

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA  
REGIÃO CENTRO-OESTE**

**THAIS TIEMI FARIA TOMIKAWA**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES DE  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE/MS**

**CAMPO GRANDE  
2019**

**THAIS TIEMI FARIA TOMIKAWA**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES  
DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE/MS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, MS, sob a orientação do Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki.

**CAMPO GRANDE  
2019**

**THAIS TIEMI FARIA TOMIKAWA**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES DE  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE/MS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, MS, sob a orientação do Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki.

Campo Grande, 30 de setembro de 2019.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

---

Edson Mamoru Tamaki – UFMS

---

Luiza de Oliveira Cazola – UFMS

---

Sonia Oliveira de Andrade – UFMS

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente à Deus e a Nossa Senhora, por sempre me acompanharem ao longo da trajetória da vida.

Aos meus pais, Lêda e William, aos meus irmãos e amigos, por me incentivarem neste desafio e compreenderem meus momentos de distanciamento em razão deste objetivo.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Edson M. Tamaki, pela forma paciente e compreensiva com que conduziu minha orientação, me fazendo buscar sempre mais e cobrando sempre o meu melhor. Obrigada pela confiança depositada em mim e por me ajudar nesta conquista.

A professora Dra. Luiza Helena de O. Cazola, por quem tenho imensa admiração e carinho. Serei eternamente grata por ter me incentivado e me acompanhado neste desafio e por ter contribuído com meu crescimento pessoal e profissional.

A professora Dra. Sonia Maria O. de Andrade, pelos ensinamentos e também por aceitar compartilhar esse momento tão importante na formação de minha banca.

Aos meus colegas e equipe de trabalho, por toda a ajuda em reorganizar as escalas de trabalho sempre que precisei me ausentar em razão deste projeto. E por fim, minha gratidão também a empresa em que trabalho, representada pela minha gestora Máira Camargo, por ter me apoiado neste desafio.

Deixo o meu mais sincero agradecimento, pois sem vocês essa conquista não teria se concretizado.

## RESUMO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização que visa a melhoria nas práticas de produção de saúde. Sua implantação na Atenção Primária à Saúde (APS) é uma proposta para favorecer não só o acesso do usuário aos serviços de saúde, mas também uma forma de propiciar uma atenção à saúde resolutiva, humana e equânime, de modo que o risco à saúde do usuário não seja visto apenas em termos biológicos, mas também considerando as condições humanas que aumentam as situações de vulnerabilidade do indivíduo. Este estudo tem por objetivo investigar a situação do Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de Estratégia Saúde da Família em Campo Grande/MS. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado com dados obtidos por meio de entrevistas de um enfermeiro de cada uma das 48 Unidades Básicas de Saúde urbanas da ESF. O estudo identificou as características profissionais dos enfermeiros, revelando que encontram-se em 20 e 30 anos (40,0%), maioria feminina (91,1%), com formação profissional entre 6 e 10 anos (49,0%), especializada (77,8%), com tempo de atuação na ESF entre 1 e 5 anos (51,1%), ingresso no serviço por concurso público (75,6%) e sem outros vínculos de trabalho (95,6%). Quanto ao entendimento conceitual do ACCR na APS, os entrevistados apresentaram entendimento parcial sobre o acolhimento (95,6%), escuta qualificada (88,9%) e vulnerabilidade (57,7%). Já sobre a classificação de risco o entendimento foi satisfatório (77,7%). Sobre a implantação do ACCR, o acolhimento encontra-se implantado em 100,0% das unidades e ocorre durante todo o período de funcionamento (73,4%), entretanto, é centralizado no agente comunitário de saúde (88,8%). A escuta qualificada é realizada em 100,0% das unidades e o seu registro se dá junto à classificação de risco e não no acolhimento. A classificação de risco está implantada em 93,4% das unidades, com algumas fragilidades relacionadas a não utilização de protocolo (16,6%), não classificação de toda a demanda (19,0%), não realização do exame físico (38,2%), a deficiência de recursos materiais (42,8%), realização de registro informal (85,7%) e a não reavaliação de pacientes que aguardam atendimento (40,5%). Quanto à vulnerabilidade, mesmo apresentando um entendimento conceitual parcial, os entrevistados conseguiram apontar fatores a serem considerados na avaliação. Outros fatores como a ausência de fluxograma (53,3%) e indicadores (97,8%) nas unidades, a insuficiência na oferta de treinamentos (46,6%), o comprometimento de outras funções do enfermeiro (80,0%) e a insatisfação profissional (48,9%), podem interferir de forma negativa no processo de implantação. Todavia, observou-se que a temática é amplamente discutida nas reuniões de equipe (91,2%) e que os profissionais reconhecem a importância do ACCR no atendimento da demanda (97,8%). Entre os principais fatores dificultadores apontados pelos entrevistados estão a deficiência de recursos humanos (44,4%) e a estrutura física inadequada (33,3%). Já entre os facilitadores, foi citado principalmente o envolvimento da equipe (42,2%). Com os resultados obtidos na presente pesquisa pode-se afirmar que o ACCR encontra-se implantado nas UBSF do município de Campo Grande/MS, entretanto, apresenta fragilidades que podem afetar o seu processo de implementação. Contudo, esta contribuição poderá auxiliar os gestores e os profissionais da saúde no gerenciamento das ações assistenciais realizadas junto aos usuários, de modo a possibilitar a melhoria no fluxo do atendimento, aumentando a satisfação profissional e do usuário, bem como oportunizando uma melhor visibilidade do serviço.

Descritores: Acolhimento. Avaliação de Risco. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The Patient Reception with Risk Evaluation is one of the proposals of the Humanisation National Politics which aims to improve health production practice. Its establishment at the Primary Health Care is intended to promote not only the user's access to health care services, but also a means to provide a resolute, humane and equitable health care, allowing the user health risk to be seen not only in biological terms, but also considering humane conditions which raise the individual vulnerability risk. This study aims to investigate the situation of the Patient Reception with Risk Evaluation in the Family Health Strategic Units in Campo Grande/MS. This research consists of a descriptive, transversal, quantitative study, performed with data collected through interviews to one nurse from each of the 48 Urban Basic Health Unit of the ESF. The study identified the nurses professional characteristics, revealing that 40% are between 20 and 30 years old, most of them are female (91.1%), with a professional training of 6 to 10 years (49%), specialized training (77.8%), 51.1% have been serving the ESF for 1 to 5 years, 75.6% joined the public service through competitive examination and 95.6% don't have another job. In relation to the concept comprehension of the Patient Reception with Risk Evaluation the interviewed nurses showed partial understanding about welcoming reception (95.6%), qualified hearing (88.9%) and vulnerability (57.7%). The Risk Evaluation understanding was satisfactory (77.7%). The Patient Reception with Risk Evaluation is established in 100% of the units and is conducted during all opening hours (73.4%). However, it is exclusively performed by the health community agent (88.8%). The qualified hearing happens in 100% of the units and it is registered during the risk rating, rather than during the patient reception. The risk rating is established in 93.4% of the units, with some weaknesses such as not using the protocol (16.6%), not classifying the entire request (19%), not performing physical exam (38.2%), lack of necessary resources (42.8%), informal registration (85.7%) and failing to reevaluate the patients waiting for the doctor. Although the subjects presented partial concept knowledge, they were able to point out relevant elements for the evaluation. Other factors, such as absence of fluxogram (53.3%) indicators (97.8%) in the units, the shortage in training (46.6%), impairment of other nurse responsibilities (80%), professional dissatisfaction (48.9%), can negatively interfere in the implementation of the process. However, it was observed that the theme is widely discussed during the team meetings (91.2%) and the professionals recognize the importance of the Patient Reception Risk Evaluation for the service (97.8%). Among the main unfavourable factors are the lack of human resources (44.4%) and the inadequate physical infrastructure (33.3%). On the other hand, team engagement (42.2%) was mentioned as the main favourable factor. According to the results of the survey it is possible to suggest that Patient Reception Risk Evaluation is established in the Primary Health Care System in Campo Grande/MS, however it presents weaknesses which might affect the full implantation process. Nonetheless, this contribution may assist managers and health care professionals in managing the assistance provided to the user, in order to promote improvements in the service flow, increasing workers and patients satisfaction as well as providing the service with better visibility.

Keywords: Patient Reception. Risk Evaluation. Primary Health Care. Family Health Strategy

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Campo Grande/MS, mapa ilustrativo da divisão dos Distritos Sanitários do município..... 26
- Figura 2 - Campo Grande/MS, distribuição das UBSF por distrito Sanitário do município de e quantidade de equipes por UBSF..... 31
- Figura 3 - Análise das dimensões conceituais do Acolhimento e classificação a partir da somatória das respostas..... 34
- Figura 4 - Análise das dimensões conceituais da Escuta Qualificada e classificação a partir da somatória das respostas..... 34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), caracterização do profissional enfermeiro da ESF .....	37
Tabela 2 -	Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), entendimento dos profissionais sobre o acolhimento .....	40
Tabela 3 -	Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), entendimento dos profissionais sobre a escuta qualificada .....	41
Tabela 4 -	Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), situação da implantação do acolhimento e escuta qualificada nas UBSF .....	43
Tabela 5 -	Campo Grande, MS, 2019, situação da implantação da classificação de risco nas UBSF .....	45
Tabela 6 -	Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), fatores considerados pelos profissionais na análise da vulnerabilidade .....	50
Tabela 7 -	Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), outros aspectos da implantação do ACCR nas UBSF .....	52
Tabela 8 -	Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), fatores dificultadores e facilitadores à implantação do ACCR nas UBSF .....	54

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Controle de Endemias
APS	Atenção Primária à Saúde
CR	Classificação de Risco
EQ	Escuta qualificada
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	13
2.1 A Atenção Primária à Saúde no Brasil .....	13
2.2 A Estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe .....	15
2.3 A Política Nacional de Humanização .....	16
2.4 Acolhimentos com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência/Emergência.....	18
2.5 Acolhimento com Classificação de Risco para a APS .....	21
2.6 Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Estratégia Saúde da Família de Campo Grande/MS .....	25
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	29
3.1 Objetivo geral.....	29
3.2 Objetivos específicos .....	29
<b>4 ASPECTOS METODOLOGICOS</b> .....	30
4.1 Tipo, local e período .....	30
4.2 Seleção da população pesquisada .....	30
4.3 Instrumento/procedimentos de coleta de dados .....	33
4.4 Procedimento para análise dos dados .....	33
4.5 Aspectos éticos .....	35
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	36
5.1 Características profissionais dos enfermeiros.....	36
5.2 Acolhimento e escuta qualificada .....	39
5.3 Classificação de risco .....	45
5.4 Vulnerabilidade .....	49
5.5 Outros aspectos da implantação do ACCR na ESF em Campo Grande .....	51
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	57
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	59
<b>APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA</b> .....	65
<b>APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) ...</b>	70
<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESAU) DE CAMPO GRANDE/MS PARA A COLETA DE DADOS</b> .....	72

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento na demanda por atendimento de urgência e emergência e a consequente superlotação dos prontos-socorros, tem gerado filas de espera, que, associada à falta de critérios clínicos para a avaliação primária dos usuários podem gerar complicações desnecessárias no quadro dos pacientes e até mesmo situações de mortes evitáveis (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Por isso, diante do crescente fluxo desordenado de usuários nas portas dos prontos socorros e da presença de uma demanda por serviços maior que a necessidade e sua oferta, tornou-se necessária a construção de alternativas de racionalização de ofertas ou estratégias regulatórias para a reorganização do processo de trabalho destes serviços de saúde, que se deu por meio da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco/ACCR (BRASIL, 2011a).

Também é notório, que nos serviços de urgência lotados e sobrecarregados, boa parte dos atendimentos poderia ser realizado na Atenção Primária à Saúde (APS). Somado a este fator, após inúmeras experiências exitosas sobre as melhorias geradas por meio do ACCR nas portas de entrada dos serviços de urgência e emergência, estes procedimentos estenderam-se para a APS (BRASIL, 2013; SACOMAN; BELTRAMI; ANDREZZA, 2019).

Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade na APS, não basta distribuir senhas em número limitado, nem encaminhar todos os usuários para o atendimento médico. O acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. É fundamental que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc. A reorganização do trabalho em equipe é peça fundamental no sucesso da implantação deste dispositivo na APS (BRASIL, 2017).

Em Campo Grande (MS), o ACCR teve início na APS em 2017, após a publicação do Comunicado Interno (CI nº4062/2017), o qual orientou o embasamento teórico, jurídico e o prazo para a efetivação do Acolhimento à Demanda Espontânea com Classificação de Risco na Atenção Básica (CAMPO GRANDE, 2017a).

A partir de então, cada unidade, individualmente, se organizou para dar início à implantação do dispositivo, não havendo um padrão entre os serviços em relação ao modo de operar e qualificar as suas equipes. Diante da capacitação e experiência dos enfermeiros no ACCR dos serviços de urgência, da resistência das outras categorias de nível superior em realizar o ACCR e da necessidade de iniciar esta prática nas unidades, coube aos enfermeiros assumir, principalmente, a classificação de risco.

Em 2019, a Secretaria Municipal de Saúde do município acatou a deliberação do Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 2048/2002, que não estabelece uma categoria específica para executar a classificação de risco, deliberando a inclusão dos demais profissionais de nível superior que compõem as equipes de saúde da família (médicos, odontólogos e farmacêuticos) no rodízio das escalas de Classificação de Risco, junto aos enfermeiros (BRASIL, 2002).

