

GRACIANO ALMEIDA SUDRÉ

**CONCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE  
SAÚDE EM RELAÇÃO AO ACOLHIMENTO COM  
AVALIAÇÃO DE RISCO: LIMITES E  
POSSIBILIDADES**

SÃO CARLOS

2013

GRACIANO ALMEIDA SUDRÉ

**CONCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE  
SAÚDE EM RELAÇÃO AO ACOLHIMENTO COM  
AVALIAÇÃO DE RISCO: LIMITES E  
POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Mariza Borges Brito de Souza

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sueli Fatima Sampaio

SÃO CARLOS

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S943cg

Sudré, Graciano Almeida.

Concepção dos gestores municipais de saúde em relação ao acolhimento com avaliação de risco : limites e possibilidades / Graciano Almeida Sudré. -- São Carlos : UFSCar, 2013.  
88 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Saúde pública. 2. Acolhimento. 3. Avaliação de riscos. 4. Saúde e trabalho. 5. Triagem. 6. Enfermagem - pesquisa. I. Título.

CDD: 362.1 (20<sup>a</sup>)



## FOLHA DE APROVAÇÃO

GRACIANO ALMEIDA SUDRÉ

### CONCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO: LIMITES E POSSIBILIDADES

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica Área de concentração em Gestão da Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 09/04/2013**

#### COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Mariza Borges Brito de Souza/UFSCar

Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Valéria Vernaschi Lima/UFSCar

Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Gilson Caleman/IEP/HSL

*Àqueles que solicitam uma senha que já não tem, voltam no outro dia...*

*Àqueles que pioram esperando por atendimento sem respostas positivas...*

*Àqueles que despertam no frio e saem do seu lar para enfrentar a fila da madrugada...*

*Àqueles que solicitam mudanças por não aguentarem mais as desigualdades e iniquidades...*

*Àqueles que se humilham e clamam por conversas terapêuticas, com suas vontades e necessidades...*

*Àqueles que procuram a unidade com febre, dor, tremores e sede e aguardam sua vez por ordem de chegada...*

*E finalmente Àqueles que sofrem, mas não deveriam sofrer, esperam, sem poder esperar, apenas desconhecem...*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, minha fortaleza espiritual que alcanço pela intercessão dos Santos que me guiam e Anjos que me protegem...*

*À Prof<sup>a</sup>. Mariza, por acreditar em meu potencial, entender meus períodos de mudanças e oferecer acolhimento de acordo com minha realidade e necessidade; pela dedicação mesmo em tempos difíceis, pela possibilidade de compartilhar, aprender e realizar reflexões de pesquisa e de vida...*

*À Prof<sup>a</sup>. Sueli, por me acompanhar por tanto tempo, sempre da mesma forma, sempre com a mesma dedicação e motivação, sempre com responsabilidade, pactuação e afetividade. Por todos os momentos, individuais ou em grupo, por e-mail ou telefone, pela compreensão, preocupação e defesa...*

*À minha esposa Mayara, pela companhia, por me oferecer forças, por me acolher em momentos de maior sofrimento, pelo auxílio, dedicação diária, presença, por sempre me apoiar e acompanhar, me atentando quando a razão precisa falar mais alto que minhas emoções...*

*À minha filha Mariah, por participar deste processo de perto, oferecendo subsídios para eu continuar, e forças mesmo sendo tão pequena e frágil, auxiliando apenas com um movimento, olhar, sorriso, sussurro e até mesmo choro...*

*Aos meus pais Valdemir e Arzeth, obrigado pela intensa luta que realizaram e realizam por minha formação, pelo apoio e dedicação, por acreditarem em mim, por estarem sempre disponíveis. Por não medirem esforços para me auxiliar, independente da minha solicitação...*

*À minha irmã Arzihelen e meu cunhado Sérgio, pelo incentivo, visitas que fizeram para nos alegrar em tempos de retiro em São Carlos, pela hospedagem e acolhida em Rondonópolis e por todo auxílio prestado, pela presença e inspiração...*

*Às minhas avós e ao meu avô e toda extensa família, pelo entendimento, auxílio e acalento em todos os períodos em que precisei.*

*Aos meus colegas de mestrado, principalmente àqueles que fizeram parte dos pequenos grupos comigo e que compartilharam cada disciplina, aos que vieram da residência em saúde da família, e aos novos colegas que surgiram no decorrer do caminho...*

*À Prof<sup>a</sup>. Dra. Valéria Vernaschi Lima, por coordenar o Programa de Pós-Graduação, acolher a todos e explicar com calma, responsabilização e vínculo, todos os passos e obstáculos do percurso, posteriormente, por aceitar compor a banca e pelas generosas contribuições...*

*Ao Prof. Dr. Gilson Caleman, por aceitar participar da banca, e pelas generosas contribuições e disponibilidade para oferecer subsídios sólidos de sua vasta experiência prática e acadêmica que enriqueceram minha pesquisa...*

*Aos entrevistados, gestores da saúde do município de São Carlos, pela vasta contribuição e disponibilidade...*

*Aos amigos de São Carlos, pelo incentivo, companheirismo e pela força cotidiana que ofereceram, em especial: Rafael Botaro, Danieli Gianotti, Carlos Curvo, Érika Fonseca, Alcione Fusco, Luciana Placeres e Maria Teresa Claro...*

*Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica...*

*Aos colegas de trabalho das administrações regionais de saúde e departamentos de gestão...*

*Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gerenciamento e Informática em Enfermagem...*

*Aos professores e coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus de Rondonópolis, pela atual companhia acadêmica.*

*“(...) dificilmente haverá projeto compartilhado, alguma forma de co-gestão, sem a construção de objetos de investimento que motivem usuários, equipes e redes de apoio a saírem de si mesmos sem abandonar-se.”*

***Gastão Wagner de Souza Campos***

## SUMÁRIO

Agradecimentos.....	6
SUMÁRIO .....	9
Resumo.....	10
Proêmio .....	13
1. Introdução.....	14
1.1 Objetivo Geral .....	19
2. Referencial Teórico.....	20
2.1 Acolhimento e o domínio afetivo .....	20
2.2 Avaliação de risco .....	25
2.3 Avaliação de risco e as experiências internacionais.....	29
2.4 Acolhimento com avaliação de risco: modelo brasileiro .....	31
2.5 OS modelos de atenção e os novos desafios .....	35
3. METODOLOGIA .....	47
3.1 Tipo de estudo .....	47
3.2 Local do Estudo: perfil demográfico/epidemiológico .....	47
3.3 Aspectos Éticos .....	51
3.4 Sujeitos da Pesquisa .....	51
3.5 Coleta e análise dos dados.....	51
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	53
4.1 O acolhimento organizando o serviço .....	53
4.2 Realidade não desejada ou construída intencionalmente .....	59
4.3 Desejo algo e pratico outro.....	64
4.4 Um sonho em construção .....	69
4.5 Aprendendo a aprender no cotidiano do serviço .....	71
4.6 Falar a mesma língua.....	74
5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO .....	78
Referências .....	81
ANEXO I: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	86
ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....	87
Anexo III: ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	88

## RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo cujo objetivo foi avaliar por onde perpassam os limites e possibilidades para implantação do acolhimento com avaliação de risco. Em específico, na perspectiva dos gestores municipais de saúde de São Carlos, uma cidade do interior do estado de São Paulo. Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com gestores do sistema municipal de saúde: 61,53% graduados em enfermagem; 15,38% medicina; 7,69% odontologia; 7,69% administração e 7,69% engenharia de produção. Os dados foram tratados através da análise temática. Para esta pesquisa, após coleta e análise dos dados, emergiram seis categorias de análise; (1) O acolhimento organizando o serviço; (2) Realidade não desejada ou construída intencionalmente; (3) Desejo algo e pratico outro; (4) Um sonho em construção; (5) Aprendendo a aprender no cotidiano do serviço; (6) Falar a mesma língua. A partir dessa delimitação, o estudo apontou que existem diferentes concepções sobre o acolhimento, em decorrência do modelo de atenção que cada gestor assume como sendo resolutivo. Também há disparidades em assumir o acolhimento com avaliação de risco como prática, possivelmente por questões políticas intrincadas nas ações em saúde. Para implementação do acolhimento com avaliação de risco, foi possível perceber a existência de limites e possibilidades, no que diz respeito à organização do serviço, realidade local, modelos de atenção, qualidade da assistência, educação permanente e continuada, trabalho em rede.

**Descritores:** Acolhimento; Triagem; Gestão em Saúde; Pesquisa em Enfermagem Clínica.

## ***ABSTRACT***

This is a qualitative study aimed to evaluate the limits and possibilities for implementation of “user embracement” and risk assessment. In particular, from the perspective of local health managers of San Carlos, a town in the state of São Paulo. To collect the data, some semi-structured interviews were conducted with managers of the municipal health system: 61.53% graduated in nursing, 15.38% in medicine, 7.69% in dentistry; 7.69% in management and production engineering. The data were analyzed through thematic analysis. For this research, after collecting and analyzing data, six categories emerged from the analysis: (1) “user embracement” by organizing the service, (2) undesirable reality or constructed intentionally, (3) something intended but not accomplished, (4) A dream under construction, (5) learning to learn in daily service, (6) speaking the same language. From this definition, the study pointed out that there are different conceptions of “user embracement”, due to the approach assumed by each manager as suitable. There are also disparities in taking “user embracement” and under risk assessment as a procedure, possibly as a result of intricate political actions on health. To implement “user embracement” and risk assessment, it was possible to perceive the existence of limits and possibilities, with regards to organization of the service, local reality, care approaches, quality of assistance, permanent and continuing education as well as networking.

**Keywords:** User Embracement, Screening, Health Management, Clinical Nursing Research.

## ***RESUMEN***

Se trata de un estudio cualitativo con el objetivo de evaluar dónde permean los límites y las posibilidades de aplicación del acogimiento evaluación de riesgos. En particular, desde la perspectiva de los gestores locales de salud de Sao Carlos, una ciudad en el estado de São Paulo. Para la recojida de datos, fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas con los administradores del sistema de salud municipal: 61.53% graduados en enfermería, 15.38% en medicina , 7.69% en odontología y ingeniería de producción. Los datos fueron procesados a través del análisis temático. Para esta investigación, después de recoger y analizar los datos, seis categorías surgieron del análisis: (1) El acogimiento organizando el trabajo, (2) La realidad no deseada o construida intencionalmente, (3) el deseo distinto de la práctica, (4) Un sueño en desarrollo, (5) aprender a aprender en el servicio diario, (6) Hablando el mismo idioma. A partir de esta definición, el estudio señaló que existen diferentes concepciones del acogimiento, como consecuencia del modelo de atención adoptado por cada gerente como adecuado. También hay disparidades en cuidado con la evaluación de riesgos como una práctica, posiblemente por las complejas acciones políticas para la salud. Para implementar el acogimiento con la evaluación de riesgos, se pudo percibir la existencia de límites y posibilidades, en cuanto a la organización del servicio, la realidad local, los modelos de atención, la calidad de la atención, la educación permanente y continua, el trabajo colaborativo.

**Palabras clave:** Acogimiento, Selección, Gestión de la Salud, Investigación en Enfermería Clínica.

## ***Proêmio***

*No decorrer da minha formação profissional, inicialmente na graduação em enfermagem, fui motivado ao exercício de “pensar gestão”, aceitando as provocações para planejar o cuidado de uma forma mais resolutiva. Com os acúmulos obtidos, a partir das experiências vivenciadas, dos estudos de caso das instituições de saúde e nos diferentes momentos de inserção na prática profissional, consegui compreender o importante papel que os gestores das instituições desempenham no resultado de uma assistência qualificada à saúde da população.*

*Por outro lado, durante a residência em uma Unidade de Saúde da Família (USF), acompanhei as dificuldades dos trabalhadores em fazer a gestão do serviço e da clínica. Paralelamente, me propus acompanhar um serviço de urgência e emergência de um hospital municipal, para entender como as necessidades dos usuários eram acolhidas e geridas naquele contexto.*

*Nas discussões vivenciadas por meio dos estudos dirigidos e das reuniões do grupo de acolhimento deste serviço, percebi a importância da proposta do acolhimento com avaliação de risco no Sistema de Saúde e na prestação do cuidado integral, o que implica em aspectos da gestão do cuidado e do próprio serviço.*

*Esta vivência me despertou o desejo de conhecer, a partir de um estudo, as nuances envolvidas na institucionalização desta proposta do acolhimento com avaliação de risco como um elemento importante no processo de gestão da clínica.*

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde vivencia grandes dificuldades, principalmente em relação aos atendimentos ofertados aos usuários quando procuram seus serviços, sobretudo os de urgência.

Em decorrência da baixa resolubilidade e dificuldades no acesso à Atenção Primária à Saúde, mesmo com as diferentes políticas definidoras de seu papel, os usuários do Sistema Único vem estabelecendo como preferência de acesso as unidades de pronto atendimento, provavelmente pela certeza do atendimento<sup>1</sup>. Além desta realidade, outros fatores também têm contribuído com a superlotação das unidades, dentre eles, o grande número de acidentes e a crescente violência urbana<sup>2</sup>.

Nesta perspectiva, a Portaria n.º. 1600, de 07 de julho de 2011, ressalta o perfil epidemiológico brasileiro, ao apontar que elevados índices de morbimortalidade na população com idade menor que 40 anos são decorrentes de fatores externos, violências e acidentes de trânsito. Por outro lado, na população com idade maior que 40 anos, predominam as ocorrências de doenças do aparelho circulatório<sup>3</sup>.

Com as fragilidades existentes, a atenção primária é falha para com as condições crônicas e nos eventos de agudização destas, acarretando em manutenção ou permitindo o aumento dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis. Enquanto fator agravante, esse perfil tende a aumentar a superlotação dos serviços de urgência, fazendo crescer ainda mais as barreiras aos usuários, visto que ocorre falha durante as proposições de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Em um estudo realizado no sul do Brasil, usuários do Sistema Único de Saúde descreveram dificuldades em acessar a Atenção Primária à Saúde, afirmando que permanecem na frente da unidade, formando filas durante a madrugada, sendo que para conseguir atendimento esta situação seria corriqueira e obrigatória. Além disso, o mesmo estudo demonstrou que a demanda reprimida também auxiliava na escassez da oferta<sup>4</sup>.

Quando os serviços estão disponíveis para atendimento às urgências e os gestores estabelecem atendimento por ordem de chegada, a relação entre a oferta e a demanda é agravada e os prejuízos aos usuários são imensuráveis<sup>5</sup>. Em contrapartida, sem a existência de um atendimento por nível de prioridade em relação ao risco à saúde, o usuário do serviço que

apresenta maior necessidade de utilização dos recursos, bem como os profissionais, ficam a mercê do acaso.

