha.

Pesquisadoras:

Ana Glecia Pimentel Alves e Silvia Helena Bastos de Paula

Contexto:

A dissertação aborda a implementação da estratégia de Classificação de Risco na atenção primária à saúde, destacando seu papel na gestão de filas e no agendamento de consultas em uma Unidade Básica de Saúde de Franco da Rocha.

Objetivo:

Analisar o processo de implementação da Classificação de Risco, com foco no acolhimento e agendamento de consultas, na Unidade Básica de Saúde da Estratégia Saúde da Família do município.

Metodologia:

O estudo envolveu uma abordagem qualitativa, pesquisa participante com intervenção e avaliação de implementação. Foram realizados levantamento bibliográfico, entrevistas com informantes-chave, conhecimento do perfil das demandas e Grupo Focal com profissionais de saúde. A análise qualitativa seguiu o CFIR, o modelo de Donabedian e indicadores de implementação.

Resultados:

Identificou-se que fatores como o número de Equipes de Saúde da Família, localização da unidade e disponibilidade de medicamentos impactam a qualidade do serviço. A implementação da Classificação de Risco melhorou a resposta às queixas dos usuários. Reuniões sistemáticas são essenciais para sustentabilidade e monitoramento.

Considerações Finais:

A organização de tarefas e responsabilidades, aliada à Classificação de Risco, cria um ambiente propício para o desempenho das atividades profissionais. O processo fortalece o desenvolvimento de vínculos entre a organização, profissionais e usuários.

Descritores:

Acolhimento, Triagem, Atenção Primária à Saúde, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Agendamento de Consultas.

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



SECRETÁRIA DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do projeto ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FRANCO DA ROCHA coordenado pela pesquisadora ANA GLECIA PIMENTEL ALVES, do INSTITUTO DE SAÚDE DE SÃO PAULO, nas dependências da ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO. Estou ciente dos objetivos e métodos que serão empregados na pesquisa, e de que a mesma foi formulada conforme os preceitos das Resoluções CNS 510/2016 e 466/2012. Nesse sentido, a instituição cuidará para que sejam garantidos os direitos e a integridade dos participantes de pesquisa em relação ao zelo pela sua privacidade e sigilo de suas informações; a receber esclarecimentos em quaisquer momentos da pesquisa; a recusa em participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Expresso, também, que a pesquisa só será iniciada após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa pertencente ao sistema CEP/Conep, e que os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins do projeto a que estão vinculados.

O(a) pesquisador (a) tem a responsabilidade e o dever de apresentar os resultados da pesquisa para a gestão institucional, tendo em vista que a mesma foi realizada em instituição do SUS.

Franco da Rocha, 15 de Agosto de 2022.



Rosemeire Castanha
Diretora Atenção Básica

Rosemeire Castanha
Diretora de Atenção Básica
Secretaria Municipal de Saúde
Franco da Rocha



Thais Marques López Rivera
Secretaria Municipal de Saúde

Thais Marques Lopez Rivera
- Secretária de Saúde -

Prefeitura de Franco da Rocha
Telefone: (11) 4800-1900- 4800-1945
www.francoदारocha.sp.gov.br
Rua Nelson Rodrigues s/n – Centro - Franco da Rocha/SP
@prefeituradefranco /prefeituradefranco

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da implementação da classificação de risco no processo de acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde de Franco da Rocha

Pesquisador: ANA GLECIA PIMENTEL ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61112322.5.0000.5469

Instituição Proponente: Instituto de Saúde CEPIS - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.636.207

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Continuação do Parecer: 5.636.207

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 12 de Setembro de 2022

Assinado por:
Maritsa Carla de Bortoli
(Coordenador(a))

ANEXO 3 - CONSTRUTOS DE DEFINIÇÃO CFIR

Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC: **Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science**