Todavia, não se sabe em que situação se encontra o processo de implantação do ACCR, devido a indisponibilidade de dados para consulta. Considerando-se o fato de serem escassas as publicações sobre o ACCR na APS, este trabalho teve por objetivo investigar a situação do ACCR nas unidades de Estratégia Saúde da Família em Campo Grande/MS, cuja implementação irá favorecer não só o acesso do usuário aos serviços de saúde, mas também, melhorar atenção à saúde da população de forma resolutiva, humana e equânime.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A Atenção Primária à Saúde no Brasil**

As conquistas da saúde pública no Brasil se deram a partir de um modelo médico-assistencial hospitalocêntrico embasado no conceito arcaico de saúde como ausência de doença. Todavia, este modelo tornou-se incapaz de articular a interface da saúde com os fatores que influenciam na qualidade de vida das pessoas e da comunidade (BRASIL, 2003).

Com isso, em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal, que num contexto de busca de implantação de bem-estar social, transformou a saúde em direito de cidadania, dando origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Com o objetivo de trazer melhorias no setor da saúde, o artigo 196 da Constituição Federal declara a saúde como "direito de todos e um dever do Estado". E tal direito deve ser garantido por políticas públicas sociais e econômicas, que reduzam o risco de doença e promovam acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 2011d).

Todavia, a regulamentação do SUS ocorreu somente em 1990 e a sua criação foi uma importante conquista da sociedade, uma vez que foi constituído para promover justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, sendo considerada uma política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania (BRASIL, 2011a).

E para garantir o direito do cidadão à saúde, foi promulgada a Lei nº 8080/90 com o objetivo de estabelecer os princípios do SUS de acordo com as diretrizes do artigo 198 da Constituição Federal, reforçando a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios organizativos e doutrinários para dar base ao SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Mesmo diante de todas essas conquistas, ainda assim, para o real atendimento das necessidades de saúde da população, considerando o princípio da integralidade, é necessário que o modelo de atenção à saúde se oriente também nos aspectos assistenciais na busca de uma assistência mais humanizada, com acesso fácil ao sistema, permitindo uma migração por diversos níveis de atenção, de acordo com

suas necessidades e complexidade, de forma a disponibilizar todos os recursos e conhecimentos tecnológicos para a população (BRASIL, 2003).

Por isso, para reorientação do modelo assistencial, maior importância passou a ser dada às questões voltadas à promoção da saúde, levando em consideração o espaço territorial local, que por sua vez, deve se constituir como base do sistema de saúde, pois a partir do conhecimento de sua dimensão é possível conhecer não só a população, mas também os determinantes sociais do processo de saúde-doença-cuidado (BRASIL, 2003, 2011c).

Com isso, na tentativa de reverter o modelo assistencial em que predominava o atendimento emergencial do doente, quase sempre em grandes hospitais, deu-se a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que permitiu ampliar a cobertura em saúde. Nesta proposta, a família passou a ser o centro da atenção, o que possibilitou uma compreensão melhor do processo saúde-doença (BRASIL, 2012; MOROSINI, FONSECA; LIMA, 2018).

Diante da expansão do Programa de Saúde da Família que se consolidou como estratégia para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, definindo a atenção básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 3).

Mais tarde, a Portaria nº 648 foi revogada e substituída pela Portaria nº 2.488/2011, que aprovou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), reforçando em seu novo conceito o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde e coletividades. Estabeleceu também a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). E ainda considerou os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, como termos equivalentes (BRASIL, 2011c; 2012).

A mais recente revisão da PNAB ocorreu em 2017, através da portaria nº 2436/2017, trazendo um conceito mais atual da Atenção Básica como sendo:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território

definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017 p. 2).

A PNAB, portanto, é o resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e consolidação do SUS e destaca a atenção básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, tendo a Saúde da Família como sua estratégia prioritária para a sua expansão e consolidação (BRASIL, 2017).

## **2.2 A Estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**

A PNAB tem a Saúde da Família como o carro chefe para a consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde dos indivíduos. É um elemento potencializador e oportuno rumo à construção de uma nova ética social, alicerçada nos princípios do acesso, territorialização, acolhimento, humanização e criação de vínculo com o usuário (BRASIL, 2017; SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

Para se alcançar esses princípios, alguns ajustes se fazem necessários, como no caso da reestruturação física e de ambiência nas UBS, que devem estar de acordo com as necessidades de saúde da população de cada território e adequadas ao quantitativo de população adstrita, para que seja entendida como um lugar que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para os profissionais de saúde (BRASIL, 2017).

Quanto ao seu funcionamento, orienta-se que haja carga horária mínima de 40h semanais, no mínimo cinco dias da semana, durante todos os meses do ano, favorecendo o acesso facilitado à comunidade. E sobre a sua composição, recomenda-se que seja minimamente por profissional médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS, podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal e devem cobrir uma população adstrita em torno de 2000 a 3.500 pessoas por equipe (BRASIL, 2017).

Pressupõe a redefinição do modelo de atenção à saúde, caracterizando-se pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, reforçando a importância de reflexões acerca dos processos de trabalho, revisão das redivisões de tarefas e o cumprimento das atribuições a fim de desenvolver um trabalho integrado. Portanto, o processo de

trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente o acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017; PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Com relação às atribuições dos profissionais das equipes que atuam na atenção básica merece destaque a participação de todos no acolhimento dos usuários. Além disso, a equipe deve proporcionar um atendimento humanizado, realizar classificação de risco, identificar as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento de vínculo (BRASIL, 2017).

A expansão da Estratégia Saúde da Família atravessa seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, pois ao mesmo tempo em que cresce, também, desvenda importantes fragilidades inerentes à processos de mudança (GIL, 2006).

Entre essas fragilidades, destaca-se a permanente denúncia de “precarização no cuidado”, amplificada pela mídia que, em geral, destaca a “desumanização” como uma das principais expressões do SUS e levanta a necessidade de buscar uma conceituação positiva da humanização (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

### **2.3 A Política Nacional de Humanização**

Diante da necessidade de aperfeiçoamento do SUS, de impulsionar a consolidação da ESF e enfrentar os desafios para garantir uma saúde de qualidade à população, foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de “HumanizaSUS” (BRASIL, 2003).

A PNH emerge da convergência de objetivos como o enfrentamento de desafios enunciados pela sociedade quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde, da necessidade de redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e de enfrentar problemas no campo da organização e gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Diante dos inúmeros desafios das mudanças dos modelos de atenção e das práticas de saúde, o Ministério da Saúde lançou a PNH com o objetivo de reforçar

um atendimento com qualidade e a participação integrada de gestores, profissionais e usuários, tendo como princípios norteadores:

- a) valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negras, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.);
- b) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- c) apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- d) construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- e) corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- f) fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS;
- g) compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- h) valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (BRASIL, 2006, p.18).

Para o Ministério da Saúde, a implementação desta política é pautada na construção de trocas solidárias e comprometidas e, por meio desta interação entre profissionais, usuários e gestores incentiva-se a motivação, a capacidade de reflexão, o aumento da autoestima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, a criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social (BRASIL, 2011d).

A proposta da PNH vem ao encontro dos princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias para ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações nas relações sociais e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população (SANTOS-FILHO, 2007).

Estas diretrizes se apoiam em princípios como a ampliação da transversalidade, favorecendo a capacidade de interferência mútua entre sujeitos e a sua capacidade de deslocamento subjetivo; a inseparabilidade entre gestão e atenção e a aposta do protagonismo dos sujeitos em coletivos. Esses princípios acionam o método da PNH, definido como inclusão de sujeitos e coletivos, seja na gestão, seja na corresponsabilização do cuidado de si e dos outros e nos processos de trabalho (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Apresenta-se como uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar. Atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, tendo o acolhimento com classificação de risco como um dos seus inúmeros dispositivos a serem implantados nas práticas de produção de saúde, visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2006, 2011d).

## **2.4 Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência/Emergência**

De acordo com Cavalcante *et al.*, (2012), fatores como a desorganização dos serviços e a falta de critério no atendimento geram a sobrecarga de trabalho e uma assistência não qualificada. Além disso, o aumento na demanda por atendimento de urgência e emergência e a consequente superlotação dos prontos-socorros, tem gerado filas de espera, que são agravadas por uma série de problemas de origem organizacional, bem como pela falta de critérios clínicos para a avaliação primária dos usuários. Tais situações podem gerar complicações desnecessárias no quadro dos pacientes e até mesmo situações de mortes evitáveis.

Diante disso, tornou-se necessária a construção de alternativas de racionalização de ofertas ou estratégias regulatórias para a reorganização do processo de trabalho destes serviços de saúde, que se deu por meio da implantação do acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2011b).

O Acolhimento com Classificação de Risco busca implantar modelo de atenção às condições agudas com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, por meio de um acolhimento responsável e resolutivo, com base em critérios de risco, tendo como objetivos:

- a) organizar o serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho/ a fim de possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
- b) identificar a clientela em situação de emergência ou de maior risco, priorizando-a para atendimento imediato a fim de diminuir a possibilidade de agravamento;
- c) estabelecer mudanças estruturais na forma de gestão do serviço em saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, escuta, troca e decisões coletivas; e
- d) construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços de gerências centrais e distritais (BRASIL, 2009, p.19).

Portanto, a finalidade do acolhimento com classificação de risco é definir a ordem do atendimento em razão do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada. É deste modo, um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004a, 2011b).

O primeiro contato da pessoa que procura o serviço deve ser obrigatoriamente com um profissional de saúde, capacitado para identificar de imediato as emergências, identificar as demandas administrativas e orientar os fluxos de atendimento. O local do primeiro contato pode ser um balcão, uma mesa, um *hall* de espera ou uma sala de espera. É importante que não haja barreiras físicas e que ele seja feito o mais brevemente possível (dez minutos no máximo) após a chegada do usuário no serviço. É importante ressaltar que não haja fila para este primeiro contato entre profissional e usuário (BRASIL, 2004b).

O acolhimento, portanto, não determina local ou profissional específico para fazê-lo. Deve ser encarado como uma atribuição de toda a equipe, que por sua vez, deve ser capacitada para realizar uma escuta qualificada, que quando aplicada, auxilia o profissional na melhor compreensão e condução dos processos. Ou seja, escutar qualificadamente significa ter a sensibilidade de estar atento não somente ao que é dito, mas também ao que é expresso através de gestos, ações e emoções e a partir disso, definir quais ações serão tomadas e direcionamento serão dados de acordo com as situações apresentadas (BRASIL, 2004b; SANTOS, 2014).

Já a classificação de risco, deve ser realizada por profissional de saúde de nível superior, que deve ser qualificado para tal função. Cavalcante *et al.*, (2012) apontam que o enfermeiro tem sido o profissional mais indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. As atribuições do enfermeiro na classificação de risco têm amparo legal na Resolução nº 159/93 do COFEN, que dispõe sobre a consulta de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993).

O protocolo de classificação de risco orienta e auxilia a avaliação da gravidade e risco de agravamento, sendo deste modo, um guia para o profissional classificador. É um instrumento que sistematiza a avaliação de risco, sendo, uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como objetivo reencaminhar alguém sem atendimento, mas sim organizar e garantir o atendimento de todos (BRASIL, 2004a).

Existem diversos tipos de protocolos de classificação de risco pelo mundo. O Ministério da Saúde oferta em seus manuais, alguns protocolos direcionados para cada tipo de serviço (serviços de urgência, atenção primária e obstetrícia). No entanto, o protocolo pode ser discutido e elaborado pela própria equipe multiprofissional que atua no serviço, levando em conta aspectos da realidade local, como tipo de clientela, número de atendimentos, horários de pico, entre outros (BRASIL, 2004a).

Recomenda-se que o protocolo tenha de três a quatro níveis de classificação de risco e o uso de cores preferencialmente para designar o potencial risco, sendo elas: vermelho, amarelo, verde e azul. O modelo de Manchester por sua vez, contempla cinco cores, incluindo a cor laranja entre os níveis de classificação. O tempo para atendimento de cada nível/cor pode sofrer pequenas variações entre os protocolos existentes, indo do atendimento imediato (vermelho) até o atendimento não urgente (azul), que pode corresponder a até 240 minutos de espera para o atendimento médico (BRASIL, 2009).

Considerando que o objetivo da classificação de risco não é definir um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica, o método requer que o profissional defina o motivo pelo qual a pessoa procurou o serviço de urgência, definindo a sua queixa principal. Segue-se a escolha, entre as condições apresentadas em fluxogramas, àquele que estiver de acordo com a queixa citada. Procura-se então, um conjunto de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica em compatibilidade com a gravidade apresentada, estabelecendo-se por fim, a gravidade e respectiva necessidade de atendimento (BRASIL, 2009).

O Acolhimento e a Classificação de Risco, portanto, tem objetivos diferentes, mas complementares. A sistemática do acolhimento com classificação de risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e a avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2006, 2013).

## 2.5 Acolhimento com Classificação de Risco para a APS

Acesso e acolhimento são elementos essenciais no atendimento para que se possa incidir de forma efetiva sobre as necessidades de saúde do indivíduo. Tem-se observado inúmeros problemas nos serviços básicos de saúde em relação ao acesso e ao acolhimento, tais como: áreas físicas inadequadas, filas extensas, baixa qualificação dos profissionais, relações frias e desumanizadas (RAMOS; LIMA, 2003).