Assim, as fragilidades do sistema de saúde assumem proporções alarmantes. A título de exemplo, dados mostram que, em um hospital do interior do estado de São Paulo, dos 600 atendimentos que foram realizados diariamente pelo serviço de urgência-emergência, 60% poderiam ser realizados nas unidades de atenção primária<sup>6</sup>. Esta conjuntura evidencia, portanto, a retroalimentação dos problemas existentes, com serviços insuficientes e desarticulados, levando à superlotação.

Na tentativa de reorientar as outras esferas de governo, publicações do Ministério da Saúde<sup>6,7,8,9</sup>, em especial a Política Nacional de Humanização, procuram incentivar formas de acolher a demanda com maior responsabilidade e ética. Dessa maneira, apostam na resolubilidade e diminuição dos entraves criados pela volatilidade de recursos, priorizando uma atenção voltada ao acolhimento, vínculo, escuta qualificada, responsabilização pelo cuidado, dentre outras ferramentas capazes de “facilitar o trânsito da clínica tradicional à ampliada”<sup>10</sup>.

Essa mesma Portaria<sup>11</sup> ressalta a necessidade de todos os serviços atuarem como portas de entrada para as urgências, com um trabalho em rede, além de mecanismos de acompanhamento e encaminhamento responsável da demanda e com oferta de atendimentos ágeis e resolutivos. Há, ainda, a necessidade de construção de redes de apoio, integradas e articuladas, organizando o fluxo com base no acolhimento e avaliação de risco<sup>11,12,13</sup>.

Neste contexto, vale lembrar que o Sistema Único de Saúde, constituído no Brasil durante a Reforma Sanitária nos anos 80, teve como apogeu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A partir de então, estabelecem-se os princípios doutrinários e organizativos do SUS, com destaque ao acesso universal, equânime e voltado à integralidade. Todavia, constata-se ali uma permissividade em relação à participação popular na tomada de decisão sobre sua condução<sup>14</sup>.

E apesar de importantes avanços, vários estudos demonstram que ainda não se conseguiu efetivar uma rede de atenção, interligada em seus pontos de acesso para efetivação de um modelo de atenção que privilegie o indivíduo, independente de sua condição ou grau de sofrimento.

Ao contrário, o que se observa é um modelo de atenção voltado prioritariamente ao atendimento às condições agudas; fragmentação do sistema de saúde; dificuldades de consolidação do acesso universal às ações e serviços e; dificuldades em privilegiar a integralidade e a equidade no encontro entre usuário-trabalhador-gestor<sup>12,13,15</sup>.

A partir do ano 2000, inicia-se um processo de incentivo às mudanças em decorrência da forma de acesso, com retomada das discussões sobre *redes* proposta na Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS/2000<sup>15</sup>. Essas discussões fomentaram o debate entre os participantes da décima primeira Conferência Nacional de Saúde<sup>16</sup>. Posteriormente, em 2003, houve intervenções importantes nessa mesma perspectiva no estado de Minas Gerais, norteadas por um grupo de especialistas, dentre eles, Eugênio Vilaça Mendes.

Esses especialistas auxiliaram na elaboração de um plano de desenvolvimento para o estado, que mais tarde foi denominado “Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais”. Ao problematizarem a rede, discutiram também a necessidade de reorientar o sistema de saúde, com base em dois modelos de atenção<sup>12,13</sup>: um voltado ao atendimento às condições agudas, ou à agudização de doenças crônicas; outro concernente à continuidade do cuidado e prevenção às condições crônicas. Dois modelos de atenção complementares, visando o funcionamento efetivo de uma rede de cuidados, principalmente ao distribuir de forma equilibrada, por todos os pontos de atenção, as pessoas que utilizam os serviços<sup>13</sup>.

Em consonância com essas propostas, o governo brasileiro também avança, no sentido de oferecer aporte legal e estratégias para o enfrentamento das dificuldades na organização do acesso. De forma que, em 2009, publica a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, a qual traz o acolhimento com avaliação de risco como elemento importante no processo de gestão<sup>9</sup>.

E ainda, foi publicada a Portaria MS/GM nº. 4.279 de 30 de dezembro de 2010, oferecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde<sup>17</sup>. Na sequência, a Portaria nº. 1.600 de 07 de julho de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde<sup>11</sup>.

Com essas iniciativas, algumas propostas de mudanças foram sendo constantemente elaboradas, no entanto, pouco implementadas na extensão da rede de serviços. Dessa forma, os sistemas de saúde ainda apresentam dificuldades de articulação entre suas unidades, acarretando demora ao atendimento, existência de filas e superlotação.

A superlotação nos serviços de saúde, por sua vez, é um fenômeno mundial e caracteriza-se, dentre outros fatores, pelo elevado tempo de espera e pressões externas para novos atendimentos e tem como principal marcador o tempo de permanência no serviço<sup>18</sup>. Constitui-se como indicador de baixa qualidade assistencial<sup>19</sup>, ao passo que a melhoria do fluxo de entrada e saída dos usuários nos serviços hospitalares está diretamente relacionada ao aumento do desempenho organizacional<sup>18</sup>.

Esse problema da superlotação desencadeia várias consequências: leitos ocupando corredores<sup>18</sup>; pessoas com necessidade de atendimento imediato aguardando nas salas de espera; extensas filas para retirada de senhas; agendas com números limitados de atendimentos<sup>7</sup>. Sendo tais transtornos especialmente impactantes nos países em desenvolvimento<sup>18</sup>. No Brasil, não é raro encontrar, em todas as regiões, usuários que utilizam o Sistema Único de Saúde, esperando durante horas por atendimentos essenciais e prioritários, até mesmo piorando durante essa espera.

Na tentativa de atenuar esses problemas, e conseqüentemente elevar o desempenho organizacional, várias estratégias foram desenvolvidas, principalmente nos países desenvolvidos. Países como o Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Espanha e Austrália inovaram na elaboração de tecnologias de gestão da clínica, com base na organização do acesso por meio da avaliação de risco<sup>12,13</sup>.

A avaliação de risco, nestes países, é denominada como triagem, definida como um sistema de avaliação para gestão de riscos, utilizada para gerenciar o fluxo de pacientes, definindo a ordem de atendimento pelo nível de prioridade<sup>20,21</sup>.

No Brasil, o termo triagem foi utilizado por muito tempo, no entanto, significava *triagem* para atendimento médico (identificação da queixa principal, identificação do usuário, aferição de sinais vitais, peso e estatura)<sup>8</sup>. Em algumas regiões do país, o termo se refere, até mesmo, ao ato de “mandar o paciente embora, sem atendimento”<sup>22</sup>. Convencionou-se, dessa forma, no Brasil, a utilização da expressão *avaliação de risco*.

Nos países do Reino Unido foi desenvolvido o sistema de Manchester (*Manchester Triage Scale*); no Canadá o sistema canadense (*Canadian Triage and Acuity Scale*); nos Estados Unidos o índice de gravidade de emergência (*Emergency Severity Index*); na Espanha o modelo Andorra de triagem (*Model Andorra de Triatje*); na Austrália, o sistema australiano (*Australian Triage Scale*)<sup>12,13</sup>.

Por meio da avaliação de risco, demonstra-se a importância da priorização do atendimento para diminuir o problema que a superlotação provoca. Um estudo retrospectivo revela que, para o sistema canadense, os níveis existentes de priorização do atendimento são bons preditores do uso de recursos, dentre eles o tempo de permanência<sup>23</sup>, gerando melhoria do fluxo assistencial, na tentativa de diminuir a superlotação dos serviços pelo reconhecimento das necessidades da demanda.

Para o acolhimento com avaliação de risco, no Brasil, dois sistemas internacionais são utilizados com maior frequência, adaptados para a realidade brasileira, ambos com escalas de cinco níveis: modelos Manchester e canadense<sup>24</sup>.

Na literatura consultada, o acolhimento é definido como “modo ou ato de acolher; recepção”, neste acolher “agasalhar, hospedar, admitir, ter em consideração”<sup>25</sup> permite aproximar-se do outro e estar com o outro para o cuidado<sup>8</sup>. Neste encontro predominam a construção do vínculo, acompanhamento e responsabilização.

Em seu contexto histórico, as discussões sobre acolhimento com avaliação de risco, no Brasil, ganharam força em 2002, por meio da Portaria n.º. 2.048/2002 - Política Nacional de Urgências, evidenciando a preocupação do governo com a crescente demanda dos serviços de saúde. A Portaria propõe algumas ações que remetem ao conceito de rede de atenção à saúde e atendimento qualificado por meio de acolhimento com priorização dos casos mais graves<sup>3</sup>. Desde então, várias estratégias foram elaboradas, além das diferentes atualizações da Política Nacional de Urgências, até culminar na Rede de Atenção às Urgências<sup>11,17</sup>.

Para Atenção Primária à Saúde, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde publicou os volumes I e II do Caderno de Atenção Básica n.º. 28, trazendo suporte teórico e prático para nortear os processos de mudanças, subsidiando gestores e trabalhadores na efetivação de novas práticas<sup>7,8</sup>.

Essas propostas retratam a indissociabilidade da forma de produzir saúde e gerir o processo de trabalho, além de induzir inovações na prática gerencial e na produção de cuidado. Além disso, permitem visualizar, teoricamente, a possibilidade de incorporar estratégias, diretrizes, dispositivos, ferramentas ao processo de trabalho, auxiliando a articulação dos diferentes serviços do sistema de saúde municipal.

Assim, o acolhimento, considerado como parte dessas estratégias, propicia uma resposta efetiva ao usuário do serviço. Como dispositivo, assume a ação interventiva para análise do processo de trabalho com foco nas relações; como atitude, reconhece os usuários como sujeitos ativos no processo de produzir saúde. Sendo ferramenta útil para construção do vínculo, propiciando a garantia do acesso com responsabilização e provocando reflexos positivos na resolubilidade dos serviços<sup>26</sup>.

Esta revisão bibliográfica e das políticas públicas nos proporcionou a visão de que é possível apoiar-se no acolhimento com avaliação de risco, como tecnologias de gestão do acesso, e trouxe a possibilidade de identificar que a maioria dos municípios brasileiros apresenta potencialidades para implementação dessa estratégia. Também nos possibilitou identificar que gestores municipais contam com aportes teóricos, metodológicos e legais para desenvolver uma articulação do sistema municipal de saúde, utilizando-se do acolhimento com avaliação de risco nos diferentes serviços, tanto no âmbito hospitalar como na atenção primária à saúde. No entanto, muitos não o fazem.

Considerando-se essa constatação, este estudo está fundamentado na seguinte hipótese: *há diferentes concepções sobre o acolhimento com avaliação de risco na perspectiva dos gestores municipais de saúde*. E essas diferentes concepções dificultam a implementação das diretrizes e práticas referentes ao acesso, bem como a integração dos pontos de atenção, em especial as urgências.

### ***1.1 Objetivo Geral***

Diante da perspectiva apresentada, realizamos este estudo com o objetivo de *analisar por onde perpassam os limites e possibilidades da implantação do acolhimento com avaliação de risco, para os gestores municipais de saúde, do município de São Carlos, SP*.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 *Acolhimento e o domínio afetivo*

O acolhimento configura-se como uma nova forma de se fazer saúde, com alicerce nas relações dialógicas entre os sujeitos. Implica na ação do profissional da saúde para que se pense no outro e se coloque no seu lugar, abrangendo o campo das relações interpessoais e protagonizando os diferentes sujeitos nos mais variados espaços.

Dessa forma, o acolhimento aposta nas relações enquanto mecanismos que possibilitam a continuidade do cuidado, pretendendo excluir a visão mecanicista da produção do trabalho em detrimento da produção de subjetividades. Nesta perspectiva, requer mudança de foco, do processo de trabalho mecanizado e rígido, para o sujeito:

*O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações<sup>26</sup>.*

Receber adequadamente quem procura a unidade de saúde passa a ser atribuição de todos os profissionais que ali atuam. Assim, as definições do Ministério da Saúde sobre o acolhimento explicitam que “não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções”<sup>26</sup>. Desde 2004, com o surgimento da Política Nacional de Humanização no Brasil, essa definição impregna-se no ato cotidiano de fazer saúde e produzir cuidado, no entanto, várias são as interpretações e ações que os profissionais assumem.

Por pertencer ao campo das relações humanas, o acolhimento requer atitudes dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, demanda valores. Independente de formação profissional, propõe que o profissional da área da saúde seja um ser no mundo inclusivo e aposte nas relações como estratégia dialógica para efetivação do cuidado. Dessa forma, o acolhimento nesta pesquisa será abordado de acordo com as definições de Teixeira<sup>27</sup>,

valorando o encontro entre usuário-trabalhador, assumindo a comunicação como elemento fundamental das ações em saúde.

Nesta perspectiva, ele se aproxima da escuta ampliada, conversa terapêutica, porém, com técnicas constituídas de poéticas sociais, em sua forma estética<sup>28</sup>, podendo ser considerado como um acolhimento-diálogo. Assim, é atribuída outra roupagem para a rede de atenção à saúde/ rede de atenção às urgências/ rede de atenção tecnoassistencial, transformando-as em redes de conversações. Tal mudança oferece amplas oportunidades ao sujeito em transitar nestas redes, num autêntico espaço de interlocuções<sup>28</sup>.

Teixeira<sup>28</sup> define esses espaços como sendo “verdadeiros exercícios da democracia”, possibilitando o reconhecimento do outro “enquanto sujeito do processo dialógico”; “da insuficiência do eu isolado para o processo”; “da situação construída pelo contexto”. Entretanto, os trabalhadores dos serviços de saúde (porteiro, recepcionista, auxiliares, técnicos, enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos, entre outros) devem estar empenhados nesse processo, tendo a comunicação, o respeito e a responsabilização como conduta a ser evidenciada nos encontros com o usuário em todas as ações e intervenções da saúde.

A realização do acolhimento vale-se a qualquer momento, antes e/ou depois da avaliação de risco, em qualquer nível de complexidade ou densidade tecnológica. Por esse motivo, é entendida como postura ética. No entanto, é uma estratégia fundamental a ser desenvolvida, principalmente, durante o manejo às condições crônicas (Modelo de Atenção às Condições Crônicas)<sup>12,13</sup>, onde o tempo é aliado do serviço e dos profissionais de saúde.