Topic/Description	Short Description
I. INTERVENTION CHARACTERISTICS	
A Intervention Source	Perception of key stakeholders about whether the intervention is externally or internally developed.
B Evidence Strength & Quality	Stakeholders' perceptions of the quality and validity of evidence supporting the belief that the intervention will have desired outcomes.
C Relative advantage	Stakeholders' perception of the advantage of implementing the intervention versus an alternative solution.
D Adaptability	The degree to which an intervention can be adapted, tailored, refined, or reinvented to meet local needs.
E Trialability	The ability to test the intervention on a small scale in the organization [8], and to be able to reverse course (undo implementation) if warranted.
F Complexity	Perceived difficulty of implementation, reflected by duration, scope, radicalness, disruptiveness, centrality, and intricacy and number of steps required to implement
G Design Quality and Packaging	Perceived excellence in how the intervention is bundled, presented, and assembled
H Cost	Costs of the intervention and costs associated with implementing that intervention including investment, supply, and opportunity costs.
II. OUTER SETTING	
A Patient Needs & Resources	The extent to which patient needs, as well as barriers and facilitators to meet those needs are accurately known and prioritized by the organization.
B Cosmopolitanism	The degree to which an organization is networked with other external organizations.
C Peer Pressure	Mimetic or competitive pressure to implement an intervention; typically because most or other key peer or competing organizations have already implemented or in a bid for a competitive edge.
D External Policy & Incentives	A broad construct that includes external strategies to spread interventions including policy and regulations (governmental or other central entity), external mandates, recommendations and guidelines, pay-for-performance, collaboratives, and public or benchmark reporting.
III. INNER SETTING	
A Structural Characteristics	The social architecture, age, maturity, and size of an organization.
B Networks & Communications	The nature and quality of webs of social networks and the nature and quality of formal and informal communications within an organization.
C Culture	Norms, values, and basic assumptions of a given organization.
D Implementation Climate	The absorptive capacity for change, shared receptivity of involved individuals to an intervention and the extent to which use of that intervention will be rewarded, supported, and expected within their organization.
1 Tension for Change	The degree to which stakeholders perceive the current situation as intolerable or needing change.
2 Compatibility	The degree of tangible fit between meaning and values attached to the intervention by involved individuals, how those align with individuals' own norms, values, and perceived risks and needs, and how the intervention fits with existing workflows and systems.
3 Relative Priority	Individuals' shared perception of the importance of the implementation within the organization.
4 Organizational Incentives & Rewards	Extrinsic incentives such as goal-sharing awards, performance reviews, promotions, and raises in salary and less tangible incentives such as increased stature or respect.

Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC: **Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science**

5	Goals and Feedback	The degree to which goals are clearly communicated, acted upon, and fed back to staff and alignment of that feedback with goals.
6	Learning Climate	A climate in which: a) leaders express their own fallibility and need for team members' assistance and input; b) team members feel that they are essential, valued, and knowledgeable partners in the change process; c) individuals feel psychologically safe to try new methods; and d) there is sufficient time and space for reflective thinking and evaluation.
E	Readiness for Implementation	Tangible and immediate indicators of organizational commitment to its decision to implement an intervention.
1	Leadership Engagement	Commitment, involvement, and accountability of leaders and managers with the implementation.
2	Available Resources	The level of resources dedicated for implementation and on-going operations including money, training, education, physical space, and time.
3	Access to knowledge and information	Ease of access to digestible information and knowledge about the intervention and how to incorporate it into work tasks.

IV. CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS

A	Knowledge & Beliefs about the Intervention	Individuals' attitudes toward and value placed on the intervention as well as familiarity with facts, truths, and principles related to the intervention.
B	Self-efficacy	Individual belief in their own capabilities to execute courses of action to achieve implementation goals.
C	Individual Stage of Change	Characterization of the phase an individual is in, as he or she progresses toward skilled, enthusiastic, and sustained use of the intervention.
D	Individual Identification with Organization	A broad construct related to how individuals perceive the organization and their relationship and degree of commitment with that organization.
E	Other Personal Attributes	A broad construct to include other personal traits such as tolerance of ambiguity, intellectual ability, motivation, values, competence, capacity, and learning style.

V. PROCESS

A	Planning	The degree to which a scheme or method of behavior and tasks for implementing an intervention are developed in advance and the quality of those schemes or methods.
B	Engaging	Attracting and involving appropriate individuals in the implementation and use of the intervention through a combined strategy of social marketing, education, role modeling, training, and other similar activities.
1	Opinion Leaders	Individuals in an organization who have formal or informal influence on the attitudes and beliefs of their colleagues with respect to implementing the intervention
2	Formally appointed internal implementation leaders	Individuals from within the organization who have been formally appointed with responsibility for implementing an intervention as coordinator, project manager, team leader, or other similar role.
3	Champions	"Individuals who dedicate themselves to supporting, marketing, and 'driving through' an [implementation]" [101](p. 182), overcoming indifference or resistance that the intervention may provoke in an organization.
4	External Change Agents	Individuals who are affiliated with an outside entity who formally influence or facilitate intervention decisions in a desirable direction.
C	Executing	Carrying out or accomplishing the implementation according to plan.
D	Reflecting & Evaluating	Quantitative and qualitative feedback about the progress and quality of implementation accompanied with regular personal and team debriefing about progress and experience.