Após inúmeras experiências exitosas sobre as melhorias geradas por meio do acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada dos serviços de urgência e emergência, estes procedimentos estenderam-se também à APS, sendo apresentado, em 2013, pelo Ministério da Saúde, os Cadernos de Atenção Básica, voltados ao acolhimento e atendimento da demanda espontânea (BRASIL, 2013).

Para que a APS de fato, seja resolutiva, ela deve ser mais do que um local que faz promoção, prevenção, consultas ou procedimentos. Ela deve ser encarada como uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, se constituindo como uma “porta aberta”, capaz de dar respostas “positivas” aos usuários. Deve ter tanto uma capacidade ampliada de escuta e análise, quanto um repertório ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas (BRASIL, 2011c).

Dentre as razões para acolher a demanda espontânea na APS é possível citar: a valorização da legitimidade da queixa/necessidade do usuário; a possibilidade em satisfazer diversos tipos de demandas, utilizando as modalidades de tecnologias leves, leves-duras e duras, que podem e devem estar disponíveis neste tipo de serviço e, principalmente, para a criação e formação de vínculo, considerando a proximidade com a unidade, relação pré-existente com a equipe e facilidade em dar continuidade ao tratamento (BRASIL, 2013).

Para Merhy *et al.* (2006), as tecnologias podem ser classificadas como leves, leves-duras e duras. As tecnologias leves são as das relações, as leves-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. A humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado.

A postura e a atitude do profissional, tidas como tecnologias leves do cuidado, se estabelecem nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso, sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas (BRASIL, 2017).

De acordo com Camelo *et al.*, (2016) o ACCR busca a descentralização do atendimento médico, para uma equipe multiprofissional, que por sua vez realiza a escuta qualificada do usuário, comprometendo-se em resolver o problema de saúde deste com base em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Tais aspectos buscam romper paradigmas convencionais, caracterizados historicamente por modelos de gestão de oferta, para a adoção de um modelo de gestão de saúde da população.

Os moldes nos quais se organizam o trabalho das equipes das unidades da ESF, especialmente a proximidade das equipes de saúde com a população, possibilitam maior capacidade de atuação, que favorece a vinculação, a responsabilização e a atuação na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar (CAMELO *et al.*, 2016).

A implantação do ACCR nas unidades de ESF possibilita ainda ampliar o foco sobre o indivíduo, respondendo à suas demandas que surjam com queixas e trabalhando ao mesmo tempo os aspectos que compõem as vulnerabilidades do usuário. Com isso, é possível que as pessoas atendidas construam seus vínculos com o serviço a partir de respostas positivas às suas demandas, além de abrir uma oportunidade de ampliar as ofertas de cuidados das unidades, fomentando assim a corresponsabilização (SCHOLZE, 2014).

Ainda segundo o mesmo autor, o desafio das unidades de ESF está em organizar o trabalho das equipes de modo a lidar adequadamente com as situações emergentes da demanda espontânea sem comprometer o atendimento da demanda programada. A vantagem da implantação do ACCR nas unidades de ESF está na capacidade de gerenciar retornos, utilizando a demora permitida no atendimento, de modo eficiente, contribuindo para estabelecer vínculos a partir da longitudinalidade das ações assistenciais.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d, p.196) “o acolhimento é um importante dispositivo a ser utilizado no processo de organização da APS como

modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde”, surgindo como uma proposta para substituir o processo de triagem, ainda existente em muitas unidades. A triagem caracteriza-se por oferecer ações pontuais e isoladas, descomprometidas com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Na prática, a triagem se dá por meio da organização das filas considerando a ordem de chegada do usuário na unidade, sem avaliação do risco e agravo destes usuários (BRASIL, 2011a).

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas no prontuário do usuário e os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como:

- a) consulta ou procedimento imediato;
- b) consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;
- c) agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;
- d) procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;
- e) encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e
- b) orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço (BRASIL, 2017, p. 30).

A classificação de risco orienta não só o tipo de intervenção/oferta de cuidado, como também, o tempo em que deverá ocorrer. Na APS, ao contrário da classificação de risco adotada nas portas de entradas dos hospitais, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico após a avaliação inicial (com exceção das situações de risco). Não basta olhar o risco apenas considerando termos biológicos, é importante conseguir identificar as situações que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, para isso, o acolhimento é uma oportunidade para incluí-los e inseri-los nos planos de cuidado (BRASIL, 2011a, 2013).

Avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade do que outros pacientes aparentemente mais necessitados (BRASIL, 2006).

Por isso torna-se importante não só conhecer, mas também ampliar o conceito de vulnerabilidade, que para Silva, Alvarenga e Oliveira (2012, p. 3) está relacionado

...ao conjunto de aspectos individuais, coletivos, sociais e disponibilidade de recursos que podem resultar em suscetibilidade ao adoecimento, ou agravos

à saúde. Esses, por sua vez, não estão relacionados ao aspecto meramente individual, mas, também aos aspectos coletivos e contextuais que envolvem questões sociais, políticas, culturais e econômicas.

Entretanto, estudos como o de Janczura (2012) e Carmo e Guizardi (2018), apresentam a falta de clareza no uso do conceito da vulnerabilidade na APS e evidenciam o fato de que não há uma vasta produção teórica sobre esta temática, o que pode justificar a dificuldade na sua compreensão. Contudo, os mesmos autores, apontam que apesar de ser conceitualmente impreciso, o termo vulnerabilidade amplia a compreensão de múltiplos fatores que fragilizam os sujeitos no exercício de sua cidadania.

Além da escassez de publicações sobre a vulnerabilidade no contexto da APS, Silva, Alvarenga e Oliveira (2012) também apontam que as equipes da Estratégia Saúde da Família não contam com instrumentos e recursos necessários para identificar famílias, em situação de maior vulnerabilidade, o que torna complexa a sua avaliação.

Na classificação de risco da APS é possível apoiar à construção da autonomia do usuário por meio da escuta de como ele próprio avalia a sua situação. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 34) “a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser, preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários”.

Para a implementação da classificação de risco na APS é necessário que haja um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, gestores e trabalhadores. É importante que as equipes rediscutam os processos de trabalho, estabeleçam fluxos de acesso, protocolos de atendimento e que façam a reorganização das agendas de trabalho considerando as demandas programadas e as espontâneas (BRASIL, 2011d).

É importante que as equipes discutam e que sejam estabelecidos critérios que sirvam de subsídio para a classificação de risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade. A utilização de protocolos para essa finalidade é uma referência, entretanto, precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da APS (BRASIL, 2013).

Outras questões a serem consideradas em um processo de implantação são: o planejamento dinâmico e flexível das agendas; a experimentação de diferentes modelagens de acolhimento; a construção de espaços de gestão colegiada e

educação permanente; análise da população adstrita segundo a capacidade de cada equipe, considerando áreas de maior risco e vulnerabilidades; pactuação de fluxos com os serviços de retaguarda; interação com o conselho local de saúde e a comunicação efetiva com o usuário, estimulando a sua participação no processo de saúde (BRASIL, 2011d).

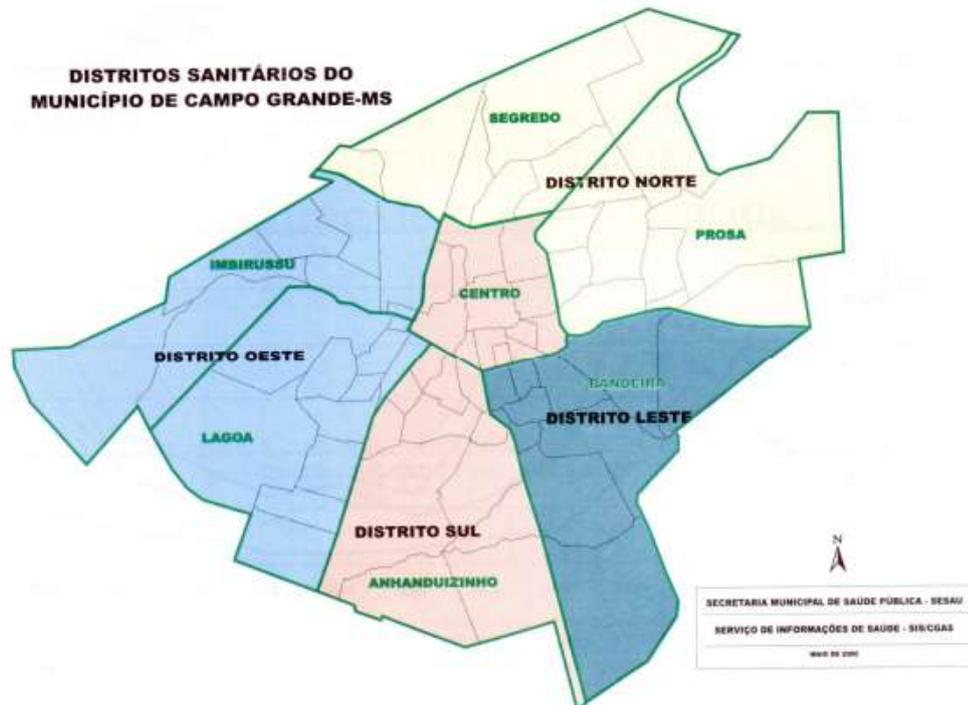
A reorganização do trabalho em equipe é peça fundamental no sucesso da implantação deste dispositivo na APS. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem encaminhar todos os usuários para o atendimento médico. O acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. É fundamental que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina: quais profissionais vão receber o usuário que chega, como será avaliado o risco e vulnerabilidade, fluxos e protocolos para encaminhamento e como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado (BRASIL, 2017).

## **2.6 Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Estratégia Saúde da Família de Campo Grande/MS**

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) (BRASIL, 2018), o município de Campo Grande – MS apresenta uma população de 874.210 habitantes, com uma cobertura estimada de 400.373 habitantes, o que corresponde a 45,8% da população coberta pela ESF. Pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município conta com 52 unidades de ESF (sendo 48 unidades urbanas e quatro unidades rurais), totalizando 139 equipes (CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2010).

Até 2017, Campo Grande contava com quatro (04) Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste), entretanto, esta estruturação dificultava a organização e a articulação junto às unidades de saúde vinculadas. Sendo assim, foi proposto o redimensionamento territorial por meio da criação de mais três (03) Distritos Sanitários. Esta nova reorganização teve como objetivo, coordenar, apoiar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde em sua base territorial, em consonância às Redes de Atenção à Saúde, seguindo as diretrizes do SUS e zelando pela qualidade dos serviços prestados nas suas Unidades de Saúde (CAMPO GRANDE, 2017b).

Figura 1 – Campo Grande/MS, mapa ilustrativo da divisão dos Distritos Sanitários do município



Fonte: CAMPO GRANDE, 2018

De acordo com a Portaria nº2436/2017, cabe ao gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS (BRASIL, 2017).

Sobre a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no município de Campo Grande – MS, o primeiro movimento em relação a esta temática ocorreu em 2014, por meio de um projeto piloto realizado na unidade de Estratégia de Saúde da Família do Portal Caiobá, localizado na região do Lagoa, que contou com o apoio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da SES. Entretanto, na época, não houve motivação para a implementação do dispositivo, fazendo <sup>1</sup>com que o mesmo fosse descontinuado (informação verbal)<sup>1</sup>.

Em junho de 2017, frente aos objetivos e metas traçados no Plano de Saúde Municipal, bem como o anseio para a implantação da Clínica da Família, tais esforços para a implantação deste dispositivo foram retomados pela gestão e em outubro de

<sup>1</sup> Informação fornecida em reunião pelo coordenador municipal da Atenção Básica, Enf. Gabriel Valdes, em Campo Grande/MS, 2018

2017 foi publicada a CI CRAB nº 4062/2017, a qual orienta o embasamento teórico, jurídico e o prazo para a efetivação do Acolhimento à Demanda Espontânea com Classificação de Risco na Atenção Básica (CAMPO GRANDE, 2017a)

Depois de deliberada a CI, cada unidade, individualmente, se organizou para dar início à implantação do dispositivo, não havendo um padrão entre os serviços, em relação ao modo de operar e qualificar as suas equipes (informação verbal)<sup>1</sup>.

A Portaria GM/MS nº 2048/2002 do Ministério da Saúde recomenda

...que o processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002, p. 12).

Com base nesta proposta do Ministério da Saúde, que não estabelece uma categoria específica para executar a classificação de risco, a mesma CI que orientou a implantação do ACCR nas UBSF, também deliberou a inclusão dos demais profissionais de nível superior que compõem as equipes de saúde da família (médicos, odontólogos e farmacêuticos) no rodízio das escalas de Classificação de Risco, junto aos enfermeiros.

Entretanto, houve resistência das outras categorias de nível superior em realizar o ACCR e diante da necessidade de iniciar esta prática nas unidades e da capacitação e experiência dos enfermeiros no ACCR dos serviços de urgência coube aos enfermeiros assumir, principalmente, a classificação de risco (informação verbal)<sup>1</sup>.

Segundo Rates, Alves e Cavalcante (2016) o enfermeiro têm sido o profissional mais indicado para realizar a classificação de risco, devido à sua formação profissional que abrange não somente questões técnicas e biológicas, mas também aspectos sociais e emocionais que potencializam uma prática acolhedora e responsiva às necessidades da população.

Outros estudos, como o de Rossato *et al.* (2018), Cavalcante *et al.* (2012) e Belluci Júnior e Matsuda (2012) reafirmam o enfermeiro como sendo o profissional mais recomendado para avaliar e classificar o risco dos pacientes, por se tratar de um profissional de nível superior com conhecimento necessário para desempenhar esta tarefa, devendo ser orientado por um protocolo direcionador.