Sob este prisma, edifica-se juntamente com a construção do vínculo, elaboração de projetos terapêuticos singulares e planejamento de atendimentos subsequentes, possibilitando a efetivação da longitudinalidade ao cuidado. O que permite estabelecer relações entre o domínio afetivo da taxonomia dos objetivos educacionais, taxonomia de Bloom e o termo acolhimento.

Observa-se, inicialmente, o local hierárquico que a classe acolhimento ocupa dentro do domínio, estruturando-se como requisito necessário para avançar ao longo de outras categorias taxonômicas: resposta, valorização, organização e caracterização por um valor ou sistemas de valores<sup>29</sup>.

O atendimento à saúde, no contexto da urgência, tem início com a recepção do indivíduo em seu sofrimento, o que requer um primeiro nível de envolvimento denominado acolhimento. Posterior a esse atendimento surgem formas individuais ou coletivas de relacionar-se com o sujeito, em que se configuram outros níveis hierárquicos, em direção às respostas que o próprio sujeito espera do serviço de saúde.

O acolhimento para Bloom<sup>29</sup> refere-se à ação de prestar atenção, ou seja, demonstrar interesse para “aquele que aprende seja sensibilizado pela existência de certos fenômenos e estímulos, isto é, que seja disposto a acolhê-los ou a eles prestar atenção”<sup>29</sup>. Apreender o outro e seu sofrimento, em um nível mais rudimentar do domínio afetivo, perpassa por esses fatores, ou seja, o profissional em um atendimento que se inicia deve “sensibilizar-se pela existência de certos fenômenos e estímulos”<sup>29</sup>, e apresentar uma pré-disposição para atender suas necessidades. O trabalhador da saúde, ao desenvolver o acolhimento, consegue atentar-se para três níveis do fenômeno: percepção, disposição para receber e atenção controlada ou seletiva<sup>29</sup>.

A percepção é entendida como a capacidade daquele que aprende estar ciente de algo, pessoa, fenômeno acontecimento ou estado de coisa<sup>29</sup>, uma vez que no acolhimento o indivíduo apresenta-se com uma variedade de informações históricas. Verbalizadas ou observadas, é imperativo o acesso a essas informações, visto que a posteriori serão requisitadas para definir a percepção inicial do sujeito.

Todavia, se o profissional de saúde permanecer somente neste nível, ainda não consegue evoluir para um pensamento mais crítico da realidade, simplesmente nota o fenômeno, mas sem interesse. “De fato diz: estou consciente dele, mas pouco me importa”<sup>29</sup>. Assim, é necessário que se tenham outras atitudes, quais sejam a disposição para receber e atenção controlada ou seletiva<sup>29</sup>.

Ao se falar em disposição para receber, espera-se do profissional, na melhor das hipóteses, disposição para verificar a existência do fenômeno, dedicando-lhe atenção<sup>29</sup>. Em seguida, ao desenvolver este domínio, ele poderá realizar os julgamentos necessários às atividades dispostas ao observar a realidade, alcançando a atenção controlada ou seletiva, por meio da qual se agregam níveis relatados de percepção e disposição para receber.

A característica principal desta atitude, em comparação com as outras habilidades, é o elemento de controle da atenção, o qual se apreende na medida em que o estímulo preferido é selecionado e lhe é dada atenção, apesar dos estímulos concorrentes<sup>29</sup>.

Para o acolhimento, o nível mais alto para alcance dos objetivos tecnológicos que a ferramenta oferece é o desenvolvimento de atenção controlada ou seletiva. Assim, independente dos fatores de interferência ambientais, oferta-se a atenção necessária e o acolhimento se efetiva em toda sua complexidade.

Não obstante, reafirmando a necessidade de implantação do acolhimento, torna-se importante observar a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde. Nela, a proposta de humanizar o serviço surge com vistas à participação de três agentes fundamentais

para consolidação do Sistema Único de Saúde: gestores, trabalhadores e usuários. Propõe uma ampla participação desses sujeitos na tentativa de implementação dos princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade, participação popular), com efetiva mudança dos modelos de atenção e gestão no campo da saúde<sup>13,26,30</sup>.

Além disso, atribuir valores aos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, principalmente, os de autonomia, protagonismo, co-responsabilização, formação de vínculos de solidariedade, produção coletiva da gestão e indissociabilidade entre gestão e atenção à saúde, é o intuito da referida política.

Neste contexto, o acolhimento é apresentado como ferramenta para desenvolver a humanização nos serviços de saúde, constituindo-se como uma tecnologia que vem sendo disseminada desde 2004 pelo Ministério da Saúde, através da avaliação de experiências exitosas<sup>26</sup>.

Tais experiências propõem uma reorientação dos paradigmas existentes no campo da saúde, dentre os quais podemos observar: atenção centrada na doença e nos componentes biológicos do corpo, ao invés da atenção centrada no sujeito e suas relações sociais, biológicas, psicológicas e espirituais; mecanicidade das ações e práticas em saúde, evidenciando a técnica e os procedimentos; ações de vigilância sanitária e epidemiológica que minimizam o hospedeiro e toda a complexidade do sujeito<sup>26</sup>.

Esses modelos atualmente hegemônicos representam duas grandes formas de se fazer saúde, as quais não são suficientes para atender às necessidades atuais da população<sup>30</sup>. Em contraposição a eles, propõe-se uma prática que enaltece a importância de uma relação diferenciada entre o profissional de saúde e o usuário dos serviços, ou seja, uma forma de produzir saúde com foco nas relações, vínculos, solidariedade, reconhecimento do outro como um ser participativo<sup>26,30</sup>. Confere-se, portanto, ao acolhimento, um estatuto de transformador das relações e práticas assistenciais<sup>26</sup>.

Assim, na medida em que os sujeitos procuram as unidades de saúde e são atendidos, no encontro entre profissionais e usuários devem prevalecer atitudes capazes de promover uma escuta qualificada, em que se assumam responsabilidades e respostas sejam pactuadas. Por conseguinte, são oportunizadas, a partir de tal encontro, a resolutividade e a responsabilização necessários à continuidade das ações<sup>26</sup>.

É imprescindível retomar a saúde pelo foco do sujeito, valorizando todos os potenciais de intervenção dentro dos serviços, estimulando a participação de múltiplos trabalhadores e observando o usuário e sua vivência, a fim de se integrar a sua participação no processo de busca pela saúde<sup>31</sup>.

Quando os sujeitos envolvidos no processo de cuidado são priorizados, constroem-se vínculos pautados na ética e no respeito, com ênfase às ações nas pessoas e não na doença, estimulando a responsabilização e o “encarregar-se do outro, com incentivo a construção de redes de autonomia e compartilhamento onde ‘eu me reinvento inventando-me com o outro’”<sup>26,31</sup>.

Desta feita, o acolhimento não se constitui como etapa do processo de atendimento ao sujeito que procura a unidade de saúde, mas como uma ação que permeia todos os locais e tempos desses atendimentos, não pressupondo profissionais específicos para realizá-lo e sim propõe o compartilhamento de saberes, necessidades de saúde, angústias ou aflições para invenções de novas práticas. Em decorrência disso, surgem novas estratégias, as quais se edificam pela realidade vivenciada, tanto pelo profissional de saúde, quanto pelo usuário do serviço, exigindo nos encontros uma atitude ética entre os sujeitos<sup>26</sup>.

Para o Ministério da Saúde<sup>25</sup>, colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer mudanças no cotidiano das práticas em saúde:

*(...) protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; reflexão e problematização dos processos de trabalho (...) possibilitando a intervenção de toda equipe multiprofissional; elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linha de cuidado; mudanças estruturais na forma de gestão dos serviços de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão (...) garantir acolhimento para os profissionais e as dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população; postura de escuta e compromisso em dar resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário (incluindo sua cultura, saberes e capacidade de avaliar o risco), construir propostas coletivamente, com a equipe local e com a rede de serviços (incluindo gestores centrais e distritais) <sup>21</sup>.*

Com vistas a garantir a resolutividade da assistência, todas as pessoas devem ser acolhidas, e esse processo de acolhimento deve ser realizado por profissionais da equipe técnica (enfermeiros e técnicos de enfermagem; médicos; dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal; fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros).

Promove-se, então, um repensar além dos processos saúde-doença, na “adequação física, nas formas de organização do serviço (...) no ato de escuta; compartilhamento de conhecimento; uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e quanto estes saberes estão a favor da vida”<sup>26</sup>.

O acolhimento transforma a realidade dos serviços de saúde, uma vez que aproxima os sujeitos envolvidos no cuidado, questionando as relações clínicas no trabalho em saúde,

colocando em evidência os modelos de atenção e gestão, trazendo para discussão juntamente com os usuários as necessidades de mudanças, ao passo que também problematiza as relações de acesso aos serviços de saúde. A partir de então, torna-se possível propor mudanças na forma de operar os serviços de saúde, no que diz respeito ao acesso aos serviços (extinção das filas e do atendimento por ordem de chegada), bem como ao tratamento do usuário como centro do processo de cuidar, oferecendo-lhe melhores respostas.

Diante dessa demanda, é imprescindível a criação de uma Central de Acolhimento, com o objetivo de direcionar o fluxo, determinar as áreas de atendimento, acolher pacientes e familiares e, com base em protocolos de situação de queixa, encaminhar os casos necessários para a avaliação de risco<sup>26</sup>.

A Central de Acolhimento é um serviço complementar à avaliação de risco, por meio do qual profissionais da saúde são responsáveis por garantir o acesso às informações que o usuário e seus familiares necessitam: busca por uma unidade de saúde para retirada de um exame, esclarecimento de uma dúvida, agendamento de uma consulta ou atendimento com alguma especialidade.

## **2.2 Avaliação de risco**

A avaliação de risco, por sua vez, é também visualizada como estratégia fundamental para organização do atendimento à demanda espontânea, em situações agudas. Sendo ferramenta indispensável, especialmente, ao Modelo de Atenção às Condições Agudas<sup>12,13</sup>.

Abordaremos o conceito de avaliação de risco com base na definição de que se trata de análise dos riscos clínicos, desenvolvida para organização de fluxos e que traz segurança ao paciente devido à priorização do atendimento, permitindo uma avaliação mais adequada, em tempo correspondente à necessidade, num processo dinâmico<sup>23</sup>.

Em relação ao acolhimento com avaliação de risco, entendemos como processos de maior complexidade em relação à classificação/estratificação por níveis de prioridades de atendimento. Discutiremos, assim, os termos: classificação, avaliação e acolhimento.

Para melhor compreender essa escolha, vale recorrer à taxonomia dos objetivos educacionais, desenvolvida por Benjamin Bloom e colaboradores<sup>32, 29</sup>.

A palavra classificação remete a uma forma organizada de olhar e estratificar a realidade para melhor compreensão, ou seja, significa: “distribuir em classe e/ou grupos, segundo sistemas de classificação” ou ainda “por em ordem (...) qualificar, tachar (...)”<sup>32</sup>.

Dessa forma, qualquer pessoa que obedeça a padrões previamente estabelecidos pode classificar, mas, para isso, deve estar envolvida com o objeto de trabalho e conhecê-lo. Na área da saúde, por exemplo, para lidar com o objeto de trabalho é preciso ter formação específica em níveis de escolaridade, fundamental, médio e/ou superior, com graduação e/ou curso técnico e auxiliar para a área da saúde.

Para Bloom<sup>32</sup>, a classificação remete a uma forma de facilitar, através de símbolos e significados, a comunicação entre os profissionais de uma mesma categoria. O objetivo é inteiramente voltado para facilitar a comunicação. A classificação em si não envolve níveis de conhecimento que são decisivos na tomada de decisão, apenas segue uma ordem de padrões.

Segundo o autor, na analogia com a taxonomia dos objetivos educacionais, a classificação destina-se a uma “classificação dos comportamentos”<sup>32</sup> do sujeito, ou ainda, classificação de “comportamento esperado (...) modos de agir, pensar de sentir”<sup>33</sup> como reflexo da busca por saúde, não pretende desta forma avaliar sujeitos.

O termo classificação, dessa maneira, remete à estratificação de comportamentos esperados para a área de atuação a qual o serviço se destina; nos serviços de saúde o sentir-se doente ou sadio; o pensar em qualidade de vida e o agir em busca de saúde. O serviço estratifica, portanto, os símbolos que influenciam este ato de sentir-se doente ou sadio e propõe significados que organizam<sup>32</sup>.

A classificação, como forma taxonômica de estabelecer critérios de seleção, atua de forma neutra sobre o objeto. Essa forma de elaboração parte da necessidade em atingir um maior número de sujeitos pela neutralidade do processo, construindo uma perspectiva impessoal e biológica de olhar para o sujeito, ou seja, volta-se ao instrumento e diminui o foco de interação<sup>32</sup>.

Bloom<sup>32</sup> faz uma relação com a classificação decimal para bibliotecas, ao descrever o que ele chama de quarto princípio da classificação: em bibliotecas, são descritas “todas as classes de livros; não indica o valor ou a qualidade de uma classe comparada à outra”<sup>32</sup>; o faz na tentativa de evitar títulos similares em posições opostas.

Nos atendimentos de urgência nos serviços de saúde, diretrizes de classificação categorizam os diferentes sujeitos, criando um sistema passível de verificação. Já no modelo de acolhimento com avaliação de risco com a taxonomia dos objetivos educacionais justifica-se a utilização dos termos: acolhimento e avaliação, sendo o primeiro como domínio afetivo e o segundo como domínio cognitivo<sup>32,29</sup>.

A avaliação dentro do domínio cognitivo da “taxonomia de Bloom” ocupa lugar de destaque, topo da pirâmide de sobreposições de terminologias voltadas à cognição, contemplando os “comportamentos incluídos nas classes precedentes”<sup>32</sup>.

Sendo assim, à avaliação incluem os comportamentos das cinco classes anteriores: conhecimento; compreensão, aplicação, análise e síntese. Na avaliação, diferente da classificação, “os julgamentos podem ser qualitativos ou quantitativos”<sup>32</sup>, e o aspecto novo acrescentado e que a diferencia das outras categorias taxonômicas são os valores e satisfações, adentrando inclusive no campo de domínio afetivo, sem deixar de pertencer ao domínio cognitivo.

Pode-se afirmar, partindo das descrições do autor citadas acima, que para o indivíduo conseguir avaliar (com toda a complexidade proposta pelo termo/categoria), ele deve anteriormente ter conhecimento do objeto; compreendê-lo; aplicar as habilidades cognitivas; ter capacidade de análise e sintetizar as informações obtidas<sup>32</sup>.

Para avaliação de risco os julgamentos são avaliados em termos de critérios externos, previamente estabelecidos, almejando a finalidade de cada ação, técnica, regra e até mesmo norma, passíveis de julgamentos ou comparação. “O julgamento em termos de critérios externos é um tipo de avaliação que abrange uma classificação dos fenômenos”<sup>32</sup>.

Dessa forma, avaliar o sujeito que se apresenta para o cuidado ao profissional da saúde pressupõe habilidades cognitivas hierarquicamente elevadas, por meio das quais a capacidade de análise agrega-se à noção valorativa do fenômeno, aumentando-se as possibilidades de opiniões técnicas assertivas e propiciando um julgamento pertinente da realidade vivenciada pelo usuário e seus pontos de apoio.

Com toda essa tecnologia proposta, torna-se imprescindível a reorganização do acesso aos usuários, reorientando o atendimento inicial para uma análise criteriosa do potencial risco, agravo ou sofrimento, abandonando uma postura histórica e burocrática de atendimento por ordem de chegada, sistematizada através de filas que são formadas, principalmente, durante a madrugada para retirada de senhas<sup>31</sup>.

É necessário que o profissional avalie o potencial risco de agravo à saúde, as queixas, medos, angústias e expectativas, observando e propondo caminhos para intervenção às necessidades imediatas do usuário.

Segundo a disponibilidade de recursos e ponto de cuidado à saúde que são possíveis e que garantam a resolutividade pactuada neste encontro, o profissional requisitado é aquele com nível superior de escolaridade, com formação na área da saúde, preferencialmente, enfermeiro ou médico.

Extrapolando, dessa forma, a noção mecanicista da realidade, ampliando o foco para múltiplas possibilidades e inúmeras formas de intervenção sobre o problema, analisado pela ótica profissional/usuário.

O acolhimento com avaliação de risco também preconiza uma não banalização da queixa, a valorização da anamnese, atenção à saúde com foco na integralidade do cuidado, oferta multiprofissional dos atendimentos em saúde, com co-participação e co-produção do cuidado e saberes em saúde<sup>26,10</sup>. O que se espera, portanto, é que a cada encontro se estabeleçam vínculo e relações de confiança entre os sujeitos desse contexto.

Neste sentido, o Ministério da Saúde<sup>26</sup> preconiza que:

*(...) importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço (...) complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar, de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário<sup>26</sup>.*

A avaliação de risco, nesta perspectiva, propõe uma análise da situação apresentada pelo sujeito e uma ordenação de sua necessidade, superando a triagem (terminologia utilizada em alguns países), uma vez que sua prerrogativa é o atendimento de todos que procuram os serviços, com foco na longitudinalidade do cuidado pelos mecanismos de proximidade estabelecidos pela afetividade. Os objetivos são diferentes, entretanto, complementares, e podem funcionar de forma coesa ou em separado, sem, contudo, haver disparidades entre as duas propostas.

Para que essa abordagem na avaliação seja realizada, é necessário que o serviço que recebe a demanda espontânea se adeque técnica e fisicamente. A adequação técnica refere-se à competência e valores atitudinais dos profissionais, os quais analisam o risco com parâmetros embasados em protocolos clínicos de atendimento. Eles devem se orientar por fluxos previamente estabelecidos, bem como possuírem habilidades para manuseio de sistemas de informação para alimentar os dados referentes aos atendimentos diários realizados, ao perfil dos usuários e momentos de pico. Além disso, devem agendar, conforme o risco, consultas ambulatoriais e realizar referência a outros serviços<sup>26</sup>.

Por outro lado, a adequação física do serviço diz respeito à reformulação das áreas para atendimento e espera do usuário, com área de emergência separada por níveis de complexidade: área vermelha, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas;

área amarela, assistência aos pacientes críticos e semi-críticos terapêuticamente estáveis; área verde, atendimento a pacientes não críticos em observação ou internados; e ainda, área de pronto atendimento destinada às consultas de baixa complexidade<sup>26</sup>.

### ***2.3 Avaliação de risco e as experiências internacionais***

Retomando as experiências internacionais, vale lembrar que durante décadas a avaliação de risco tem sido utilizada para diminuir os ruídos produzidos pela superlotação dos serviços de saúde, em diferentes países. Sua concepção atual foi inicialmente introduzida no Reino Unido, em 1980, através do modelo SOAP, permitindo a avaliação de dados **S**ubjetivos e **O**bjetivos, para posterior **A**valiação e **P**rescrição e, finalmente, a padronização do sistema de avaliação<sup>21</sup>.

No entanto, bem antes desse modelo, ainda em 1898, pessoas já se aglomeravam em frente aos hospitais de Londres, buscando atendimento nos serviços de saúde. Quando as portas destes eram abertas, realizava-se uma avaliação dos pacientes e definia-se o encaminhamento clínico ou cirúrgico<sup>34</sup>.

Nos Estados Unidos, soldados eram classificados de acordo com o grau de gravidade da lesão, priorizando o atendimento em três níveis: gravemente traumatizados, mas sem recuperação; os que precisavam de cuidados imediatos; e aqueles que poderiam aguardar ao tratamento com segurança<sup>34</sup>. Todavia, com o passar do tempo, essa forma de classificação já não atendia a demanda dos hospitais e as filas dos serviços de urgência e emergência aumentavam, trazendo dificuldades ao atendimento.

Em 1993, em decorrência deste fator, na Austrália, através do *Australasian College of Emergency Medicine (ACEM)* adotou-se a *Escala de Triagem Nacional*, conhecida como *Australian Triage Scale (ATS)*. Seu principal objetivo era garantir o nível e a qualidade do atendimento com critérios clínicos, proporcionando a equidade no acesso aos serviços de saúde<sup>35</sup>. Esse sistema foi o primeiro a ser implantado mundialmente, já com a atual perspectiva de avaliação de risco<sup>36</sup>.

Atualmente, cinco protocolos merecem destaque: o protocolo de Manchester (*Manchester Triage Scale - MTS*), desenvolvido no Reino Unido; no Canadá o protocolo canadense (*Canadian Triage and Acuity Scale - CTAS*); nos Estados Unidos o índice de gravidade de emergência (*Emergency Severity Index - ESI*); na Espanha o modelo Andorra

(*Model Andorra de Triage*) e na Austrália o protocolo australiano (*Australian Triage Scale - ATS*)<sup>12,13,22</sup>.

Figura 01: Sistemas Internacionais de Avaliação de Risco

Sistemas	País	Níveis	Tempo para avaliação Médica
ATS – Australasian Triage Scale	Austrália Nova Zelândia	1- Ressuscitação	0 min
		2- Emergência	10 min
		3- Urgente	30 min
		4- Semi-urgente	60 min
		5- Não urgente	120 min
Manchester	Inglaterra Escócia	1- Imediato (vermelho)	0 min
		2- Muito urgente (laranja)	10 min
		3- Urgente (amarelo)	60 min
		4- Padrão (verde)	120 min
		5- Não urgente (azul)	240 min
CTAS – Canadian Triage and Acuity Scale	Canadá	1- Ressuscitação	0 min
		2- Emergência	15 min
		3- Urgente	30 min
		4- Pouco-urgente	60 min
		5- Não urgente	120 min
ESI - Emergency Severity Index	EUA	1	-
		2	-
		3	-
		4	-
		5	-

Fonte: FHEMIG/Melhores Práticas: uma ideia a ser copiada, 2009.

Diversas pesquisas corroboram com a prática desses modelos. Um estudo realizado em Taiwan, em 2012, demonstrou haver maior confiabilidade na avaliação quando utilizada uma escala de cinco níveis<sup>37</sup>. No Canadá, após a avaliação de 550.950 crianças, um estudo mostrou forte associação entre o nível de classificação e os marcadores de gravidade<sup>38</sup>, além disso, apresentou similitude a outros estudos ao demonstrar que a proporção de internação, correspondia ao nível de prioridade atribuído, pela avaliação de risco, ou seja: os níveis I, II, III, IV e V, consecutivamente, apresentaram proporções de internação: 61, 30, 10, 2 e 0,9%. (onde I corresponde à maior gravidade e V à menor gravidade)<sup>38,39</sup>.

Em avaliação da escala de Manchester, a capacidade de identificar corretamente o nível de gravidade e estabelecer prioridade adequada entre os pacientes (sensibilidade) foi de 87%. E a capacidade em identificar aqueles que não precisavam de atendimento imediato (especificidade) foi de 64%, ficando demonstrada com este estudo a validade deste sistema<sup>40</sup>.

Entretanto, em quaisquer dessas abordagens, deve-se mensurar e proporcionar a capacidade técnica do profissional em assumir suas atribuições de avaliação. Mundialmente, observa-se que o profissional responsável pela avaliação de risco é o enfermeiro, após ter realizado capacitação específica para essa finalidade<sup>13</sup>.

## ***2.4 Acolhimento com avaliação de risco: modelo brasileiro***

Implantou-se essa visão de avaliação de risco no Brasil, por meio da experiência de um docente da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com a utilização do protocolo canadense, numa parceria firmada com o Hospital Municipal de Paulínia. A experiência adquirida neste hospital tornou-se referência para implantação deste serviço no Hospital Mário Gatti<sup>34</sup>.

Posteriormente, através de um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), ficou evidente que as filas nas unidades de emergência dos hospitais brasileiros eram queixas frequentes dos usuários dos serviços de saúde, não sendo a população acolhida conforme suas necessidades.

Dessa maneira, foi iniciada a reestruturação de vários hospitais de urgência e emergência em Minas Gerais, com ênfase em aspectos éticos e estéticos dos serviços prestados. Dentre estes hospitais estava o Hospital Odilon Behrens, de Belo Horizonte, no qual, em 2005, foi implantada a escala canadense e, em 2007, a escala de Manchester<sup>41</sup>.

De forma geral, a Portaria n.º. 2.048/2002 estabeleceu para os serviços de urgência no Brasil o processo de avaliação de risco como sendo de responsabilidade dos profissionais com graduação na área da saúde (nível superior)<sup>3</sup>. Outrossim, convencionou-se a participação de toda equipe no processo de discussão de caso, com estabelecimento de diretrizes em cada unidade de saúde, sendo respeitadas as singularidades locais<sup>8</sup>.

Desde a décima primeira Conferência Nacional de Saúde, percebemos um direcionamento das discussões dos conferencistas para os aspectos práticos de reorientação do modelo assistencial, preocupação permanente mesmo após a efetivação do Sistema Único de Saúde. Com o lema “O Brasil tratado como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”<sup>16</sup>, deu-se início a um debate sobre o acesso aos serviços. Posteriormente, tais interlocuções fundamentariam a formulação da Política Nacional de Humanização e seus eixos, dentre eles o acolhimento.

Naquela ocasião os conferencistas defenderam o “acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada (...) organização da porta de entrada do Sistema, através de distintas iniciativas de estruturação da atenção básica”, articulando os serviços de saúde e integrando os níveis de atenção<sup>16</sup>.

Além disso, também foram elencados os problemas que ocorrem com os atendimentos às emergências (emergências estas inexistentes em alguns municípios e sobrecarregadas em outros). Sendo que, em função da baixa resolutividade da atenção básica, estas não conseguem solucionar a maioria dos problemas de saúde dos territórios que abrangem<sup>16</sup>.

Não obstante, foi ainda abordada a temática do acesso, no que diz respeito às dificuldades e iniquidades da garantia de serviços e a facilitação do acesso distribuída de forma desigual.

Assim como as emergências, frequentemente outros serviços essenciais sequer existem e, quando existem, são precários e demonstram com claras evidências a falta de recursos para sua manutenção (atendimento ao idoso, em saúde mental, odontológico, entre outros). Em decorrência disso, usuários buscam a contratação de planos de saúde privados ou permanecem sem intervenção alguma<sup>16</sup>.

Como estratégias para enfrentamento dos problemas referentes ao acesso, surgiram propostas de ações voltadas ao financiamento do setor saúde. Quais sejam: a ampliação da qualidade técnica; prioridade à humanização do cuidado com vistas ao acolhimento dos usuários com resolutividade em cada tratamento ou intervenção proposta; participação da comunidade na determinação dos horários de funcionamento das unidades e na disposição dos atendimentos realizados por cada profissional no decorrer de sua jornada de trabalho<sup>16</sup>.

Posteriormente, a décima segunda Conferência Nacional de Saúde, intitulada como Conferência Sérgio Arouca (sanitarista brasileiro), apresentou o tema: “Saúde um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”<sup>42</sup>. Dez eixos temáticos foram discutidos pelos conferencistas: direito à saúde; seguridade social e a saúde; intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; financiamento da saúde; comunicação e informação em saúde<sup>43</sup>.

O quinto eixo, organização da atenção à saúde, evidencia algumas diretrizes gerais relevantes: ampliar a cobertura dos serviços, reorientando o modelo de atenção (da demanda em direção à responsabilidade sanitária advinda da circunscrição de território); atenção integral à saúde e acesso a todos os níveis de atenção; definição de políticas de humanização à saúde; fortalecimento de uma nova cultura de atenção ao usuário e das condições de trabalho. E ainda: prática de acolhimento com avaliação de risco, ampliação do acesso, ênfase na humanização; integração dos serviços de diferentes níveis de atenção e garantia de um financiamento justo às ações, práticas e serviços<sup>43</sup>.

Na sequência, a décima terceira Conferência Nacional de Saúde trouxe o tema: “*saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*”. Nela houve três eixos de discussão (com contribuições inéditas em cada um): desafios para efetivação do direito humano à saúde no século XXI – estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; políticas públicas para a saúde e qualidade de vida – o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde; a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde<sup>44</sup>.

Em destaque dentre as discussões, foi estabelecida como diretriz a implantação do acolhimento com avaliação de risco em todos os serviços, especialmente nas urgências, sendo estabelecido critério de prioridade de atendimento, em substituição à ordem de chegada. E ainda, propôs-se, a divisão dos ambientes de cuidado, garantindo agilidade do atendimento às necessidades, com responsabilização, vínculo e ampliação do acesso<sup>44</sup>.

Visando a resolutividade da atenção à demanda, recomendou-se garantir e fortalecer a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, com olhares para a acessibilidade e acolhimento, respeitando os critérios de risco e a qualidade das ações. Além de apoiar os processos de educação permanente e continuada com foco na humanização, acesso e acolhimento<sup>44</sup>.

Realizada em 2012, a décima quarta Conferência Nacional de Saúde apresentou como tema “Todos usam o SUS: SUS na seguridade social! Política pública, patrimônio e povo brasileiro”. Com um único eixo: “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”<sup>31</sup>.

Nesta oportunidade, foram estabelecidas quinze diretrizes, dentre elas: defesa da vida – assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços; ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral<sup>31</sup>.