Ressalta-se ainda que o enfermeiro é amparado pelo Conselho de Enfermagem a realizar a classificação de risco, que foi regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, que normatiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Risco,

em seu artigo 1º, resolve que: “no âmbito da equipe de Enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012a, p.1).

Destaca-se ainda que não foram encontrados estudos que descrevem a participação de outros profissionais de nível superior na classificação de risco, assim como não foram encontradas descrições deste procedimento nas atribuições das demais categorias.

## **OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo geral**

Investigar a situação do Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de Estratégia Saúde da Família em Campo Grande/MS.

### **3.2 Objetivos específicos**

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) descrever as características profissionais dos enfermeiros lotados nas unidades de Estratégia Saúde da Família pesquisadas;
- b) identificar as atividades que são desenvolvidas na realização do Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de ESF;
- c) caracterizar a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia Saúde da Família.

## **4 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo, local e período**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado nas unidades básicas de Estratégia Saúde da Família do município de Campo Grande/MS, no período de 2018 a 2019.

### **4.2 Seleção da população pesquisada**

A rede de serviços de atenção básica município de Campo Grande possui 52 unidades de ESF (sendo 48 unidades urbanas e quatro rurais), que totalizam 139 equipes, divididas em sete distritos sanitários, correspondendo a uma cobertura de 45,8% (BRASIL, 2019) (Figura 2).

Das 52 unidades, foram excluídas quatro rurais devido às particularidades que as diferem das unidades urbanas, especialmente em relação ao acesso da demanda espontânea, e três urbanas, sendo duas devido à recusa dos enfermeiros da unidade e uma por estar desativada, que ao final se constituíram em 45 unidades.

A população da pesquisa foi constituída por um enfermeiro de cada uma das 45 unidades, que por sua vez foi selecionado por ser o responsável por iniciar o processo de implantação do ACCR nas unidades e pela abrangência do papel que desempenha na ESF.

Como critérios de inclusão considerou-se o profissional mais antigo das unidades formadas por mais de uma equipe, tendo em vista que maior experiência propicia um melhor conhecimento do funcionamento da unidade, e atuação nesses serviços há pelo menos seis meses, pois é necessário um tempo mínimo para que o profissional possa conhecer e praticar as suas atribuições, se inserir nos serviços e criar vínculo com a comunidade.

Figura 2 – Campo Grande/MS, distribuição das UBSF por distrito sanitário do município de e quantidade de equipes por UBSF.

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>UBSF</b>	<b>Equipes</b>
Região Prosa	UBSF Nova Bahia	3
	UBSF Dr. Ademar Guedes de Souza – Mata do Jacinto	3
	UBSF Dr. Cláudio Luiz Fontanillas Fragelli – Jardim Noroeste	4
	UBSF Dr. João Miguel Basmage – Estrela Dalva	4
	UBSF Dra. Marly Anna Tatton Berg Gonçalves Pereira – Jd. Marabá	2
Região Segredo	UBSF Dr. Milton Kojo Chinen – Vila Nasser	4
	UBSF São Francisco	4
	UBSF Aquino Dias Bezerra – Vida Nova	3
	UBSF Dr. Elias Nasser Neto – José Abrão	1
	UBSF Dra. Alda Guedes Garcia de Oliveira – Jd Azaléia	3
	UBSF Dra. Márcia de Sá Earp - Nova Lima	3
	UBSF Fernando de Arruda Torres – José Tavares do Couto	3
	UBSF Mestre José Alberto Veronese – Jd. Seminário	1
	UBSF São Benedito	1
	UBSF Jd. Paradiso	1
	UBSF Vila Cox	3
UBSF Dr. Roger A. Buainain – Rochedinho (rural)	1	
Região do Anhanduizinho	UBSF Dr. Benjamim Asato – Parque do Sol	4
	UBSF Dr. Nelson Tokuei Simabukuro – Conjunto Aero Rancho IV	3
	UBSF Dr. Olímpio Cavalheiro – Cohab	2
	UBSF Dr. Sebastião Luiz Nogueira - Los Angeles	4
	UBSF Dr. Wagner Jorge Bortotto Garcia - Mário Covas	3
	UBSF Dr. Walfrido F. Azambuja – Alves Pereira	3

	UBSF Dr <sup>a</sup> Jeanne Elizabeth Wanderley Tobaru – Jd. Botafogo	3
	UBSF Dra. Sôni Lydia Souza Wolf – Macaúbas	4
	UBSF Jardim Nova Esperança	2
	UBSF Paulo Coelho Machado	3
	UBSF Mauro Rogério de Barros Wanderley – Iracy Coelho	4
	UBSF Dr. Bento Assis Machado – Anhanduí (rural)	1
Região Imbirussu	UBSF Dr. Albino Coimbra Filho – Santa Carmélia	3
	UBSF Dr. Manoel Secco Thomé – Indubrasil	2
	UBSF Dr. Herbert Rabelo Calado – Jardim Aero Itália	3
	UBSF Dra. Sumie Ikeda Rodrigues – Serradinho	4
	UBSF Jurandir de Castro Coimbra - Zé Pereira	3
	UBSF Ana Maria do Couto	3
	UBSF Sírio Libanês	2
	UBSF Manoel Cordeiro – Aguão (rural)	1
Região do Bandeira	UBSF Dr. Judson Tadeu Ribas – Moreninha III	4
	UBSF Dr. Vicente Fragelli – Cidade Morena	2
	UBSF Dr. Edson Quintino Mendes – Jd. Itamaracá	4
	UBSF Parque Residencial Maria Aparecida Pedrossian	3
	UBSF Dra. Maria José de Pauli – Três Barras (rural)	1
Região do Lagoa	UBSF Dr. Hirose Adania – Bonança	2
	UBSF Dr. Emilio de Alencar Garbeloti Neto - Tarumã	4
	UBSF Dr. Nelson Assef Buainain – Jardim Antártica	3
	UBSF Dr. Helio Martins Coelho - Jardim Batistão	3
	UBSF Maria de Lourdes dos Santos - Portal Caiobá	3
	UBSF Alda Garcia de Oliveira – UBSF Nossa Senhora das Graças	1
	UBSF Maria Ivone de Oliveira Nascimento Arakaki - Vila Fernanda	3
	UBSF Pastor Elizeu Feitosa de Alencar – São Conrado	3
Região do Centro	UBSF Vila Corumbá	1
	UBSF Vila Carvalho	1

Total	52 Unidades de Estratégia Saúde da Família	139
-------	--	-----

Fonte: CAMPO GRANDE, 2018

### 4.3 Instrumento/procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados primários foi realizado contato prévio com o gerente da unidade via telefone, para agendamento da entrevista. A sua realização se deu por meio da aplicação de um formulário (APENDICE A), elaborado pela pesquisadora, contendo 43 questões semiestruturadas, realizadas nas próprias unidades, entre os dias 05 a 21 do mês de fevereiro de 2019, em sala reservada, com duração média de 40 minutos.

Cada questão do formulário foi lida juntamente ao entrevistado e conforme foram respondidas, já foram em tempo real, transcritas pelo entrevistador, sendo salvas em arquivo digital e mantidas sob a guarda do pesquisador.

### 4.4 Procedimentos para análise dos dados

Para o tratamento e análise dos dados, foi elaborada uma planilha no programa *Microsoft Excel*, onde as respostas de cada profissional entrevistado foram lançadas, sendo agrupadas por conteúdo, sendo: perfil do profissional e características profissionais, acolhimento, escuta qualificada, classificação de risco, vulnerabilidade e situação da implantação do ACCR nas unidades (CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Nas questões referentes ao entendimento dos profissionais sobre o acolhimento, escuta qualificada, vulnerabilidade e classificação de risco, as respostas foram analisadas de acordo com o conceito baseado nas referências apresentadas e classificadas como satisfatórias, insatisfatórias e parciais

Devido ao alto índice de respostas parciais nas categorias do acolhimento e da escuta qualificada, foram identificadas dimensões que compunham cada conceito. Assim, cada resposta foi analisada de acordo com as dimensões contempladas, sendo registrado o número de ocorrências com que cada uma delas emergiram nas respostas. Sendo possível, possível identificar os aspectos mais frequentes citados pelos entrevistados (Figuras 3 e 4).

Figura 3 – Análise das dimensões conceituais do acolhimento e classificação a partir da somatória das respostas

Quando se trata de acolhimento, a escuta do usuário, desde que feita, responsabiliza-se integralmente por ele, estando sua função, garantido que ele expresse suas preocupações, angústias e ao mesmo tempo, colocando os temas necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros níveis de saúde para continuidade da assistência quando necessário.				Análise das dimensões conceituais do Acolhimento:					Somatória das respostas	Classificação a partir da soma				
Consegue definir o que é o Acolhimento?	Sim	Não	Parcialmente	Recepção	Exercer qualificação	Responsabilização	Resolutividade	Atenção aos outros níveis		MUITO RUIM: nenhuma resposta	RUIM: Contempla 1 dimensão	RAZOÁVEL: Contempla 2 dimensões	BOM: Contempla 3 dimensões	MUITO BOM: Contempla 4 dimensões
			1	1					1					
			1						1					

Figura 4 – Análise das dimensões conceituais da escuta qualificada e classificação a partir da somatória das respostas

A escuta qualificada é um caminho para o acolhimento, é uma ferramenta gerencial que auxilia na melhor condução dos processos. Ou seja, escutar qualificadamente pode ser definido como a sensibilidade de estar atento não somente ao que é dito, mas também ao que é expresso através de gestos, ações e emoções e a partir disso, definir quais ações serão tomadas e direcionamentos serão dados de acordo com as situações apresentadas (SANTOS, 2014)				Análise das dimensões conceituais da Escuta Qualificada					Somatória das respostas	Classificação a partir da soma				
Consegue definir o que é a EQ?	Sim	Não	Parcialmente	Facilita gerencial para condução processos	Qual	Estabelece estrutura, ações e estratégias	Identifica necessidades	Dá as ações necessárias		MUITO RUIM: Nenhuma resposta dada	RUIM: Contempla 1 dimensão	RAZOÁVEL: Contempla 2 dimensões	BOM: Contempla 3 dimensões	MUITO BOM: Contempla 4 dimensões
			1						1					
			1						1					

Após a análise da ocorrência dos aspectos nas respostas, também foi possível verificar quantos aspectos foram contemplados em cada resposta, tendo sido atribuído uma variação gradativa de conceitos, sendo: Muito ruim – Resposta Errada ou não respondeu; Ruim - Contempla 1 aspecto; Razoável - Contempla 2 aspectos; Bom - Contempla 3 aspectos; Muito bom - Contempla 4 aspectos e Excelente- Contempla os 5 aspectos, resposta completa (Figuras 3 e 4).

Para os dados quantitativos, realizou-se o somatório total, obtendo-se também os números absolutos e seus percentuais para cada questão.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram previamente informados sobre o estudo, seus objetivos, a metodologia utilizada, a inexistência de riscos atuais ou potenciais, benefícios previstos, o motivo de sua escolha como participante, seguida da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B).

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS e aprovada sob o parecer nº 3.030.872(ANEXO A).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Profissionais das unidades urbanas de ESF dos sete distritos sanitários de Campo Grande – MS, foram medidos neste estudo, sendo 22,3% (10) na região do Anhanduizinho, 22,3% (10) na região do Segredo, 15,6% (7) na região do Lagoa, 13,3% (6) no Prosa, 13,3% (6) no Imbirussú, 8,8% (4) no Bandeira e 4,4% (2) no Centro.

### **5.1 Características profissionais dos enfermeiros**

Na caracterização dos profissionais, observou-se predominância no sexo feminino (91,1%), faixa etária entre 20-30 anos (40,0%), tempo de formação entre 6-10 anos (49,0%) e a maioria com algum tipo de pós-graduação/especialização (77,8%). Dos profissionais especializados, foram considerados como sendo de relevância para a prática do ACCR, como a de Saúde da Família (37,3%), Saúde Pública (28,5%) e Urgência e emergência (20,0%), pelo fato de agregarem conhecimentos que facilitam a implantação do dispositivo no serviço (Tabela 1).

Tabela 1 - Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), caracterização do profissional do enfermeiro da ESF

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sexo		
Feminino	41	91,1
Masculino	4	8,9
Faixa etária		
20 - 30 anos	18	40,0
31 - 40 anos	16	35,5
41- 50 anos	7	15,5
> 50 anos	4	9,0
Tempo de formação		
1 - 5 anos	10	22,2
6 - 10 anos	22	49,0
11 - 15 anos	7	15,5
> 15 anos	6	13,3
Especialização		
Sim	35	77,8
Não	10	22,2
Tipo de especialização <sup>a</sup> (n = 35)		
Saúde da Família	13	37,3
Saúde Pública	10	28,5
Urgência e Emergência	7	20,0
Outras	5	14,2
Vínculo de trabalho		
Concurso Público	34	75,6
Contrato temporário	11	24,4
Outro vínculo empregatício		
Sim	2	4,4
Não	43	95,6
Tempo de serviço na ESF		
< 1 ano	6	13,4
1 - 5 anos	23	51,1
6 - 10 anos	9	20,0
11 - 10 anos	7	15,5
> 10 anos		
Recebeu capacitação para atuação no ACCR		
Sim	27	60,0
Não	18	40,0
Por onde realizou a capacitação (n = 27)		
Pela SESAU	25	92,6
Por outra instituição	1	3,7
Por conta própria	1	3,7

<sup>a</sup> Poderia ser assinalada mais de uma alternativa

Em relação ao vínculo de trabalho, observou-se que a maior parte dos profissionais eram concursados (75,6%) e não apresentavam outro vínculo empregatício (95,6%). Sobre o tempo de serviço na ESF, observou-se que cerca de metade dos entrevistados atuavam na SESAU entre 1-5 anos (51,1%).