A primeira das diretrizes citadas acima, em defesa da vida, aborda a implantação do acolhimento com avaliação de risco integrando as unidades dos diferentes níveis de atenção; o acesso e o retorno em tempo hábil, com diminuição do tempo para atendimento e melhor organização dos fluxos visando à integralidade da assistência; “implantar políticas públicas de acesso e acolhimento, em todos os serviços e ações de saúde, sem discriminação (...) com a participação do controle social e o apoio de ferramentas informatizadas”<sup>31</sup>. Implantar o agendamento de consultas e o acolhimento com avaliação de risco nos serviços de saúde, com profissionais habilitados e capazes de auxiliar na desburocratização das unidades de saúde.

A segunda diretriz citada estabelece, entre outras, a organização do acesso com diminuição da espera, aperfeiçoamento do processo de acolhimento, implementação dos serviços de acolhimento, organização da rede de urgência.

A carta da décima quarta conferência à população brasileira direciona em um de seus parágrafos que: “Defendemos que a Atenção Básica seja ordenadora da rede de saúde, caracterizando-se pela resolutividade e pelo acesso e acolhimento com qualidade, em tempo adequado e com civilidade”<sup>31</sup>.

O termo rede explicitado o acima traz um conceito importante à discussão aqui realizada, podendo ser compreendido como:

*Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população*<sup>13</sup>.

No campo da atenção às urgências, para superar parte das principais barreiras vivenciadas, foi publicada no ano de 2011 no Brasil a Portaria n.º. 1.600, a qual aborda a necessidade de articulação entre os diferentes serviços de saúde, independente de sua complexidade e densidade tecnológica. A proposta remete à criação da Rede de Atenção às Urgências, enquanto um dos elementos das ações contidas no programa Saúde Toda Hora, do Governo Federal<sup>11</sup>.

Possibilitando a desconstrução da permanente idéia de níveis hierárquicos e independentes de atenção, a portaria realiza uma articulação com as propostas das Redes de Atenção à Saúde<sup>10</sup> e avança ao preconizar atendimento de urgência como responsabilidade de todos os serviços que compõem a rede de cuidados à saúde do Sistema Único de Saúde, definindo que todos são portas de entrada desta rede.

Dessa maneira, propicia-se adequação às necessidades dos usuários, além de transformar a atenção primária à saúde em espaços de coordenação do cuidado responsáveis por demandar as ações aos outros pontos da rede assistencial<sup>11</sup>.

As ferramentas/dispositivos que compõem a Rede de Atenção às Urgências são: serviço de atendimento móvel de urgência; unidade de pronto atendimento; força nacional de saúde; atenção primária a saúde; melhor em casa; atenção hospitalar; promoção, prevenção e vigilância em saúde; sala de estabilização e ‘SOS’ emergências<sup>11</sup>.

Com objetivo de integrar todos os equipamentos, ampliar e qualificar o acesso, a Rede de Atenção às Urgências preconiza o acolhimento e a avaliação de risco enquanto dispositivo<sup>17</sup> desta rede articulada e estabelece os mesmos como sendo requisitos dos serviços no sistema municipal.

## ***2.5 OS modelos de atenção e os novos desafios***

Como componente dos serviços ou forma de prestação destes, os modelos de atenção têm sido difundidos pela Organização Pan-Americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. Desde 1980, o termo Modelos de Atenção à Saúde refere-se às formas de organização dos serviços de saúde<sup>30</sup>, existindo várias concepções que o definem.

Dentre essas concepções, os Modelos podem ser entendidos como forma ideal, exemplo ou padrão a ser seguido, ou como forma de organizar as unidades e sistemas de saúde em estabelecimentos, redes, sistemas; forma de organizar a prestação de serviço incluindo a atenção à demanda espontânea; forma de organizar as práticas de saúde no âmbito individual e coletivo; gestão democrática preocupada com o agir e gerir no campo da saúde<sup>30</sup>.

Assumimos a definição de Paim<sup>30</sup>, a qual percebe como “combinações tecnológicas estruturadas para resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde individuais e coletivas”. Essa definição pressupõe que os modelos de atenção estão intimamente ligados ao processo de trabalho, o que extrapola seu campo de compreensão e formula além do componente tecnoassistencial e operativo, dimensões gerenciais e organizativas.

No Brasil, é importante destacar, algumas formas de organizar as ações e serviços de saúde através de modelos assistenciais históricos, representados pelos modelos hegemônicos: médico hegemônico e sanitarista.

O primeiro, médico hegemônico, tendo como constituintes principais o modelo médico assistencial privatista (voltado para doença, biologicista, fragmentado, focado nos processos de produção), e o modelo da atenção gerenciada (também focado na doença, fragmentado, com menor foco na produção, mais voltado à racionalização dos procedimentos e serviços especializados); o segundo, sanitarista, com enfoque em campanhas sanitárias e programas especiais, vigilância sanitária e epidemiológica, programa de agentes comunitário de saúde e programa de saúde da família<sup>30</sup>.

Novos modelos, entretanto, apresentam alternativas para alcançar a efetividade e a qualidade da atenção, assim como aumentar a satisfação das pessoas, com foco na humanização dos serviços.

Esses novos modelos propõem oferta organizada, distritalização, ações programáticas e de atenção à saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento, construção de linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, equipes matriciais e de referência<sup>30</sup>.

A oferta organizada e o acolhimento ajudam a melhorar o atendimento e se apresentam como uma resposta aos fracassos advindos do modelo médico hegemônico. Uma vez que este modelo gera a dependência e não promove autonomia das pessoas sobre seu corpo e sua saúde, despersonalizando o atendimento e burocratizando o encontro entre profissionais e usuários. Atualmente as discussões sobre modelos de atenção direcionam-se em duas perspectivas, a primeira na estruturação de modelos de atenção às condições crônicas, a segunda tendo como base as discussões sobre modelos de atenção às condições agudas.

O modelo de atenção crônica, foi proposto pela primeira vez pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, denominada de *Chronic Care Model* (CCM). Difundido mundialmente, hoje é referência para construção de modelos de atenção em diferentes realidades e localidades<sup>13</sup>.

O *Chronic Care Model* possui em sua estrutura seis componentes: organização da atenção à saúde; desenho do sistema de prestação de serviço; suporte às decisões; sistema de informação clínica; autocuidado apoiado e recursos da comunidade<sup>13</sup>.

A título de ilustração, no Brasil ele serviu como base para construção da proposta de um modelo de atenção às condições crônicas, respeitando ainda os componentes no modelo inicial<sup>13</sup>.

Juntamente com outros modelos, o CCM oferece um aporte teórico para discussão em nível micro, meso e macro das condições dos serviços e sistemas de saúde, propondo reestruturações. Entre essas propostas encontramos o da pirâmide de risco da Kaiser Permanente, composto por três níveis de diferentes complexidades, permitindo orientar os usuários com informações condizentes a respeito do sistema<sup>13</sup>.

A pirâmide de risco da Kaiser Permanente é composta por: Nível-1, condições simples, 70 a 80% das pessoas – *autocuidado apoiado*; Nível-2, condições complexas, 20 a 30% das pessoas – *gestão da condição de saúde*; Nível-3, condições altamente complexas, 1 a 5% das pessoas – *gestão de caso*<sup>13</sup>.

Para ser aplicado no Sistema Único de Saúde do Brasil, em 2007, Mendes desenvolveu um modelo baseando-se no Modelo de Atenção Crônica (CCM) e na Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente. Denominou-se, então, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), estruturado em três eixos principais: populações e riscos (população total, subpopulação com fatores de risco ligados a comportamentos e estilos de vida; subpopulações com condições crônicas simples e/ou com fatores de risco biopsicológicos; subpopulações com condições crônicas complexas, subpopulações com condições crônicas muito complexas); níveis de intervenção (intervenção de promoção da saúde, intervenção de prevenção das condições de saúde, gestão da condição de saúde, gestão de caso); relação com os determinantes sociais da saúde (determinantes sociais da saúde intermediários, proximais, individuais com condição de saúde e/ou fator de risco biopsicológico estabelecido)<sup>13</sup>.

Estruturado por níveis de intervenção, população e riscos e pelos determinantes sociais da saúde, esse modelo relaciona cada etapa de intervenção com o autocuidado apoiado e com a atenção profissional. Sugere, ainda, uma atenção à saúde que articule as unidades de cuidado, em que cada unidade possa oferecer uma responsabilização pela população adstrita, de forma ativa. Mudando o foco dos modelos hegemônicos, passa a atuar sobre um território definido, mapeado e caracterizado, sendo pró-ativo, ao invés de reativo, nos processos de produção de saúde.

Dessa forma, sugere: conhecimento do território, subdivisão de categorias de cuidado através de níveis de complexidade, sistema de informação que interligue por meio de prontuários eletrônicos as unidades de cuidado e que ofereçam *feedback* aos profissionais, sendo também capaz de produzir mecanismos de alerta e lembretes para que efetivamente o profissional consiga transformar seu cotidiano de trabalho<sup>13</sup>.

As principais variáveis do Modelo de Atenção às Condições Crônicas “que derivam de evidências robustas produzidas pela avaliação do CCM são”<sup>13</sup>: prática baseada em evidências; registro das pessoas que utilizam o serviço; categorização da população em subpopulações de risco; utilização de prontuário eletrônico do paciente com suas funcionalidades enquanto sistema de apoio à decisão; sistema de regulação do acesso; continuidade da atenção; atenção integral às condições de vida e saúde das pessoas. E ainda, planos de cuidado singulares; autocuidado apoiado; gestão das condições de saúde e de casos; coordenação da rede de atenção à saúde pela atenção primária à saúde; educação permanente e educação em saúde; presença de profissionais de saúde comunitária e articulação entre os sistemas de atenção e os recursos da comunidade<sup>13</sup>.

Para a adequada transformação do sistema de saúde em redes de atenção à saúde, os serviços devem ser estruturados e articulados, na tentativa de atender aos modelos de atenção às condições crônicas e também às condições agudas.

Assim, as unidades mais próximas aos usuários e que trabalham com território delimitado devem ser capazes de estruturar seus espaços e atitudes, na tentativa de receber, buscar e acompanhar a comunidade sob sua responsabilidade, intervindo sobre as condições crônicas, com acompanhamento adequado que envolve a elaboração de projetos terapêuticos singulares e da comunidade.

Além disso, os serviços constituintes da atenção primária à saúde devem resolver algumas condições agudas da população sob sua responsabilidade, incluindo a agudização de condições crônicas. Nesta perspectiva de responsabilização, a atenção primária à saúde deve ser referência aos usuários avaliados por protocolos de acolhimento e avaliação de risco, abrangendo os atendimentos das pessoas avaliadas e posteriormente classificadas com baixa prioridade (azul e verde), dessa forma reorientada para sua unidade de referência.

Para que isso ocorra, a atenção primária deve reestruturar suas ações, com a utilização de tecnologias de gestão da clínica para acompanhar a população adstrita. Dentre as possíveis estratégias, reformular suas ações com base no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, proposto por Mendes em 2007<sup>13</sup>.

Por sua vez, para atendimento às condições agudas, o modelo de atenção deve voltar-se para avaliação de risco, com protocolos previamente definidos de atendimento. Enquanto no modelo de atenção às condições crônicas a coordenação do cuidado ficava a cargo da atenção primária à saúde, no modelo de atenção às condições agudas desloca-se do centro da rede, possibilitando que o complexo regulador, assuma a importância de coordenação do cuidado<sup>13</sup>. Dessa forma, as diretrizes desse modelo são estruturadas em protocolos mundialmente validados, de dois a cinco níveis, sendo os de cinco níveis mais aceitos<sup>13</sup>.

Dentre os protocolos, os mais conhecidos e que apresentam maior confiabilidade são os protocolos de: Manchester, Canadá, Austrália, Espanha e dos Estados Unidos. Todos com cinco níveis de prioridade. Dentre muitos países que utilizam o protocolo de Manchester, está o Brasil, onde foi utilizado e consolidado em Minas Gerais, sendo atualmente utilizado em todo país<sup>13</sup>.

A avaliação de risco surge como uma metodologia para atendimento, sugerindo alguns passos: prioridade e gestão; auditoria; tomada de decisões; identificação do problema; análise da solução; avaliação e escolha de alternativas para implantação; implementação; monitoramento dos processos e avaliação dos resultados<sup>13</sup>.

A prioridade e gestão referem-se à capacidade em definir quais serão as prioridades para atendimento, pelo meio de protocolos clínicos validados e definidos por encontros com representantes de cada unidade representativa da rede de atenção à saúde, e do entendimento e confiabilidade adquiridos, principalmente pelo atendimento guiado de acordo com as necessidades que realmente afetam os sujeitos<sup>13</sup>.

A auditoria, por sua vez, permite avaliar a reprodutibilidade entre os profissionais da saúde, trazendo um panorama da utilização da tecnologia pela rede de atenção. Possibilita também a avaliação do atendimento quanto à confiabilidade da utilização dos protocolos clínicos validados, discutindo os itinerários terapêuticos e linhas de cuidado, quanto a sua efetividade<sup>13</sup>.

A tomada de decisão refere-se aos direcionamentos ofertados com a capacidade em observar através do processo gerencial a rede de atenção, sua realidades, seus problemas e formas de intervenções, observação dos processos de mudança e implementação do novo, sempre com novos subsídios<sup>13</sup>.

No modelo de atendimento às condições agudas, a atenção primária à saúde não mais gerencia o cuidado, ela desloca-se do centro, como uma estratégia de possibilidade para o usuário, assim, como as outras unidades da rede de atenção, sede lugar aos processos de regulação da assistência<sup>13</sup>.

A atenção primária à saúde retoma suas atividades de gerenciamento do cuidado, logo após a intervenção imediata de outro serviço de maior densidade tecnológica ao agravo. Oferece ainda ao sujeito, durante a fase de reabilitação e posteriormente a ela, objetivos de prevenção de novos agravos, gestão efetiva do cuidado, orientação na rede de atenção, construção de projetos terapêuticos singulares, incentivo ao autocuidado apoiado, análise e discussão do caso em equipe<sup>13</sup>.

Para a efetivação do modelo de atenção às condições agudas, é interessante a escolha de protocolos de avaliação de risco. Dentre os protocolos existentes, recomendam-se aqueles com cinco níveis de prioridade de atendimento, sendo o mais utilizado no Brasil, difundido principalmente por Minas Gerais, o protocolo de Manchester. Este protocolo reorienta os usuários conforme necessidade de atendimento, estratificando por cores os risco da demanda, após avaliação do estado de saúde e da necessidade de acesso.

Observando o nível de atenção na rede assistencial e um possível fluxograma, propõe-se para atenção primária no município os atendimentos em domicílio, quando for identificado o agravo: aciona-se o serviço de atendimento móvel de urgência, que, por sua vez, avalia o risco, orienta e ativa os sistemas de logística.

Para as unidades que compõe a rede de atenção básica, como as unidades de saúde da família, unidades básicas de saúde, centros de saúde e policlínicas, existem as seguintes proposições: realização do primeiro atendimento vermelho, laranja e amarelo e atendimento verde e azul. Aos hospitais municipais, além de realizarem o primeiro atendimento aos casos com maiores prioridades, recomenda-se atender amarelo e verde e realizar acolhimento aos classificados como azul fora do horário de atendimento das unidades de atenção básica, acolhendo o azul em todo momento<sup>13</sup>.

Na atenção secundária, voltada para a microrregião, as unidades de pronto atendimento realizam o primeiro atendimento vermelho e laranja, atendimento amarelo e verde, atendimento azul fora do horário das unidades de atenção básica e acolhimento ao azul<sup>13</sup>.

Nos hospitais microrregionais sem unidades de terapia intensiva, são realizados o primeiro atendimento vermelho e laranja, atendimento vermelho, laranja conforme protocolos, atendimento amarelo e verde e acolhimento ao azul<sup>13</sup>.

Nos hospitais microrregionais com unidades de terapia intensiva, o primeiro atendimento é para vermelho e laranja, atendimento para vermelho e laranja conforme protocolos, atendimento amarelo e verde, atendimento referenciado segundo protocolo e acolhimento ao azul<sup>13</sup>.

No serviço de atendimento móvel de urgência o atendimento a vermelho, laranja e amarelo com devidas orientações à verde e azul<sup>13</sup>.

Na atenção terciária, macrorregião, ao serviço de atendimento móvel de urgência propõe-se atendimento a vermelho e laranja e orientação à verde azul. No pronto atendimento e hospitais macrorregionais, atendimento a vermelho, laranja e amarelo e acolhimento à verde e azul. Nos hospitais macrorregionais, atendimento a vermelho, laranja e amarelo, com acolhimento à verde e azul<sup>13</sup>.

Através de evidências científicas, recomenda-se a prática do acolhimento com avaliação de risco através do protocolo de Manchester (ou adaptações) nos serviços de saúde da rede de atenção às urgências, utilizando-se protocolos de avaliação de risco e definição de prioridades. Torna-se, ainda, imperativa a reformulação dos sistemas locais de saúde, para que suas unidades possam se articular enquanto componentes de uma rede, tecida para ofertar melhor assistência à saúde da população, conforme as necessidades que se apresentam.

Com as considerações apresentadas até o momento, acreditamos ser pertinente a implantação do acolhimento com avaliação de risco em todos os serviços de saúde. Sendo que, para avaliação de risco, se faz importante a elaboração de protocolos de atendimento

comuns a toda rede de atenção, respeitando-se a inserção de cada serviço nesta rede e seu grau de complexidade e densidade tecnológica. É desenvolvido, assim, o modelo de atenção às condições agudas, incluindo a abordagem aos sujeitos em agudização de condições crônicas.

Por sua vez, efetiva a prática do acolhimento aos usuários com necessidades de acompanhamento, possibilitando que o profissional responsabilize-se pelo sujeito, construindo vínculos de confiança e acompanhamento mais efetivo da condição apresentada, em qualquer ponto da rede de atenção.

O acolhimento refere-se a uma estratégia que diz respeito à defesa da vida das pessoas, uma reorientação na forma de pensar e organizar as ações em saúde, com base em opções técnicas e políticas, uma forma de direcionamento da busca cotidiana de cuidado de indivíduos e coletivos<sup>8</sup>. Sua implantação traz como pré-requisito a busca ou a real efetivação de unidades de saúde em quantidade e qualidade suficientes para atender a população, interligadas em rede de cuidado à saúde, de forma complementar<sup>8</sup>.

O acolhimento deve ser realizado como uma das estratégias para um cuidado de qualidade, respeitando-se a construção do vínculo e responsabilização, para o desenvolvimento de outras ferramentas fundamentais: ações coletivas de prevenção e promoção de saúde no território; desenvolvimento e co-gestão de projetos terapêuticos singulares<sup>10</sup>; observação aos itinerários terapêuticos<sup>42</sup> e à construção e efetivação de linhas de cuidado<sup>45</sup>.

Entretanto, o acolhimento nos diferentes serviços de saúde não deve servir para aumentar as dicotomias existentes entre atender a demanda espontânea e às consultas programadas. Antes, deve servir como conduta para “dar respostas ‘positivas’ aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros serviços”<sup>8</sup>.

Ele é uma ferramenta para que os profissionais dos serviços de saúde possam lidar com a complexidade das ações e serviços, os quais demandam uma unidade comprometida com o usuário, sua singularidade, seu grau de interação e sofrimento com o problema vivenciado<sup>8</sup>.

Por sua vez, os profissionais disponíveis ao atendimento do ser humano em sua integralidade devem ter a capacidade de análise após uma escuta qualificada. Além disso, precisam problematizar as informações, buscando articular a melhor forma de propor uma solução. E também pactuar uma resposta em conjunto, dentro das possibilidades que o usuário tem, com vistas ao cuidado, atentando-se para a capacidade cuidativa da rede social deste usuário, de sua família e demais componentes que lhe alicerçam na busca pela saúde<sup>8</sup>.

É importante que a capacidade de acolhida e escuta da equipe em unidades de saúde seja incentivada, para que os profissionais saibam lidar com as demandas advindas de contextos comunitários, de pequenos grupos ou de necessidades individuais.

Entretanto, atentar-se para as dimensões orgânicas, sociais, espirituais e subjetivas no encontro entre profissional e usuário é uma tarefa complexa e que necessita de capacidade de troca e reciprocidade, aproximando, de um lado, a experiência trazida pelo sofrimento, decorrentes das situações vividas anteriormente pelos usuários, e de outro, pelas experiências e vivências técnicas e relacionais do profissional de saúde<sup>8</sup>.

O sentido da palavra acolhimento é apreendido aqui como parceria firmada entre o profissional e o usuário, por meio da qual, a cada encontro, surgem trocas de saberes, momentos de escuta, valorização da presença do outro e ação pautada na disponibilidade de ambas as partes, e, principalmente, garantia de resolução ofertada pelo profissional de saúde<sup>8</sup>.

No cotidiano das unidades é necessária atenção ao atendimento para com suas demandas não programadas, uma vez que todas as pessoas que procuram as unidades necessitam serem atendidas, independente do motivo da procura. Pessoas, a exemplo, com otites, cefaléias, sangramento e/ou dor em genitália, mesmo não estando agendadas precisam de intervenção. E essa intervenção é vista sob o foco da avaliação de risco, com análise do problema evidenciado e proposição de agendamentos posteriores para acompanhamento e prevenção de agravos<sup>8</sup>.

O atendimento a essa demanda que se apresenta com todas as suas necessidades revela a força existente no apoio matricial, na interconsulta, consulta conjunta e referência ofertada e solicitada enquanto tecnologia em saúde. Ao serem reconhecidas estas estratégias e a abordagem diferenciada que os profissionais ofertam através do acolhimento com avaliação de risco, fortalecem-se os vínculos de confiança, facilitando a identificação dos problemas e o prognóstico com o acompanhamento responsável realizado pelo profissional<sup>8</sup>.

Além disso, o acolhimento com avaliação de risco é uma estratégia válida para certificar a resolutividade dos serviços de saúde em todas as instâncias de cuidado. Às unidades básicas de saúde, por exemplo, fornece componente de credibilidade e garantia do atendimento, não somente em condições crônicas, mas em seus períodos de agudização e em condições agudas (infectocontagiosas, inflamatórias, traumas, lesões, sangramentos, etc.)<sup>8</sup>.

E ainda, seu componente de geração de dados em saúde propõe a possibilidade de aquisição de informações importantes para recondução e/ou reorientação de projetos terapêuticos singulares, oferecendo um perfil dos agravos que demandam atendimento imediato de forma sazonal e a representação de sua complexidade<sup>8</sup>.

O profissional de saúde acostumado a acolher e avaliar o risco adquire, juntamente com a equipe, subsídios suficientes para discussão de casos clínicos, inclusive com outros profissionais acessados, nos diferentes momentos de cuidado do sujeito, no sistema de saúde percorrido ou passível de acesso<sup>8</sup>.

Neste sentido, o acolhimento é uma estratégia que visa à desburocratização do acesso aos serviços de saúde, com responsabilização, entendimento do sofrimento alheio, sem inferências banalizadoras da relação entre o profissional e o usuário. Sendo uma ferramenta capaz de propor aos sujeitos envolvidos no processo de cuidar uma reestruturação das práticas e sentidos presentes no cotidiano de cada unidade<sup>8</sup>.

Outrossim, ele pode ser visto como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; postura, atitude e tecnologia de cuidado; dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe<sup>8</sup>.

Por mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, entende-se o acolhimento com valores capazes de incluir além dos programas tradicionais em saúde, usuários com as mais específicas queixas, na atenção básica essa relação torna-se mais concreta e passível de verificação, principalmente quando a situação de análise são pessoas em condições crônicas e agudas comuns.

O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado, relaciona-se com a tecnologia leve, formação de vínculo e edificação da relação de confiança estabelecida entre os profissionais de saúde e usuários, capaz de agenciar as necessidades de outras tecnologias (leve-duras e duras), além de possibilitar a interferência em projetos terapêuticos e reorientações para serviços adequados para resolver as demandas trazidas pelo usuário<sup>8</sup>.

Por sua vez, enquanto dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe, o acolhimento estimula um clima de mudança organizacional na unidade e a forma do profissional “atender” a demanda espontânea.

A valorização das diferentes categorias e a responsabilização pelo cuidado ofertado é instigada, superando a idéia de distribuição de senhas e atendimento limitado por ordem de chegada. Por conseguinte, valoriza-se a atenção multiprofissional (ao invés de ser centralizado o atendimento no médico), distribuindo responsabilidades aos diferentes profissionais e reconhecendo os riscos e vulnerabilidades<sup>8</sup>.

Todavia, este método pressupõe maior agilidade nos serviços, com estratégias de facilitação do acesso, direcionamento da demanda e diálogo constante entre os profissionais da equipe, para que sejam promovidas discussões sobre possibilidades de readequações. Como requisito fundamental, aqueles responsáveis pelo acolhimento e avaliação de risco

“devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidades), clareza das ofertas de cuidado existentes (...), diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado”<sup>8</sup>.

É relevante que a equipe construa um fluxograma com as diferentes possibilidades de recepção da demanda (espontânea e programada), sob o incentivo dos gestores, pois, dessa maneira, visualizam-se as possibilidades de intervenção dentre as possibilidades de cuidado existente. Com essa medida também se torna possível a intervenção em unidades com poucos profissionais, sendo aperfeiçoada com a inserção de um profissional com capacidade de análise e intervenção e que possa intervir eticamente após processos de tomadas de decisão<sup>8</sup>. Para cada uma das possibilidades de intervenção dá-se o nome de “modelagens de acolhimento”<sup>8</sup>.

A avaliação de risco é uma ferramenta para o serviço de saúde que permite a análise do risco e vulnerabilidade, sua implantação, portanto, sugere valores atitudinais representados pelo acolhimento. A postura acolhedora sugere que não somente o risco biológico seja avaliado, mas também a vulnerabilidade psicossocial do sujeito<sup>8</sup>. Em algumas situações, por exemplo, a relação dialógica é postergada, em detrimento do quadro clínico apresentado, o que requer posteriormente a criação de vínculo, respeitando-se as necessidades e os momentos de diálogo ofertados pelo usuário e sua família<sup>8</sup>.

Sendo assim, a avaliação direciona-se com foco no sujeito e estratificação do seu risco, subsidiada pela potencialidade do trabalho em equipe e nas possibilidades de análise, criação ou discussão de projetos terapêuticos singulares.

Para que o profissional consiga desenvolver um atendimento adequado às demandas de situações agudas, precisa reestruturar a agenda, a fim de contemplar as diferentes situações: agendamento de usuários em seguimento/acompanhamento pela unidade, respeitando-se as possibilidades de trocas de informações entre os sujeitos através de grupos; agendamento de pessoas que compareceram anteriormente no serviço por motivo agudo, por necessidade de nova avaliação; reserva na agenda para usuários que não fazem acompanhamento na unidade em relação às ações programáticas. Todas essas iniciativas impactam positivamente no tempo de espera<sup>8</sup>.

As unidades de um sistema municipal de saúde devem estar interligadas e possibilitar que a atenção básica seja coordenadora do cuidado e que esta, por sua vez, alcance um excelente padrão de resolutividade e resposta, incluindo a realização de atendimento às pessoas com situações crônicas em agudização<sup>8</sup>. Da mesma forma, sendo coordenadora do

cuidado, deve possuir retaguarda suficiente e pactuada para continuidade das ações, na tentativa de garantir acesso oportuno em tempo e serviço adequados.

Neste contexto, o Método Paidéia estrutura-se como uma importante estratégia de gestão, uma vez que pressupõe que os trabalhadores são pontos-chave no processo gerencial, sendo coprodutores de gestão, conhecedores dos mecanismos e atividades desenvolvidas, assim como das necessidades que surgem no cotidiano do trabalho. Assim, o Método Paidéia solicita o outro ao processo de discussão, inclui todos os envolvidos no ato de pensar gestão e trabalho e remete ao estudo compartilhado dos problemas e realização de intervenções decididas em processos de coproduções e compartilhamento<sup>46</sup>.

O termo Paidéia origina-se da Grécia em seu período Clássico e remetia a uma formação integral à pessoa para habilitá-la ao convívio social, inclusive, para posterior pertencimento à Ágora (um espaço de poder compartilhado entre os governantes e cidadãos)<sup>46</sup>. Com isso, a função de apoiador do Paidéia é: “(...) a tentativa de ampliar a capacidade das pessoas lidarem com o poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo que estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas (...)”<sup>46</sup>.

Estar disponível ao Método Paidéia é tentar lidar com as ofertas e demandas do grupo, além de apoiar, seja enquanto gestor, técnico, analista, *expert*, etc. O apoiador deve imergir na realidade do grupo, para posterior estabelecimento coletivo de compromissos e contratos, até que o grupo consiga ampliar seus referenciais, agindo de forma crítica e sistematizada. Surge, assim, o efeito Paidéia nas pessoas e agrupamentos<sup>46</sup>.