Referente ao fato de terem recebido algum tipo de treinamento para a atuação em ACCR, pouco mais da metade afirmou ter recebido algum tipo de treinamento (60,0%) e que este foi oferecido pela SESAU (92,6%).

Sobre a predominância do sexo feminino na categoria pesquisada, resultado semelhante foi obtido nos estudos realizados por Lima et al. (2016) e Faria, Acioli e Gallash (2016), que junto às reflexões de Lopes e Leal (2005) reforçam a feminização profissional da enfermagem brasileira.

Quanto à faixa etária e tempo de formação e atuação na ESF, observa-se que a maior parte é formada por profissionais jovens e com pouco tempo de atuação, assim como foi observado em estudos semelhantes como o de Marqui et al. (2010) e Firmino et al., (2016). Estima-se que a concentração de profissionais jovens na ESF está relacionada à ampliação da cobertura da ESF e conseqüentemente ao aumento da mão de obra neste setor (FARIA; ACIOLI; GALLASCH, 2016).

Os resultados também revelaram que a maior parte dos profissionais apresentam algum tipo de pós-graduação, revelando uma tendência em buscar o aprimoramento profissional por meio de cursos na área da saúde. Resultados semelhantes podem ser confirmados em outros estudos, como no de Lima et al. (2016) e Firmino et al., (2016). Observou-se também que a maior parte dos profissionais, buscou aprimoramento nas áreas de Saúde Pública, Saúde da Família e Urgência e Emergência, cujo conhecimento adquirido nestes contextos podem vir a contribuir de forma positiva na formação destes profissionais e conseqüentemente na implantação do ACCR.

Assim como foi observado no estudo de Lima et al. (2016), a maior parte do ingresso na ESF, deu-se por meio de concurso público, sendo este um fator positivo à implantação do ACCR, pois, segundo o mesmo autor, vínculos precários geram insatisfações nos profissionais, que por sua vez, dificultam a implementação do PSF de modo geral.

Outro fator relevante é o fato da maioria dos profissionais não apresentarem duplo vínculo de trabalho, sendo este um fator positivo à implantação, pois a carga horária extensa pode gerar sobrecarga de trabalho e impactar na qualidade da

assistência prestada aos pacientes, bem como na saúde do trabalhador (COSTA; SANT'ANA; 2017).

Observou-se que pouco mais da metade dos profissionais recebeu algum tipo de capacitação para iniciar o ACCR nas unidades, o que fica a desejar em função da importância da capacitação profissional para o atendimento com classificação de risco. Tal objetivo pode ser alcançado pela capacitação das equipes de enfermagem por meio de estratégias educativas (SILVA; BARROS; TORRES, 2012).

## **5.2 Acolhimento e Escuta qualificada**

É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima. Por isso, é fundamental que o profissional saiba não só reconhecer o acolhimento, mas também saiba colocá-lo em prática. Segundo o Ministério da Saúde, (2006, p. 35) entende-se como acolhimento:

A recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Deste modo, os participantes expressaram o seu entendimento sobre o acolhimento e as respostas foram analisadas com base no conceito acima, sendo constatado que a maior parte dos entrevistados demonstrou uma compreensão parcial (95,6%). Das respostas classificadas como parciais, a recepção foi a dimensão mais citada (69,7%), seguida da resolutividades (65,1%) e da escuta qualificada (60,4%). A maior parte das respostas contemplou três dimensões (30,2%), sendo classificadas em um conceito bom (Tabela 2).

Tabela 2 - Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), entendimento dos profissionais sobre o acolhimento

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Entendimento		
Satisfatório	2	4,4
Parcial	43	95,6
Insatisfatório	-	-
Classificação das respostas parciais segundo as dimensões do acolhimento <sup>a</sup> (n = 43)		
Recepção	30	69,7
Resolutividade	28	65,1
Escuta qualificada	26	60,4
Responsabilização	22	51,1
Articulação com outros serviços	7	16,2
Ocorrência das dimensões nas respostas <sup>a</sup> (n=43)		
Excelente (todas as dimensões)	2	4,6
Muito bom (04 dimensões)	8	18,6
Bom (03 dimensões)	13	30,2
Razoável (02 dimensões)	11	25,5
Ruim (01 dimensão)	11	25,5
Muito Ruim	-	-

<sup>a</sup> Poderia ser assinalada mais de uma alternativa

Recepcionar, está relacionado ao ato ou efeito de receber, de dar informações e/ou ao setor situado logo na entrada, encarregado de receber os que chegam (MICHAELIS, 2019). Entretanto, acolher abrange dimensões maiores do que simplesmente receber quem chega. É fundamental que o profissional seja resolutivo, ou seja, que tente solucionar a necessidade do usuário dentro de suas possibilidades (D'AGUIAR, 2001).

No modelo hegemônico médico centrado, a solução dos problemas de saúde trazidos pelos usuários e à satisfação do cliente era ligada à figura do profissional médico. Entretanto, com a proposta do modelo integral à saúde, o conceito de resolutividade extrapola esta ideia, estendendo à toda a equipe a possibilidade de resolutividade, ainda que seja no acolhimento (REZENDE, 2010).

Observou-se que o aspecto mais importante do acolhimento, que é a escuta qualificada, apareceu em pouco mais da metade das respostas (60,4%). Demonstrando ainda que uma parcela dos profissionais não contemplam no acolhimento aspectos importantes além dos aspectos clínicos, como gestos, ações e emoções (SANTOS, 2014).

A articulação com outros serviços apareceu em uma frequência menor em relação as demais respostas (16,2%), isso revela que ainda não é de amplo conhecimento entre os profissionais, que a necessidade do paciente não deve ser restrita apenas às ofertas da unidade, mas sim, sanada dentro das possibilidades ofertadas na rede de atenção à saúde. Serra e Rodrigues (2010) reafirmam que mesmo que a APS seja o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, dentre os atributos requeridos de uma atenção primária de qualidade está a continuidade dos cuidados, que depende um efetivo mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços.

Devido à importância da escuta qualificada no acolhimento, o seu conceito também foi analisado, sendo constatado que a maior parte dos entrevistados apresentou um entendimento parcial (88,9%), que abrangeu duas dimensões (52,5%) na maioria das respostas, sendo classificado como razoável. Observou-se também que a maior parte dos profissionais relacionou a escuta qualificada à ação de ouvir/escutar (80,0%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), entendimento dos profissionais sobre a escuta qualificada,

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Entendimento		
Satisfatório	-	-
Parcial	40	88,9
Insatisfatório	5	11,1
Classificação das respostas parciais segundo as dimensões da escuta qualificada <sup>a</sup> (n = 40)		
Ouvir/escutar	32	80,0
Identificação de necessidades	25	62,5
Definição de ações e direcionamentos	20	50,0
Aspectos subjetivos (ações/emoções)	6	15,0
Ferramenta gerencial	1	2,5
Ocorrência das dimensões nas respostas <sup>a</sup> (n= 40)		
Excelente (todas as dimensões)	-	-
Muito bom (04 dimensões)	-	-
Bom (03 dimensões)	11	27,5
Razoável (02 dimensões)	21	52,5
Ruim (01 dimensão)	8	20,0
Muito Ruim	-	-

<sup>a</sup> Poderia ser assinalada mais de uma alternativa

Segundo Santos (2014) a escuta qualificada é um caminho para o acolhimento, é uma ferramenta gerencial que auxilia na melhor condução dos processos. Ou seja,

escutar qualificadamente pode ser definido como a sensibilidade de estar atento não somente ao que é dito, mas também ao que é expresso através de gestos, ações e emoções e a partir disso, definir quais ações serão tomadas e direcionamento serão dados de acordo com as situações apresentadas.

Os resultados demonstraram que a maior parte dos profissionais relacionam a escuta qualificada à ação de ouvir, não contemplando outros aspectos importantes como ações, gestos, comportamento, entre outros. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Rossato *et. al.*, (2018) que aponta que os profissionais de saúde que realizam o acolhimento, muitas vezes, ao dialogarem com os usuários, têm uma escuta pouco qualificada, o que torna o acolhimento um desafio para o serviço e uma dificuldade para os usuários. Dada a sua importância como fator diferenciador do modelo biomédico, ressalta-se a necessidade dos profissionais avançarem no conhecimento desses aspectos.

Em relação à implantação do acolhimento com escuta qualificada nas unidades, observou-se que a totalidade dos entrevistados afirmou realizar o acolhimento, predominando durante todo o horário de funcionamento da unidade e, centralizada, principalmente, no profissional de nível médio, Agente Comunitário de Saúde (ACS) (88,8%). Resultados semelhantes foram observados no estudo de Silva e Romano (2015), que encontraram a centralização do acolhimento nesse profissional, assim como, a dificuldade técnica que possui em realizá-la. Também verificou o baixo envolvimento dos profissionais de nível superior, o que indica um maior distanciamento desses para desenvolver o acolhimento (Tabela 4).

Tabela 4 - Campo Grande, MS, 2019, (n = 45), situação da implantação do acolhimento e escuta qualificada nas UBSF

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Implantação do Acolhimento na ESF		
Sim	45	100,0
Não	-	-
Tempo de implantação		
Menos de 01 ano	14	31,2
1 a 2 anos	25	55,5
Mais de 04 anos	1	2,2
Não soube informar	5	11,1
Profissionais que atuam no acolhimento – nível médio <sup>a</sup>		
ACS	40	88,8
Técnico de enfermagem	19	42,0
Recepcionista	18	40,0
ACE	16	35,5
Profissionais que atuam no acolhimento – nível superior <sup>a</sup>		
Serviço social	15	33,3
Enfermeiros	9	20,0
Farmacêuticos	4	8,8
Odontólogos	4	8,8
Horário de funcionamento do acolhimento		
Durante todo o período	33	73,4
Primeiro horário	12	26,6
Realização da escuta qualificada		
Sim	45	100,0
Não	-	-
Realização do registro da escuta qualificada		
Sim	40	89,0
Às vezes	3	6,6
Não	2	4,4
Forma que realiza o registro		
Registro manual com lançamento retroativo	28	62,3
Registro no sistema em tempo real	15	33,3
Não responderam	2	4,4
Dispõe de Fluxograma de atendimento		
Sim	21	46,7
Não	24	53,3

<sup>a</sup> Poderia ser assinalada mais de uma alternativa

Considerando que acolhimento não requer um local, hora para acontecer e nem um profissional específico para fazê-lo, pois acolher deve fazer parte de todos os encontros do serviço de saúde (BRASIL, 2009), é essencial que esta atribuição seja entendida como de responsabilidade de todos os profissionais e não só do ACS, para isso é necessário que a equipe seja capacitada para prestar uma escuta qualificada.

Com relação ao tempo de implantação no serviço, observa-se que a maior parte foi entre um e dois anos (55,5%). Todavia, a proposta do ACCR vem sendo discutida há quase duas décadas. Em Campo Grande, iniciou nos serviços de urgência e emergência e mais recentemente na APS. Entende-se que o ACCR é de suma importância, pois este dispositivo na APS contribui não só para desafogar os serviços de urgência, absorvendo casos menos urgentes, mas também, amplia o foco da avaliação do indivíduo, assegurando uma atenção integral à população (SACOMAN et al., 2010; SCHOLZE, 2014).

Com relação à escuta qualificada, a totalidade dos entrevistados afirmou que a mesma é realizada, assim como a maior parte afirmou realizar o seu registro (89,0%). Entretanto, observou-se que a escuta qualificada não é amplamente realizada por todos ainda no primeiro contato com o usuário, no acolhimento. Na prática, segundo os entrevistados, tem sido feita no momento da classificação de risco, e em sua maior parte pelo profissional de nível superior.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, p. 26) “a própria pessoa que realiza a escuta pode ser a responsável por realizar intervenções”, portanto é imprescindível que todos os profissionais, inclusive os de nível médio, sejam preparados para realizar o acolhimento com a escuta qualificada, para que algumas demandas sejam passíveis de serem resolvidas no acolhimento, descentralizando o atendimento focado no profissional médico e aumentando a resolutividade do serviço.

Quanto aos registros da escuta qualificada, os resultados demonstraram que é realizado, pelo profissional de nível superior, junto à classificação de risco. A escuta qualificada realizada fora desse contexto e/ou por profissional de nível médio, acabam por se perder e não são contabilizadas como indicador, uma vez que, segundo os profissionais, também não existem códigos específicos para a escuta qualificada. Além disso, os profissionais de nível médio também não têm acesso a essa função de registro no sistema, não sendo possível realizá-lo.

Sobre a disponibilidade de fluxograma, observou-se que pouco mais da metade das unidades disponibilizavam do mesmo (46,7%). Para que a AB seja resolutiva, ela deve ter tanto uma capacidade ampliada de escuta e análise, bem como, um escopo ampliado de ofertas para lidar com as necessidades dos usuários. O Fluxograma neste caso deve ser tomado como uma estratégia de visualização de sua capacidade de atuação, por isso, não ter ou não conhecer o fluxograma da unidade, pode implicar,

desta forma, na resolutividade dos profissionais frente às demandas dos usuários (BRASIL, 2013).