Esse método remete à construção de contratos coletivos para o bom andamento do grupo e ao incentivo criativo de doar-se em sua plenitude ao agrupamento, oferecendo subsídios para romper a inércia existente e oportunizando a resolutividade. Além disso, efetivam-se o trabalho em grupo, as ações estabelecidas em conjunto, as decisões compartilhadas e a corresponsabilidade pelos atos decisórios.

O método pressupõe a ampliação das referências individuais e da possibilidade de análise entre os participantes, com análise das relações de poder que atua nas organizações; permitindo autocrítica, crítica ao grupo e aos sujeitos participantes. A finalidade é a construção coletiva e participativa, assim como a modificação tanto do ambiente quanto das pessoas/sujeitos envolvidos<sup>46</sup>.

É possível, ainda, por meio do método, integrar diferentes padrões de realidade entre os espaços de vida e as interferências sobre estes espaços realizadas pelos sujeitos, assumindo-se as consequências destas intervenções. Logo, aumenta a capacidade de intervenção sobre os outros no mundo, e sobre si mesmo<sup>47</sup>.

O Paidéia sugere três critérios fundamentais: o reconhecimento da finalidade da política, gestão e trabalho humano; capacidade de gerar autonomia e liberdade para pessoas e instituições; a capacidade assegurada de resolução de conflitos e elaboração de contratos através da negociação<sup>47</sup>.

Todavia, a proposta não pretende negar a clínica oficial, e sim sintetizar os saberes da clínica, da epidemiologia e da historicidade dos indivíduos e agrupamentos sociais “analisando a capacidade de intervenção dessas pessoas sobre a produção de saúde”<sup>47</sup>.

### **3. METODOLOGIA**

#### ***3.1 Tipo de estudo***

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em saúde, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas coletadas no segundo semestre do ano de 2012, com sujeitos ligados à gestão em saúde do município de São Carlos, SP. Tendo sido escolhida a pesquisa qualitativa por esta permitir maior contato com a realidade subjetiva dos sujeitos que compõe determinada realidade.

De acordo com Minayo<sup>48</sup>, pesquisa qualitativa remete às ciências sociais, em que a observação do todo se vincula a uma realidade não quantificável, seus significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, não podendo reduzir os achados à operacionalização de variáveis.

#### ***3.2 Local do Estudo: perfil demográfico/epidemiológico***

O município cenário deste estudo, São Carlos, localiza-se no interior do estado de São Paulo, possui 221.936 habitantes, dentre estes, 8.866 residem na zona rural<sup>26</sup>. Devido à presença de duas universidades públicas, conta ainda com uma população flutuante de aproximadamente 20.000 pessoas<sup>26</sup>. Possui 292 unidades de saúde entre serviços públicos, filantrópicos e privados<sup>49</sup>.

Dispõe de 0,9 leitos do Sistema Único de Saúde por 1000 habitantes, sendo que no ano de 2009 apresentou um valor médio de internação de 5,6/100habitantes, e custo médio anual por internação de R\$ 63,82 por habitante<sup>49</sup>.

A rede assistencial pública do município está distribuída em 12 Unidades Básicas de Saúde e 18 Equipes de Estratégia de Saúde da Família. A primeira Unidade Básica de Saúde foi inaugurada em 1984, e a primeira Equipe de Estratégia de Saúde da Família em 1998.

As unidades básicas contam com atendimento multiprofissional, composto por fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, médicos (ginecologista, pediatra, clínico geral), dentistas, farmacêuticos, auxiliares e técnicos de saúde

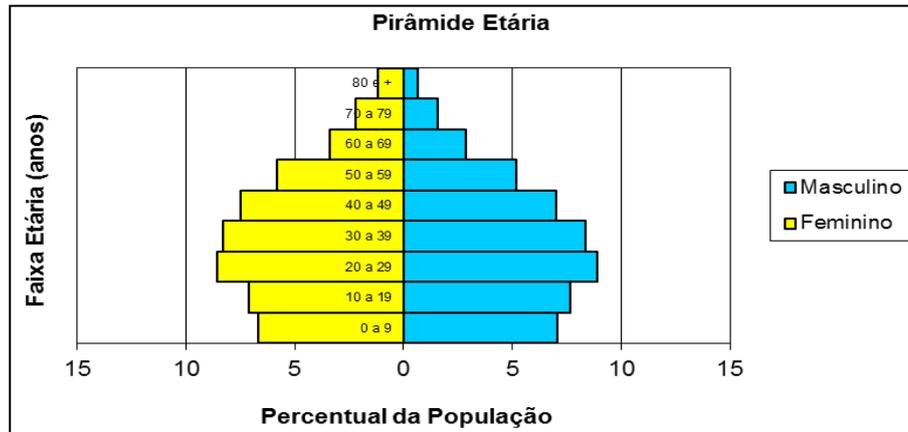
bucal, auxiliares e técnicos de enfermagem. Estas unidades assumem a responsabilização por uma população adstrita em um território, como pontos de referência especializada para as Unidades de Saúde da Família e caracterizam-se como unidade de referência para a população não coberta por esta estratégia.

Algumas dessas unidades são matriciadas pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família que é composto, no município, por assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas<sup>50</sup>.

O município conta ainda com o Centro Municipal de Especialidades, oferecendo, entre outros, atendimento em cardiologia, dermatologia, endocrinologia, estomaterapia. Esta unidade foi fundada em 1970, sendo o primeiro Centro de Saúde Municipal, posteriormente reorientado para atendimentos como Centro Municipal de Especialidades<sup>51</sup>. Ao sistema municipal de saúde também se integram o Centro de Especialidades Odontológicas; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e Centro de Atenção Psicossocial II; o Hospital Escola Municipal; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; a Santa Casa de Misericórdia e uma Unidade de Saúde Escola.

Recentemente houve a ampliação do número de unidades de saúde da família; construção de outros módulos previstos do Hospital Escola Municipal; construção da segunda unidade de pronto atendimento; reforma e ampliação de unidades básicas de saúde e do centro municipal de especialidade.

No município, a população economicamente ativa é maior em comparação à população de crianças ou idosos. No entanto, verifica-se uma mudança no perfil demográfico do município, podendo-se esperar um aumento expressivo em alguns anos da população de idosos, trazendo algumas preocupações, como: aumento das doenças crônicas e impacto previdenciário.

**Figura 02:** Pirâmide Etária do município de São Carlos

Fonte: Caderno de Informações em Saúde (DATASUS)

Dados sobre mortalidade informam que em 2010 foram 702 óbitos, sendo causados principalmente por doenças do aparelho circulatório, seguido de problemas no aparelho respiratório e posteriormente as mortes por câncer<sup>49</sup>.

A cobertura vacinal, no município, varia entre 49,8% (contra febre amarela) a 108,8% (contra tuberculose). Os gastos com saúde por habitante em 2006 correspondiam R\$257,73 e, em 2009, R\$481,88. Apresentando despesa total com saúde em 2009 de R\$106.236.776,31; valor 53% superior que no ano de 2006<sup>49</sup>.

A média de permanência durante a internação hospitalar no município varia entre 2,5 e 5,6 dias, sendo: 2,5 dias em clínica obstétrica; 4,3 dias em clínica cirúrgica; 5,1 dias em clínica médica e 5,6 dias em clínica pediátrica.

Evidenciando a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, constam a figura do secretário municipal de saúde; assessores; diretores de departamento (financeiro, gestão do cuidado ambulatorial, gestão pré-hospitalar fixa e móvel, regulação); chefes de divisão; chefes de sessão e supervisores de unidades. A administração do Hospital Escola Municipal é gerenciada por uma Organização Social. Sendo todo sistema de saúde municipal interligado à Universidade Federal de São Carlos, constituindo uma parceria, Rede Saúde-Escola, organizada através do conselho de parceria.

É importante ressaltar que, em meados do ano 2000, os profissionais de saúde que compunham a Secretaria Municipal de Saúde perfaziam 339 colaboradores, já em 2012 esse número quase triplicou, alcançando 935 trabalhadores<sup>49</sup>.

Em 2007, o Hospital Escola Municipal, ao iniciar suas atividades, não realizava encaminhamentos, ao invés disso, apoiava as unidades da Atenção Primária à Saúde, realizando acompanhamento integral aos usuários enquanto necessitassem de cuidados<sup>52</sup>.

Pesquisa realizada neste período teve como objetivo avaliar pela perspectiva do usuário o novo modelo assistencial, voltado para o acolhimento – vínculo – responsabilização<sup>52</sup>.

Os resultados demonstraram que 96,4% dos entrevistados ficaram satisfeitos com o hospital e 94,8% recomendariam o serviço para outro usuário. Alta satisfação alcançada, principalmente, pela possibilidade de resolução do problema de saúde de forma humanizada<sup>30</sup>.

Todavia, no ano seguinte à sua implantação, o hospital alterou a forma de acesso, ao invés utilizar a avaliação de riscos passou a atender por ordem de chegada. Posteriormente, encontros entre representantes do sistema municipal de saúde, hospital escola e universidade, possibilitaram a elaboração de um protocolo para efetivação do acolhimento com avaliação de risco, permitindo, de tempos em tempos, a retomada da estratégia ainda não totalmente consolidada.

Em outro estudo realizado no município com o objetivo de compreender a percepção do papel da comunicação no acolhimento, “os usuários explicitaram suas expectativas em poder contar com profissionais qualificados para uma escuta acolhedora e resolutiva”<sup>53</sup>. Entretanto, pela forma como foi proposto para as unidades, o acolhimento com avaliação de risco remete a descontentamento no cotidiano do trabalho.

A descontinuidade das ações e a atual desarticulação das unidades de saúde denotam fragilidades no sistema de saúde local, em que as diferentes unidades trabalham com perspectivas distintas e não complementares.

Essas disparidades podem ser agravadas, devido ao panorama que ainda encontra-se a rede de serviços de saúde de São Carlos, uma vez que as ações ainda se inserem em um contexto biomédico, evidenciando a necessidade da atenção primária à saúde. Para que de fato as mudanças ocorram, é preciso a coordenação do cuidado, com acompanhamento longitudinal e com responsabilização<sup>51</sup>.

A escolha do município foi motivada a partir das atividades acadêmicas e de trabalho do pesquisador em relação ao papel de gestor de uma regional de saúde. Durante este período realizou-se o diagnóstico situacional da regional, objetivando contribuir com seu planejamento e organização. Porém, o resultado deste diagnóstico revelou uma realidade provocadora de novas investigações.

### **3.3 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi aprovada pelo parecer nº. 204/2012 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (Anexo I). Todos os termos de consentimento livre e esclarecidos (Anexo II) foram explicitados e devidamente assinados. Além disso, foram respeitados os fluxos estabelecidos no município para início da pesquisa, precedida por avaliação e parecer do secretário municipal de saúde.

### **3.4 Sujeitos da Pesquisa**

Em um universo de aproximadamente 25 gestores municipais de saúde (diretores de departamento e unidades, chefes de divisão, coordenadores, supervisores), a amostra foi definida a partir dos seguintes critérios de inclusão: serem gestores municipais de saúde, propositores de políticas organizacionais e diretrizes para atenção à saúde no município, em relação ao acolhimento e avaliação de risco.

Dentre os 14 gestores selecionados, as entrevistas foram realizadas com 13, pois 01 sujeito foi excluído da amostra por não atender aos chamados. Para assegurar o anonimato os atores da pesquisa foram identificados pela letra G, seguida pelo número da entrevista em algarismos romanos – I ao XIII.

Ressalta-se também que todos os entrevistados exerciam a gestão por mais de seis meses, porém, dois deles estavam há mais de cinco anos na função. A maioria tem pós-graduação na área da saúde com predominância nas áreas de gestão e saúde da família, com exceção de dois, sem graduação e especialização na área. Quanto à profissão dos gestores, 61,53% eram graduados em enfermagem; 15,38% medicina; 7,69% odontologia; 7,69% administração e 7,69% engenharia de produção.

### **3.5 Coleta e análise dos dados**

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada (Anexo III), permitindo maior amplitude na fala do entrevistado e um apontamento temático ao entrevistador para explorar o objeto de pesquisa. As entrevistas foram realizadas na Universidade Federal de São Carlos e nos próprios locais de trabalho dos gestores, quais

sejam os espaços da Secretaria Municipal de Saúde: departamentos, administrações regionais, divisões e Hospital Escola Municipal. Como ferramenta de coleta de dados, utilizou-se um gravador de áudio e posterior transcrição das falas.

Para análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin<sup>54</sup>. Com o intuito de avaliar qualitativamente o estudo, utilizamos os apontamentos de Minayo sobre análise temática, sendo compreendida em três etapas: pré-análise, composta por leitura flutuante, constituição do corpus e formulação/reformulação de hipóteses e objetivos; exploração do material, seguindo as etapas de categorização, identificação de unidades de registro, contagem, classificação e agregação dos dados; tratamento dos resultados obtidos, interpretação, proposição de inferências e realização de interpretações<sup>48</sup>.

As entrevistas foram transcritas e posteriormente iniciou-se uma fase de leitura do material para organização dos dados. Nesta fase procurou-se observar a disposição das entrevistas, a separação das falas dos sujeitos entrevistados/pesquisador, suprimindo nesta etapa qualquer fragmento de texto ou palavra que possibilitasse a identificação dos sujeitos.

Com o material organizado, realizou-se leitura exhaustiva de todo material, dessa forma foi possível a verificação de núcleos temáticos. Sendo que alguns núcleos de sentido importantes para o estudo foram observados nas falas dos gestores, dispostos a partir de contextos mais amplos, unidades de registro.

Estes núcleos, pela repetição e significados que atribuíam ao texto, foram separados e ordenados constituindo verdadeiras unidades de significado, pois enriqueciam a análise do objeto estudado. Confrontados com o todo, estabeleceram-se como categorias, passíveis de análise, representativos das falas dos gestores, sobre os limites e possibilidades para consolidação do acolhimento com avaliação de risco nos serviços de saúde.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando as entrevistas, foi possível identificar que o acolhimento com avaliação de risco é visto como uma tecnologia assistencial inserida dentro de um contexto edificante do sistema local de saúde, o qual é influenciado diretamente pelos objetivos e valores determinados por instâncias gestoras. No entanto, parece haver uma indissociabilidade entre as ações, visão dos gestores e concepções.

Estabelecer este campo de relações foi possível, com o surgimento das categorias deste estudo: O acolhimento organizando o serviço (organização do serviço); realidade desejada ou construída intencionalmente (realidade local); desejo algo e pratico outro (modelos de atenção); um sonho em construção (qualidade da assistência); aprendendo a aprender no cotidiano do serviço (educação permanente e continuada); falar a mesma língua (trabalho em rede).