### 5.3 Classificação de risco

Entende-se a Classificação de Risco, segundo o Ministério da Saúde (2006, p. 37) “a 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)”.

Deste modo, os participantes expressaram o seu entendimento sobre a classificação de risco e as respostas foram analisadas com base no conceito acima, sendo constatado que a maior parte dos entrevistados demonstrou uma compreensão satisfatória sobre o seu conceito (77,7%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Campo Grande, MS, 2019, situação da implantação da classificação de risco nas UBSF

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Entendimento (n = 45)		
Satisfatório	35	77,7
Parcial	8	17,8
Insatisfatório	2	4,5
Experiência da CR de outros serviços (n = 45)		
Sim	34	75,6
Não	11	24,4
Experiência de que tipo de serviço <sup>a</sup> (n = 34)		
UPA	34	100,0
Hospitalar	3	8,8
Outro	2	5,8
Realização da Classificação de Risco (n = 45)		
Sim	42	93,4
Não	3	6,6
Horário de funcionamento da CR (n = 42)		
Durante todo o período	32	76,2
Primeiro horário	10	23,8
Profissional que realiza a CR (n = 42)		
Enfermeiro	27	64,3
Multiprofissional	15	35,7
Utiliza protocolo para a CR (n = 42)		
Sim	35	83,4
Não	7	16,6
Protocolos utilizados (n = 35)		
Protocolo do Ministério da Saúde (caderno n.28)	26	74,3

Protocolo das UPA (U/E)	8	22,9
Protocolo de outro estado	1	2,8
Classificam toda a demanda (n = 42)		
Sim	34	81,0
Não	8	19,0
Disponibilidade de recursos materiais para a CR (n = 42)		
Sim	18	42,8
Parcial	18	42,8
Não	6	14,4
Realização do exame físico na avaliação (n = 42)		
Sim	20	47,6
Não	16	38,2
Às vezes	6	14,2
Registro da Classificação de Risco (n = 42)		
Sim	42	100,0
Não	-	-
Forma que realiza o registro (n = 42)		
Registro informal	36	85,7
Direto no sistema	6	14,3
Os classificados conseguem passar por atendimento (n = 42)		
Sim	37	88,0
Não	5	12,0
O atendimento ocorre de acordo com a gravidade do caso (n = 45)		
Sim	39	86,7
Não	3	6,7
Às vezes	2	4,4
Não respondeu	1	2,2
Realiza a reavaliação dos que aguardam atendimento (n = 42)		
Sim	18	42,8
Não	17	40,5
Às vezes	7	16,7

<sup>a</sup> Poderia ser assinalada mais de uma alternativa

Quanto ao fato de apresentarem experiência prévia de outros serviços, a maior parte afirmou ter experiência na CR (75,6%) e que esta estava relacionada aos serviços de urgência (100,0%), devido aos plantões que os mesmos realizam nas UPA. Tal experiência pode possibilitar uma base melhor para o profissional para realizar o ACCR na APS, entretanto é válido ressaltar que na urgência a CR é restrita aos aspectos clínicos do paciente e adota limites rígidos de tempo para a avaliação, o que dificulta à identificação do usuário em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2013).

Em relação à classificação de risco (CR), os resultados demonstraram que tem sido realizada por quase a todas as USBF (93,4%) e durante todo o horário de funcionamento da unidade (76,2%), de modo a suprir a demanda espontânea (81,0%). Das unidades que não realizavam a CR (6,6%), os motivos apontados foram de reforma, em duas unidades, e de déficit de enfermeiro na equipe. Os resultados apontam que a CR está implantada, e, com isso, propicia melhorias no acesso da população, atendimento equânime e uma assistência resolutiva e mais humanizada àqueles em situação de risco (BRASIL, 2009; FEIJÓ; CORDNI-JUNIOR; SOUZA, 2015).

Sobre os profissionais que realizam a CR, ressalta-se que não houve adicional de recursos humanos com a sua implantação, por este motivo, a CR foi desempenhada inicialmente pelos enfermeiros, fato este que gerou sobrecarga de trabalho e comprometimento das atividades programadas. Como o Ministério da Saúde não determina profissional específico para realizar a CR, o município de Campo Grande, por determinação da SESA, deliberou em 2019 que os profissionais de nível superior (médicos, odontólogos e farmacêuticos) das unidades de USBF, com exceção do serviço social, fossem convocados a dividir a carga horária da classificação de risco com os enfermeiros (BRASIL, 2002; CAMPO GRANDE, 2017a).

Na prática, esse rodízio ainda é incipiente e ocorre em poucas unidades (35,7%). Não foi possível observar com este estudo, em que medida esta decisão trouxe benefícios à população, no entanto, pode-se afirmar, que o enfermeiro, que antes era sobrecarregado com mais esta função, foi beneficiado pela divisão da carga horária da CR com os outros profissionais.

Estudos como os de Rossato *et al.*, (2018), Rates, Alves e Cavalcante (2016) e Oliveira *et al.*, (2013) destacam o enfermeiro como sendo o profissional mais adequado para realizar a CR, por ser um profissional de nível superior com uma formação abrangente que possibilita o conhecimento necessário para desempenhar esta tarefa. Com relação às demais categorias, não foram encontrados estudos que descrevessem a CR propriamente dita como prática multiprofissional.

No entanto, o Ministério da Saúde destaca a reorganização do trabalho em equipe como peça fundamental no sucesso da implantação deste dispositivo na APS. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário, como vai avaliar o risco e vulnerabilidades, fluxos e protocolos para encaminhamento e como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado (BRASIL, 2009).

Quanto à utilização de protocolo para a CR, orienta-se que a classificação de risco não seja realizada de forma intuitiva pelos profissionais, sendo o protocolo a ferramenta para garantir a equidade no atendimento e respaldo à conduta do profissional. O protocolo auxilia na avaliação da gravidade, sendo deste modo, um guia para o profissional classificador (BRASIL, 2004a). Mesmo assim, uma parcela ainda realiza a CR de forma intuitiva (16,6%), fato este que coloca em descrédito a sua classificação por falta de embasamento, além de expor o usuário a uma classificação de risco inadequada e risco de agravamento.

Observou-se ainda, que alguns profissionais não seguem a recomendação do uso do protocolo do Ministério da Saúde que é próprio para a APS, este fato também coloca em risco a classificação, pois quando realizada por outro tipo de protocolo que não seja voltado para a APS, pode-se não contemplar as queixas mais comuns da AB, além do manejo adequado para cada queixa e, principalmente, a identificação de situações que colocam o indivíduo em situação de vulnerabilidade.

Com relação à disponibilidade de recursos materiais, estes estão disponíveis em pouco menos da metade das unidades (42,8%) e na mesma proporção, encontram-se parcialmente disponíveis (42,8%). Este fato dificulta o cumprimento de algumas etapas da avaliação, especialmente, o exame físico. Assim, observa-se que esta etapa é realizada por pouco menos da metade dos entrevistados (47,6%), sendo que, a parcela não realiza o exame físico (38,2%), classifica o paciente de maneira inadequada, somente com base no que é referido pelo paciente.

Ressalta-se que os protocolos de ACCR contemplam em seus fluxos, indicadores que somente são detectados por meio da realização do exame físico, que por sua vez, contempla a verificação dos sinais vitais do paciente (BRASIL, 2009). Estudos realizados por Silva, Barros e Torres (2012) e Backes *et al.*, (2012) reforçam a necessidade do profissional não só identificar e avaliar a queixa do usuário, mas também, realizar o exame físico. Portanto, não se pode afirmar que a CR é realizada efetivamente sem a avaliação destes parâmetros, uma vez que a etapa do exame físico é descumprida pela falta de recursos.

Com relação aos registros, observa-se que a maioria realiza um registro manual informal, seguido do lançamento retroativo no sistema (85,7%). Esta prática pode estar relacionada ao fato de não ter sala/computador exclusivo para a classificação de risco, à morosidade da rede/sistema utilizado e à ausência de rotina específica para o registro, ou seja, cada unidade realiza o registro de uma forma diferente, que

varia entre cadernos de uso do pessoal, algum tipo de formulário ou rascunhos. Algumas fazem direto no sistema e outras realizam o registro em algum momento posterior ao atendimento.

Segundo a Resolução do Cofen nº 429/12, os registros realizados no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de defesa dos profissionais, portanto, as práticas observadas nos resultados deste estudo, colocam em risco o exercício profissional, uma vez que o profissional deixa de documentar essas informações de forma adequada, bem como, impactam diretamente na produtividade, nos indicadores do serviço e auditorias (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012b).

A maior parte dos pacientes classificados consegue passar por atendimento (88,0%) e este é prestado de acordo com a gravidade do caso (86,7%) revelando que o primordial da classificação de risco que é o atendimento de acordo com a urgência, tem sido realizado em conformidade com as recomendações (BRASIL, 2009).

Sobre a reavaliação dos pacientes que aguardam por atendimento, a classificação de risco é dinâmica, sendo necessário que, periodicamente, se reavalie o risco daqueles que ainda não foram atendidos ou mesmo daqueles cujos tempos de espera após a classificação é maior do que aquele que foi estabelecido no protocolo (BRASIL, 2009). Na prática, essa reavaliação ocorre em menos da metade das unidades (42,8%). Estes resultados geram preocupação, pois a condição do paciente já classificado que aguarda atendimento pode piorar durante o período de espera, fato este que necessitaria de nova avaliação e possível mudança na classificação de risco e na prioridade de atendimento.

#### **5.4 Vulnerabilidade**

Sobre a vulnerabilidade, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a, p. 106) a considera como sendo o “conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano”.

Deste modo, os participantes expressaram o seu entendimento sobre a vulnerabilidade e as respostas foram analisadas com base no conceito acima, sendo

constatado que a maior parte dos entrevistados demonstrou uma compreensão parcial sobre o seu conceito (57,7%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Campo Grande, MS, 2019 (n = 45), fatores considerados pelos profissionais na análise da vulnerabilidade

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Entendimento sobre o conceito de vulnerabilidade		
Satisfatório	9	20,1
Parcial	26	57,7
Não soube definir	10	22,2
Fatores <sup>a</sup>		
Econômicos/financeiros	16	35,5
Sociais	15	33,3
Idade	12	26,6
Acesso	12	26,6
Mentais	11	24,4
Moradia	10	22,2
Educação	8	17,7
Famíliares	7	15,5
Sanitários/higiene	7	15,5
Drogas	7	15,5
Biológicos/saúde	6	13,3
Situação de fome/alimentação	5	11,1
Deficiência	5	11,1
Sexo	4	8,8
Cultura/lazer	4	8,8
Abrigados/situação de rua	4	8,8
Violência	4	8,8
Gestantes	2	4,4
Indígenas	2	4,4
Imunodeprimidos	1	2,2

<sup>a</sup> Poderia ser assinalada mais de uma alternativa

Estudo realizado por Carmo e Guizardi (2018), verificou que não há uma vasta produção teórica sobre a temática da vulnerabilidade, contudo, o termo vulnerabilidade amplia a compreensão de múltiplos fatores que fragilizam os sujeitos no exercício de sua cidadania.

Quanto aos fatores relacionados às condições de vulnerabilidade, foram apontados pelos entrevistados, 20 fatores, sendo os econômicos/financeiros os mais citados (35,5%), seguido dos fatores sociais (33,3%), idade (26,6%), acesso (26,6%), fatores mentais (24,4%) e moradia (22,2%). Tais resultados revelaram que mesmo diante da dificuldade em conceituar a vulnerabilidade, todos os fatores apontados pelos entrevistados estão em coerência com a literatura.

Avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que aparentemente está “bem”, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade do que outros pacientes aparentemente mais necessitados, por isso é essencial que tais fatores sejam considerados nas avaliações, a fim de compreender o usuário de forma integral.

São diversos os fatores que podem colocar o indivíduo em uma situação de vulnerabilidade, por isso, é essencial que os profissionais de saúde desenvolvam um olhar atento às diferentes situações de vulnerabilidade no dia-a-dia do serviço, pois o ACCR representa uma importante oportunidade para inserir este indivíduo em um plano de cuidado próprio para as suas necessidades (BRASIL, 2013).

Os resultados mostraram que mesmo diante do fato de poucos entrevistados terem conseguido definir satisfatoriamente o conceito de vulnerabilidade, quase a totalidade conseguiu citar algum tipo de fator relacionado à vulnerabilidade. Isso demonstra que a maior parte dos profissionais não consegue definir o conceito, mas consegue identificar as situações que merecem maior atenção por parte do profissional.

## **5.5 Outros aspectos da implantação do ACCR na ESF em Campo Grande**

Quanto às reuniões de equipe para discutir o ACCR, recomenda-se que a implementação contemple algumas etapas que poderão favorecer a participação e o envolvimento dos gestores, trabalhadores e usuários, bem como garantir maior legitimidade no processo. Dentre elas, estão a realização de encontros e oficinas de trabalho para construir a adesão e a implementação do processo (BRASIL, 2009).

Os resultados demonstraram que a temática do ACCR tem sido amplamente discutida nas reuniões de equipe (91,2%), com uma frequência semanal em pouco mais da metade das unidades (58,8%), fato este, que demonstra que o ACCR é um tema reconhecido pelas equipes, favorece a sensibilização dos trabalhadores e gestores, e conseqüentemente viabilizam a sua implementação (Tabela 7).

Tabela 7 - Campo Grande, MS, 2019 (n = 45), Outros aspectos da implantação do ACCR nas UBSF

Variável	Nº	%
Realizam reuniões para discutir o ACCR		
Sim	41	91,2
Não	4	8,8
Frequência das reuniões (n = 41)		
Semanal	24	58,8
Quinzenal	7	17,0
Mensal	7	17,0
Trimestral	1	2,4
Semestral	1	2,4
Anual	1	2,4
Recebeu algum tipo de curso/treinamento		
Sim	24	53,4
Não	21	46,6
Disponibilidade de Indicadores		
Sim	1	2,2
Não	44	97,8
Considera o ACCR importante para o atendimento da demanda		
Sim	44	97,8
Não	1	2,2
Considera que o ACCR compromete outras funções do		
Sim	36	80,0
Não	9	20,0
Satisfação profissional em relação ao ACCR		
Satisfeitos	22	48,9
Insatisfeitos	22	48,9
Parcialmente satisfeito	1	2,2

Com relação à oferta de treinamentos, Rossato *et al.*, (2018) e Silva, Barros e Torres (2012) destacam em seus estudos a importância da capacitação das equipes por meio de estratégias educativas em razão dos objetivos que se pretende alcançar. No entanto, observou-se nos resultados que quase a metade dos entrevistados (46,6%), não recebeu nenhum tipo de capacitação pós-implantação, fato este que pode impactar diretamente no sucesso da implantação, bem como na qualidade do serviço ofertado à população. Destaca-se ainda que no município, outros profissionais além dos enfermeiros, realizam a CR, sendo extremamente importante a capacitação destes profissionais também.

No que diz respeito à disponibilidade de indicadores, Tanaka e Melo (2001) afirma que são medidas que contém informações relevantes sobre o desempenho de saúde e que tais medidas indicam se um determinado objetivo tem sido cumprido ou

não, sinalizando áreas de melhoria. Na prática, quase a totalidade das unidades afirmaram não terem indicadores disponíveis para a avaliação (97,8%) deixando, portanto, de dispor de um instrumento essencial para o monitoramento, a avaliação e o planejamento das ações de implementação do ACCR.

Ao serem questionados sobre a importância do ACCR para o atendimento da demanda espontânea, quase a totalidade dos entrevistados concorda quanto a importância do processo no atendimento da população (97,8%). Oliveira (2015) também demonstra em seu estudo que os enfermeiros reconhecem as melhorias geradas pelo ACCR na qualidade do atendimento e na satisfação da população. Essa compreensão é de extrema importância, pois a sensibilização do profissional está diretamente ligada ao sucesso da implantação.

Com relação ao fato do ACCR comprometer outras funções do enfermeiro, (previstas nas atribuições para a APS), a maior parte dos entrevistados (80,0%) considerou que suas atividades foram comprometidas, o que também vai ao encontro do estudo de Oliveira (2015), que demonstra que o fato de somente os enfermeiros ficarem responsáveis pela classificação de risco, gera excesso de atividades em sua jornada de trabalho. Estudo de Moreira (2014), também constatou que a assistência prestada pelo enfermeiro ficou prejudicada após a implantação da CR na ESF, afetando diretamente em suas atribuições específicas (Tabela 7).

Os que afirmaram não terem suas atividades comprometidas (20,0%) relacionam ao fato de realizarem o rodízio com outras categorias de nível superior na classificação de risco, indicando que a participação de outros profissionais traz resultados efetivos em termos de atender da carga de trabalho decorrente da implantação do ACCR. No entanto, considerando que essa prática multiprofissional na CR constitui uma medida recente e considerada inovadora, deve-se ressaltar a necessidade de realizar estudos para avaliar a qualidade e o impacto efetivo na atenção à saúde prestada ao usuário do SUS.

Sobre a satisfação dos profissionais com a implantação do ACCR, quase a metade dos entrevistados se demonstraram satisfeitos (48,9%), justificando a melhoria do atendimento à população. O restante dos entrevistados que afirmaram não estarem satisfeitos (48,9%), relacionam à sobrecarga de trabalho do enfermeiro. Observa-se, portanto, que existe uma divisão de opiniões em relação à satisfação profissional, que é positiva quando o lado do paciente é visto, devido aos benefícios que este dispositivo traz ao atendimento da população e a insatisfação é vista pelo lado do profissional,

devido à sobrecarga de trabalho gerada com a implantação do ACCR, especialmente, nas unidades em que não há rodízio de categorias de nível superior na CR.

Em relação à sobrecarga de trabalho, segundo Caveião *et al.*, (2014) com a adoção do sistema de classificação dos pacientes por gravidade, transferiu-se ao enfermeiro mais esta competência, além de todas as outras funções já exercidas concomitantemente, o que pode indicar a necessidade de um novo dimensionamento de pessoal, pois com mais esta função o enfermeiro poderá ter a sua saúde prejudicada, além de influenciar na qualidade de suas ações.

Os entrevistados também puderam expressar os fatores favorecedores e dificultadores à implantação do ACCR, onde foi possível citar mais de um fator em ambas as questões (Tabela 8).

Tabela 8 - Campo Grande, MS, 2019 (n = 45), fatores dificultadores e facilitadores à implantação do ACCR nas UBSF

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Fatores dificultadores <sup>a</sup></b>		
Deficiência de recursos humanos	20	44,4
Estrutura física inadequada	15	33,3
Baixa adesão da equipe	13	28,8
Deficiência de recursos materiais	8	17,7
Insuficiência de treinamentos	8	17,7
Alta demanda	7	15,5
Baixo conhecimento da população	7	15,5
Sobrecarga de trabalho para o enfermeiro	6	13,3
Fluxo desorganizado	3	6,6
Demandas fora da unidade	3	6,6
Falta de segurança	2	4,4
Falta de apoio da gestão	2	4,4
Baixo conhecimento da equipe	1	2,2
Falta de acolhimento	1	2,2
<b>Fatores facilitadores <sup>a</sup></b>		
Envolvimento da equipe	19	42,2
Baixa demanda	8	17,7
Nenhum fator	6	13,3
Vínculo com a população	5	11,1
Relação com a equipe médica	3	6,6
Apoio da gerência	3	6,6
Parceria entre os enfermeiros	2	4,4
Realizar o acolhimento	2	4,4
Estrutura física adequada	1	2,2
Não soube responder	1	2,2
Oferta de treinamentos	1	2,2
Disponibilidade de recursos humanos	1	2,2

<sup>a</sup> Poderia ser assinalada mais de uma alternativa

Ao serem questionados sobre os fatores dificultadores à realização do acolhimento com classificação de risco, foram apontados 15 fatores nas respostas, sendo a deficiência de recursos humanos o mais citado (44,4%). Nos serviços de urgência e emergência de Campo Grande, que realizam o ACCR, é possível encontrar profissionais escalados exclusivamente para a CR, no entanto, na APS, a forma adotada para a implantação nas unidades, foi reorganizar as atividades dos profissionais, de modo que os mesmos assumissem mais essa atribuição, sem que houvesse aumento de quadro, o que gerou a sobrecarga de trabalho destes profissionais.

A baixa adesão da equipe (28,8%) também foi citada como um fator dificultador, pelo fato de muitos ainda não reconhecerem a importância deste dispositivo e ainda não estarem sensibilizados com esta nova forma de trabalho.

Quanto à estruturação física das unidades, recomenda-se segundo o Ministério da Saúde:

Que as unidades de atenção básica tenham estrutura física e ambiência adequadas, como sala de espera (para que os usuários possam aguardar confortavelmente, atenuando seus sofrimentos), sala de acolhimento multiprofissional (para realização do acolhimento individual da demanda espontânea, por meio da escuta qualificada), consultórios (para qualificar as condições de escuta e respeitar a intimidade dos pacientes) e sala de observação (para permitir o adequado manejo de algumas situações mais críticas ou que requerem período maior de intervenção ou acompanhamento) (BRASIL, 2013, p. 55).

Os resultados desse estudo revelaram que a estrutura física inadequada apareceu de forma expressiva nas respostas (33,3%) e pode estar relacionada ao fato de a maioria das unidades terem implantado o ACCR sem que houvessem ajustes de ambiência para tal finalidade, sendo necessário improvisar espaços para atendimento, o que dificultou a sua realização. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Oliveira (2015), que destaca que a estrutura física interfere diretamente na qualidade do acolhimento.

Destaca-se a deficiência de recursos materiais (17,7%), como papel sulfite para realizar impressões, sala privativa com computador integrado à rede, maca e equipamentos como esfigmomanômetro, oxímetro, termômetro como sendo uma realidade que dificulta o cumprimento de algumas etapas da classificação de risco, de modo que a mesma ocorra de maneira improvisada em algumas unidades o que impacta de forma negativa em sua implementação. Segundo Oliveira (2015) e Oliveira

*et al.*, (2013) mesmo que os profissionais reconheçam a importância do ACCR, a falta de recursos materiais para o atendimento dificulta a resolutividade dos casos.

Já os fatores que favorecem a realização do ACRR, foram pouco menos expressivos em relação aos dificultadores, exceto o envolvimento da equipe, que foi citado em quase metade das respostas (42,2%). Este fator pode estar relacionado ao envolvimento dos profissionais de nível superior na escala da CR, aliviando a demanda dos enfermeiros, conforme discutido anteriormente.

Todavia, merece destaque neste item a porcentagem de profissionais que não conseguiram apontar nenhum fator favorecedor ao ACCR (13,3%), o que revela que uma parcela dos profissionais ainda não consegue enxergar o ACCR com boas perspectivas ou podem ainda não estarem sensibilizados com a importância deste dispositivo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que em relação as características profissionais dos enfermeiros, estes são em sua maioria jovens, mulheres, com pouco tempo de formação/atuação, especializados, sem outros vínculos de trabalho e em sua maior parte concursados.

Com relação às atividades desenvolvidas na realização do ACCR, observou-se que mesmo apresentando um entendimento parcial sobre o acolhimento e a escuta qualificada, estes ocorrem em todas as unidades, no entanto, centralizado no agente comunitário de saúde. Quanto ao registro da escuta qualificada, este não é realizado pelo profissional de nível médio ainda no acolhimento uma vez que ele não tem acesso ao sistema informatizado, mas sim pelo profissional de nível superior, na classificação de risco.

Quanto à classificação de risco, os profissionais apresentaram um entendimento satisfatório, sendo constatado que a mesma se encontra implantada em quase a totalidade das unidades. Contudo, apresenta fragilidades como a não utilização de protocolo, não classificação de toda a demanda, não realização do exame físico, a deficiência de recursos materiais, realização de registro informal e a não reavaliação de pacientes que aguardam atendimento. Na avaliação da vulnerabilidade, que complementa a avaliação clínica, observou-se que mesmo os profissionais que apresentam um entendimento conceitual parcial, conseguem identificar fatores pertinentes e que devem ser considerados em suas avaliações.

Outros fatores inerentes ao processo de implementação como a ausência de fluxograma e indicadores nas unidades, a insuficiência na oferta de treinamentos, o comprometimento de outras funções do enfermeiro, a insatisfação profissional, a deficiência de recursos humanos e a estrutura física inadequada foram identificados como relevantes, pois podem interferir de forma negativa neste processo.

No entanto, observou-se potencialidades como o envolvimento da equipe, a motivação para discutir sua implementação e o reconhecimento da importância do ACCR no atendimento da demanda, como fatores positivos, que podem contribuir nesta construção.

Com os resultados obtidos na presente pesquisa pode-se afirmar que o ACCR encontra-se implantado nas UBSF do município de Campo Grande/MS, entretanto,

apresenta fragilidades que devem ser consideradas pois podem afetar o seu processo de implementação.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir aos gestores e aos profissionais da saúde no gerenciamento das ações assistenciais realizadas junto aos usuários, de modo a possibilitar a melhoria no fluxo do atendimento, aumentando a satisfação profissional e do usuário, bem como oportunizando melhor visibilidade dos serviços ofertados à população.

## REFERÊNCIAS

- BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O papel do enfermeiro no sistema único de saúde: da saúde comunitária à saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.
- BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 751-757, 2012.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2048 de 5 de novembro de 2002**. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF CONASS: 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 3 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos Serviços de Urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1600 de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **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: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2018.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Equipes de saúde – Mato Grosso do Sul**. Mato Grosso do Sul, MS, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipems.def>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CAMELO, M. S.; LIMA, L. R.; VOLPE, C. R. G.; SANTOS, W. S.; REHEM, T. C. M. S. B. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016.

CAMPO GRANDE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde Pública. **CI CRAB nº 4062** de 10 de Outubro de 2017a.

CAMPO GRANDE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, 2017b. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/downloads/plano-municipal-de-saude-2018-2021>. Acesso em: 1 ago. 2018.

CAMPO GRANDE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Decreto n. 13.529, de 29 de maio de 2018**. Dispõe sobre a competência e aprova a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e dá outras providências. Diogrande, 2018.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. Vulnerabilidade em políticas públicas de saúde e de assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018.

CAVALCANTE, R. N.; RATES, H. F.; SILVA, R. A.; DAYRREL, K. M. B. Acolhimento com Classificação de Risco: Proposta de Humanização nos Serviços de Urgência. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 3, p. 428-437, set- dez, 2012.

CAVEIÃO, C.; HEY, A. P.; MONTEZELI, J. H.; BARROS, A. P. M. M.; SORDI, J.A.; SANTOS, S.C. Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 4, n. 1, p. 189- 196, 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Epi-info™ 7.1.1.14, 2017. Disponível em: [cdc.gov/epiinfo/inedx.html](http://cdc.gov/epiinfo/inedx.html). Acesso em 15 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 159, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 423, de 11 de abril de 2012. Normatiza a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2012a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429, de 08 de junho de 2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte, tradicional ou eletrônico. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2012b.

COSTA, E. C.; SANT'ANA, F. R. S. Jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem e fatores relacionados à insatisfação laboral. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. p, n. 4, p. 1140- 1145, 2017.

D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil: a resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

FARIA, M. G. A.; ACIOLO, S.; GALLASCH, C. H. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia saúde da família participantes de um curso de especialização. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 1, p. 52- 55, 2016.

FEIJÓ, V. B. E. R.; CORDNI-JUNIOR, L.; SOUZA, R. K. T.; DIAS, A. O. Análise da demanda em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 627- 636, 2015.

FIRMINO, A. A.; MORAES, M. C.; NASCIMENTO, P. E. A.; PALVA, S. M. A.; SILVEIRA, C. A. Atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em um município de Minas Gerais. **Saúde Santa Maria**, v. 42, n. 1, p. 49- 58, 2016.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Texto & Contexto**, v. 11, n. 12, p. 301-308, 2012.

LIMA, E. F. A.; SOUZA, A. I.; PRIMO, C. C.; LEITE, F. M. C.; SOUZA, M. H. N.; MACIEL, E. E. N. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, p. 1- 5, 2016.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, v. 24, p. 105 – 125, 2005.

MARQUI, A. B. T.; JAHN, A.C.; RESTA, D. G.; COLOME, I. C. S.; ROSA, N.; ZANON, T. Caracterização das equipes de saúde da família e seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 956- 961, 2010.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MICHAELIS. **Dicionário online da língua portuguesa**. Editora Melhoramentos, 2019. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/recep%C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em: 13 ago. 2019

MOREIRA, D.A. **Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde: visão de profissionais, usuários e gestores**. Dissertação em Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, F. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

OLIVEIRA, K. K. D.; AMORIM, K. K. P. S.; FERNANDES, A. P. N. L.; MONTEIRO, A. I. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 148-156, 2013.

OLIVEIRA, L. R. **Acolhimento com classificação de risco na atenção primária a saúde**. Dissertação em Mestrado. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2015.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PAVONI, D. D.; MEDEIROS, C. R. G. Processo de trabalho na equipe estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 265-71, mar-abr., 2009.

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

RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R. B. O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, p. 1-6, 2016.

REZENDE, V. A. **A resolutividade da atenção básica**: uma revisão de literatura. 2010. 45f. Monografia (Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ROSSATO, K.; REAL, V. R.; OLIVEIRA, G. B.; ARAUJO, C. D. C. Acolhimento com Classificação de Risco na estratégia Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 8, n. 1, p. 144-146, 2018.

SACOMAN, T. M.; BELTRAMII, D. G.; ANDREZZA, R. Implantação do sistema de classificação de risco de Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 354- 367, 2019.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS, J. P. **A escuta qualificada**: instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado. Monografia (Especialização em Gestão de Pessoas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014.

SCHOLZE, A. S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 31, p. 219-226, 2014.

SERRA, C. G.; ROSRIGUES, P. H. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3579- 3585, 2010.

SILVA, P. M.; BARROS K. P.; TORRES, H. C. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção do profissional de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 16, n. 2, p. 225-231, 2012.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 105, p. 363-374, 2015.

SILVA, T. M. R.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Avaliação da vulnerabilidade das famílias assistidas na atenção básica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 1-9, 2012.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 196-201, abr./jun. 2011.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. M. **Avaliação de Programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EdUSP, 2001.

## APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

### Pesquisa: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE/MS

<b>Características profissionais</b>		Perfil Identificador: _____
1. Idade: _____ anos		
2. Sexo	a) ( <input type="checkbox"/> ) Feminino	b) ( <input type="checkbox"/> ) Masculino
3. Especialização	a) ( <input type="checkbox"/> ) Não	b) ( <input type="checkbox"/> ) Sim, (se sim, responda a pergunta 3.1)
3.1 Qual? _____		
4. Tempo de profissão: _____		
5. Tem outro vínculo empregatício?	a) ( <input type="checkbox"/> ) Não	b) ( <input type="checkbox"/> ) Sim (se sim, responda a pergunta 5.1)
5.1. Onde?		
6. Tempo de serviço na ESF: _____		
7. Recebeu treinamento de capacitação para atuação no Acolhimento com Classificação de Risco? a) ( <input type="checkbox"/> ) Não b) ( <input type="checkbox"/> ) Sim (se sim, responda a pergunta 9)		
8. Onde?		
a) ( <input type="checkbox"/> ) Por conta própria		
b) ( <input type="checkbox"/> ) Oferecido pela SESAU		
c) ( <input type="checkbox"/> ) Oferecido por outra instituição que trabalhou		

<b>Sobre o acolhimento</b>		
9. O que você entende por acolhimento? _____ _____ _____ _____		
10. O que você entende por escuta qualificada? _____ _____ _____ _____		
11. Existe acolhimento na sua unidade?	a) ( <input type="checkbox"/> ) Não	b) ( <input type="checkbox"/> ) Sim, (se sim, responda a pergunta 11.1)
11.1 Quando foi implantado? _____		
12. Por quem é feito?		

<p>a) ( ) ACS  b) ( ) Administrativo da Recepção  c) ( ) Técnico de enfermagem  d) ( ) Enfermeiro  e) ( ) Outros: _____</p>
<p>13. Há rodízio de profissionais nessa função?  a) ( ) Não b) ( ) Sim. (se sim, responda a pergunta 13.1)</p>
<p>13.1 Como é realizado esse rodízio? _____  _____  _____</p>
<p>14. Em qual período acontece o acolhimento?  a) ( ) Primeiro horário  b) ( ) Durante todo o período  c) ( ) Outro: _____</p>
<p>15. Como é feito o acolhimento na sua unidade? _____  _____  _____  _____  _____</p>
<p>16. Há registro da escuta qualificada?  a) ( ) Não b) ( ) Sim</p>
<p>17. Como é registrado? _____  _____  _____</p>
<p>17.1. Onde é registrado? _____  _____</p>
<p>18. A unidade dispõe de fluxograma de atendimento?  a) ( ) Não b) ( ) Sim</p>

<p><b>Sobre a Classificação de Risco e Vulnerabilidade</b></p>
<p>19. O que você entende por Classificação de Risco? _____  _____  _____</p>
<p>20. Possui alguma experiência na realização da Classificação de Risco?  a) ( ) Não b) ( ) Sim (se sim, qual(is)?)</p>
<p>21. Você realiza a Classificação de Risco na sua Unidade?  a) ( ) Não b) ( ) Sim</p>
<p>22. Em qual período?</p>

a) ( ) Primeiro Horário b) ( ) Durante todo o funcionamento da Unidade c) ( ) Outro: _____	
23. Há rodízio dos enfermeiros na Classificação de Risco? (pergunta para unidades com mais de uma equipe) a) ( ) Não    b) ( ) Sim. Se sim, como é organizado? _____ _____ _____ _____	
24. Segue algum protocolo para a classificação de risco? a) ( ) Não    b) ( ) Sim (se sim, responda a pergunta 24.1)	
24.1 Qual protocolo é utilizado? a) ( ) Ministério da Saúde b) ( ) Outro: _____	
25. O protocolo encontra-se disponível e de fácil acesso para consulta? ( ) Não    ( ) Sim, onde fica? _____	
26. Consegue classificar toda a demanda? a) ( ) Não, por que? _____ _____ _____ _____	
b) ( ) Sim, de que forma? _____ _____ _____ _____	
27. A unidade dispõe de recursos materiais para você realizar a classificação de risco?	
( ) Não	( ) Sim, quais _____ _____ _____ _____
28. Você realiza o exame físico durante a sua avaliação? a) ( ) Não, por que? _____ _____	
b) ( ) Sim	
29. É realizado o registro da Classificação de Risco? ( ) Não    ( ) Sim (se sim, responda a pergunta 29.1)	
29.1 De que forma é realizado o registro da Classificação de Risco? _____ _____ _____	

<p>30. O que você entende por vulnerabilidade? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>31. Que fatores você considera quando analisa a vulnerabilidade? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>32. O atendimento ocorre de acordo com a gravidade do caso?</p> <p>a) ( ) Não b) ( ) Sim</p>
<p>33. Todos os pacientes classificados como verde, amarelo e vermelho, passam por atendimento clínico com os profissionais de retaguarda?</p> <p>a) ( ) Não b) ( ) Sim</p>
<p>34. É realizada a reavaliação de pacientes que aguardam atendimento?</p> <p>a) ( ) Não b) ( ) Sim c) ( ) Às vezes</p>
<p>35. São realizadas reuniões de equipe para discutir o acolhimento com classificação de risco na unidade?</p> <p>a) ( ) Não b) ( ) Sim. Se sim, com qual frequência? _____</p>
<p>36. São ofertados treinamentos na temática do acolhimento com classificação de risco para os enfermeiros da unidade?</p> <p>a) ( ) Não b) ( ) Sim. Se sim, com qual frequência? _____</p>
<p>37. Existe comunicação e integração entre com enfermeiros das outras equipes na tomada de decisão após a classificação de risco?</p> <p>a) ( ) Não b) ( ) Sim c) ( ) Às vezes</p>
<p>38. Existem indicadores disponíveis para avaliação?</p> <p>a) ( ) Não b) ( ) Sim. Se sim, quais? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>39. Você considera o acolhimento com classificação de risco importante para o atendimento da demanda?</p> <p>a) ( ) Não b) ( ) Sim</p> <p>Por que? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>40. Você considera que o ACCR compromete outras funções do enfermeiro?</p> <p>a) ( ) Não b) ( ) Sim</p> <p>Por que? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Pesquisadores Responsáveis:** Thais Tiemi Faria Tomikawa e Edson Mamoru Tamaki

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE/MS”

Esta pesquisa tem por objetivo investigar a atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, sobre o Acolhimento com Classificação de Risco em Campo Grande/MS. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, a ser realizado na Atenção Primária à Saúde do município de Campo Grande/MS, no período de 2018 a 2019. O estudo irá considerar os enfermeiros lotados nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Campo Grande/MS. A coleta de dados será por meio da utilização de dados primários e para o procedimento de coleta de dados será utilizado um formulário contendo questões semiestruturadas, onde será possível: analisar as características profissionais dos enfermeiros lotados nas unidades de Estratégia Saúde da Família pesquisadas; investigar as atividades que são desenvolvidas pelos enfermeiros na realização do Acolhimento com Classificação de Risco e identificar a situação da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia Saúde da Família.

Importante ressaltar que a pesquisa poderá trazer riscos mínimos aos seus participantes, referentes ao desconforto ou exposição do conhecimento dos mesmos sobre sua ação profissional ao responderem a entrevista.

Os benefícios da pesquisa são indiretos e seus resultados servirão de subsídio para a implementação do dispositivo pela gestão municipal.

Em qualquer etapa do estudo, o orientador acompanhará todo o processo, dando apoio, orientação e esclarecimentos que possam surgir.

O principal investigador é Thais Tiemi Faria Tomikawa, que pode ser encontrada pelo telefone (67) 9 99676-2670. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pelo fone: (67) 3345-7187.

Em caso de dúvida ou denuncia o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, para esclarecimentos quanto a pesquisa - (67) 3345-7187 ou pelo e-mail [cepconep.propp@ufms.br](mailto:cepconep.propp@ufms.br)

#### Abaixo os itens de direito:

- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou constrangimento;
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a identificação do participante;
- Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrito no estudo.

Eu discuti com **Thais Tiemi Faria Tomikawa** sobre a minha decisão em participar de maneira voluntária deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Serão entregues duas (02) vias do TCLE ao participante, para sua devida assinatura, ficando uma (01) das vias com o pesquisado e outra com o pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, da pesquisa acima descrita.

Campo Grande - MS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESAU) DE CAMPO GRANDE/MS PARA A COLETA DE DADOS



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**  
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

**TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;  
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;  
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;  
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

**COMPETÊNCIAS:**  
**PESQUISADOR:**

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
  - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
  - Contato (telefone e e-mail);
  - Nome do projeto;
  - Objetivos;
  - Metodologia completa;
  - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

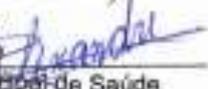
Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

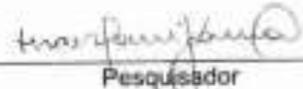
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

**SESAU:**

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 14 de setembro de 2018.

  
 José Alexandre dos Santos  
 Gerência de Gestão Permanente  
 Unidade de Pesquisa e Avaliação Municipal de Saúde  
 SGR/SESAU/CGMS

  
 Pesquisador



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Thais Tereza Faria Tomikawa, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 015.228.351-10, portador (a) do documento de identidade sob n.º 4093323 SSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. R. Sa de Almeida, n.º 2263, bairro Monte Castelo, nesta Capital, telefone n.º 91 97696-2630, pesquisador (a) do Curso de nutrição da instituição UFMS, com o título do projeto de pesquisa

Cacelamento com clonificação de Risco na Estratégia Saúde da Família em um distrito para os municípios de Campo Grande/MS o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

**A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 14 de setembro de 2018.

Thais Tomikawa  
Pesquisador (a)

José Alexandre dos Santos  
Gerência Educação Permanente,  
Título Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação, Secretaria Municipal de Saúde  
SGTE/SESAU/CGMS