Outras possíveis categorias, por mais que perpassassem textos passíveis de observação e análise, não se sustentaram, fazendo emergir significados complementares às categorias existentes, dessa forma as seis categorias citadas anteriormente representam o material de análise e discussão do presente estudo.

### 4.1 *O acolhimento organizando o serviço*

A primeira categoria identificada por meio das entrevistas retoma algumas definições importantes dos sujeitos entrevistados em relação à temática estudada. Nela é possível perceber que os entrevistados apresentam concepções distintas e poucas vezes complementares sobre o acolhimento com avaliação de risco. Possivelmente pela valorização de alguns aos modelos hegemônicos de atenção à saúde, em especial o modelo médico hegemônico, presente na fala de alguns gestores. Dessa forma, alguns evidenciam o serviço e os profissionais, ao contrário de outros que superaram esse paradigma, valorizando o usuário como o sujeito principal da ação cuidativa.

Mesmo com diferentes definições, a maioria dos gestores acredita que o acolhimento com avaliação de risco possibilita organizar e qualificar a assistência.

*(...) quando você consegue fazer um acolhimento e classificar o risco, você aumenta e muito a qualidade de seu atendimento, pensando no cuidado do paciente e na organização do processo de trabalho (...). (GI)*

*Acolhimento com avaliação de risco é o primeiro contato do paciente numa unidade de saúde, a classificação de risco é uma forma de organização para que a gente possa garantir um cuidado integral com maior agilidade possível. (GI)*

Nas falas abaixo fica evidenciado que o acolhimento com avaliação de risco é uma forma de organizar o sistema de saúde, porém ora é entendido como uma política, ora como uma ferramenta e ora como uma estratégia de acesso.

*O acolhimento veio em 2001, como uma política recente, não é uma **política** antiga, que é para reorganizar o processo de trabalho das equipes das unidades (...). (GV). (grifo meu)*

*Eu acho que o acolhimento é uma **ferramenta** importante pra você, como eu posso dizer então, vamos ver, pra você, organizar o fluxo de atendimento dentro das prioridades de atendimento (GVIII). (grifo meu)*

*O acolhimento com avaliação de risco é um sistema de avaliação do usuário do sistema de saúde para melhor orientação a ele quanto ao equipamento e órgão que melhor vai atendê-lo, dessa forma possibilita uma organização adequada do sistema, do acesso ao sistema na verdade (...) uma **estratégia** para organizar o sistema, organizar o fluxo de acesso (...). (GX). (grifo meu)*

Nos dois últimos fragmentos foram identificadas algumas expressões nas falas dos gestores, as quais remetem à priorização do atendimento e à articulação do serviço com o sistema de saúde, com orientações ao usuário para acompanhamento em sua unidade de referência.

Sobre a organização do serviço, estudo recente realizado por Bellucci Júnior e Matsuda<sup>38</sup> revela que, com a implantação do acolhimento com avaliação de risco e acompanhamento através de tecnologias de gestão, há manifestações da organização do serviço decorrentes da humanização do atendimento e dos profissionais.

Para Gonçalves<sup>55</sup>, “o acolhimento pode ser compreendido como uma tecnologia leve em saúde, capaz de produzir novos movimentos com vistas à reorganização dos serviços e à integralidade da atenção”.

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>8</sup>, é um mecanismo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, pois provoca mudanças nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar.

Ao se pensar em organização dos serviços de saúde, verificou-se que as possibilidades ofertadas pelo acolhimento com avaliação de risco perpassam por diferentes caminhos. No entanto, sua implantação confere maior segurança à equipe e aos gestores.

*(...) quando eu falo de organizar o processo de trabalho com a classificação de risco, aquela equipe consegue trabalhar com maior tranquilidade porque ela sabe que aquele que está lá classificado como azul ela não precisa correr (...). (GI)*

*(...) não estou negligenciando por conta da espera, porque dá para esperar, alguém já viu antes, outro profissional já avaliou e está garantindo que ele pode esperar. (GI)*

A avaliação da equipe de enfermagem, sobre o acolhimento com avaliação de risco, foi estudada por Nascimento<sup>56</sup>. Ele demonstrou que a estratégia proporciona organização e dinamização do processo de trabalho, priorizando o atendimento aos pacientes graves e trazendo à equipe maior segurança, estabilidade e controle da situação. Além disso, organiza o sistema de saúde local através de sistemas de informação em saúde, quando implantado, propiciando mecanismo de identificação e estratificação da demanda.

Observando a fala do entrevistado, GVII, identifica-se a possibilidade de gerar informações em saúde, para posterior organização do sistema local, através da caracterização dos usuários que procuram por atendimento.

*Entendo que o acolhimento com avaliação de risco é uma estratégia para organizar o serviço e até fazer uma relação entre unidade básica e pronto atendimento para avaliar a demanda que chega a cada local. (GVII)*

*(...) a questão de poder informatizar a rede isso pode ajudar, um sistema informatizado pode ajudar então eu fiz um atendimento eu registro, porque senão eu falo que eu fiz, a outra fala que eu não fiz (...). (GIII)*

*(...), mas eu posso registrar meu trabalho, de que forma foi feito, que encaminhamento foi dado, de ter esses registros consistentes, isso é importante, de poder ter um sistema informatizado sim, a gente sabe que tem municípios que já trabalham dessa forma, isso ele demanda um certo tempo, mas ao longo do tempo, isso vai se acomodando e fica mais fácil de estar trabalhando, desde que tenha um serviço bom, uma infraestrutura boa(...). (GIII)*

*(...) então são outros elementos que você vai juntando e vai dando uma maior resolutividade também, ao mesmo tempo que a informática pode atrapalhar ela pode contribuir muito. (GIII)*

Um sistema informatizado na realização do acolhimento com avaliação, para Souza<sup>5</sup>, agiliza o processo de tomada de decisão, padroniza os registros realizados, organiza um banco de dados, facilita a realização de pesquisas e a análise dos gestores referente à porta de entrada.

Interessante notar as recomendações acima descritas pelo entrevistado, GIII: um sistema informatizado não garante maior resolutividade, pois os serviços precisam ser de qualidade, com infraestrutura para proporcionar e consolidar a continuidade das mudanças. Por sua vez, a garantia de continuidade se expressa pela construção da noção de rede, entre as unidades de saúde:

*(...) você vai ter uma organização melhor, você vai ter, uma, uma resolutividade muitas vezes, né, dos casos, eu acho que o acolhimento com avaliação de risco se ele for feito num contexto de rede, os diferentes, cenários, vão ser importantes e vai trazer benefícios (...). (GVIII)*

Ao significado de rede, recorreremos à Mendes<sup>13</sup> ao propor que redes de atenção à saúde podem ser entendidas:

*como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população*<sup>13</sup>.

Por apresentarem objetivos comuns e ação cooperativa, as responsabilidades tornam-se compartilhadas, assim, as unidades de saúde promovem uma tentativa de facilitar a existência de outra unidade, organizando o acesso aos seus serviços para aprimoramento da rede de atenção como um todo. Todavia, de acordo com a fala dos entrevistados, isso não ocorre no município. Ao entrevistado, GIX, as unidades de pronto atendimento recebem uma demanda maior do que deveriam.

*(...) o segundo ponto é a organização do fluxo dos pacientes que vão chegando a uma unidade de pronto atendimento que a gente trabalha numa realidade, por exemplo, que é por volta dos 80% dos pacientes que procuram essas unidades são casos mais de ambulatório do que de uma unidade de pronto atendimento. (GIX)*

Torna-se imprescindível organizar a rede de atenção para alterar cenários como estes, e promover mudanças significativas ao acesso.

*Dentre as novas possibilidades que essa nova prática oferece, ela vem para nortear as filas de espera, para mudar realmente o que a gente tinha de conceito anterior, o atendimento era realizado por ordem de chegada, e veio para organizar (...). (GXII)*

*(...) eu vejo que, na minha formação não se pensava muito em urgência e emergência, e hoje a gente tem um ministério atuante, a gente tem um grupo que pensa urgência e emergência e que traçou diretrizes para organizar esse serviço, eu acho que a classificação de risco, ela vem para organizar esse atendimento. (GXII).*

Além de mecanismo que orienta a fila de espera, o gestor GXII afirma que a avaliação de risco também é evidenciada como mecanismo de reorientação do modelo assistencial, e como mecanismo que organiza os atendimentos.

Por outro lado, alguns gestores atribuem relevância à produtividade, entendendo acolhimento como um procedimento, ou evidenciando ações de cunho biologicista, em detrimento a uma prática voltada à política de humanização.

*(...) eu preciso me organizar para dar conta daquilo, ser uma pessoa dinâmica. Não adianta eu chegar e dizer que vou fazer cinco acolhimentos, não, eu vou fazer a demanda que tem, tem vinte, então eu vou fazer vinte, eu e minha equipe. (GIII)*

*(...) não dá para todo mundo ficar fazendo acolhimento, porque tem muitas rotinas, tem curativo, os médicos estão atendendo, tem que preencher papel, tal... então teve que se organizar um pouco de como é que teria que ser feito isso. (GIV)*

Para Franco e Merhy<sup>57</sup>, realizar essa mudança de modelo não é tarefa fácil, e exige desconstruções cognitivas e subjetivas, ou seja, estabelecendo, “fluxos comunicantes entre os diversos sujeitos presentes na cena de produção da saúde (...)”, na condução de processos auto-analíticos.

Mesmo ao acolhimento com avaliação de risco não se deve valorizar unicamente os protocolos que norteiam o atendimento. Valor análogo deve ser atribuído ao ato de acolher, escutar e responsabilizar-se pelo outro.

Souza<sup>5</sup>, neste sentido, afirma que:

*(...) não se pode perder de vista que se trata de um processo de acolher e classificar. Sendo assim, a escuta é o princípio, e a disposição para escutar*

*é o requisito para começar uma relação acolhedora com o paciente, pois só assim poderemos garantir um processo de classificação de risco humanizado e um maior acesso aos serviços de saúde, atingindo o objetivo central que é uma assistência qualificada ao usuário do SUS<sup>5</sup>.*

No entanto, alguns gestores, além de atribuir caráter mecanicista ao acolhimento com avaliação de risco, desvalorizam o usuário em relação aos trabalhadores, enaltecendo a figura do profissional médico.

*(...) ultimamente prefiro que o médico trabalhe dessa forma, o profissional não é incomodado por coisas banais isso organiza e agiliza o serviço porque assegura que a equipe não priorizará atendimentos banais. (GXI).*

Neste trecho da entrevista, o gestor GXI intitula àquelas situações que necessitam de atendimentos menos complexos, como sendo situações banais. De acordo com o Ministério da Saúde<sup>9</sup>:

*(...) lógica perversa na qual grande parte dos serviços de urgência vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano, focando a doença – e não o sujeito e suas necessidades – e repassando o problema para outro ao invés de assumir a responsabilidade por sua resolução<sup>9</sup>.*

Vale ressaltar que, ao procurar uma unidade de saúde, o usuário deve ser avaliado, independente de seu grau de sofrimento, ou queixa, e a ele se deve oferecer atenção e responsabilização por sua saúde e pelo seu grau de sofrimento.

*(...) todo mundo tende a ganhar, as unidades de saúde podem ser mais eficientes, os **médicos podem ficar mais satisfeitos, tem que atender especialidades de que eles não fazem parte**, eu acho que valoriza o trabalho dos outros profissionais de saúde, então eu acho que tem muita coisa a ganhar com essa implementação. (GXIII). (grifo meu)*

Os gestores, para apoiarem a implementação do acolhimento, devem apresentar disponibilidade para o novo, para a efetivação dos mecanismos de mudanças. Sendo assim, é imperioso abster-se de uma visão única sobre o sujeito, compreendendo-o numa perspectiva holística, junto da qual a equipe multiprofissional se coloca como agente fundamental ao processo de cuidar.

Na entrevista descrita acima, é possível perceber que os conceitos trazidos pelo gestor GXIII indicam uma necessidade de alcançar a satisfação do profissional médico. Esse

conceito apresenta dissonância em relação às propostas atuais sobre acolhimento com avaliação de risco, por não apresentar centralidade no usuário, e sim no profissional.

Alguns gestores demonstram habilidades em lidar com diferentes modelos de atenção, tanto às condições agudas que propõem uma intervenção sistematizada no processo de receber, organizar o fluxo assistencial redistribuir os usuários dentre as unidades que compõem a rede; quanto às condições crônicas, sistematizando o atendimento a partir de análise do território e agindo preventivamente, sendo referência efetiva ao usuário. Iniciam um trajeto de reconhecimento de novas possibilidades, inclusive de acesso, entretanto, alguns vivenciam práticas biologicistas, centradas na doença ou práticas centradas no profissional.

Sendo assim, existem divergências no entendimento entre os gestores, sobre o acolhimento com avaliação de risco, principalmente no que se refere à sua implantação, e suas possibilidades para reorientação do modelo assistencial.

#### ***4.2 Realidade não desejada ou construída intencionalmente***

A segunda categoria refere-se à introdução do acolhimento no município, evidenciando a realidade local e o processo vivenciado pelos gestores.

Inicialmente podemos verificar que existe uma desconexão das práticas realizadas no sistema de saúde local, pois cada unidade conduz o acolhimento com avaliação de risco de uma forma diferente. Na unidade de pronto atendimento é de uma forma, nas unidades de saúde da família e nos demais serviços, principalmente nas unidades básicas de saúde, é de outra maneira.

Para Mendes<sup>13</sup>, essas desigualdades ocorrem também em âmbito regional em alguns estados, sendo decorrente da “ausência do Estado como ente regulador entre as necessidades da população e as ofertas de serviços de saúde”. Por conseguinte, são acarretadas fragilidades ao sistema, dentre as quais:

*Fragmentação e desarticulação das redes de atenção à saúde com fluxo assistencial desorganizado, inclusive nas situações de urgência/emergência, levando a população a deslocar-se (...) em busca de atendimento, com consequente impacto financeiro e desperdícios de recursos*<sup>13</sup>.

No contexto do município estudado, está, dentre outros fatores, a forma de organização da unidade básica de saúde. As unidades contam com profissionais que atendem

de forma ambulatorial, consulta agendada, por ordem de chegada. Um número fixo de usuários é atendido diariamente, pois somente a equipe de enfermagem, os auxiliares de saúde bucal e os auxiliares administrativos estão presentes durante todo o tempo de funcionamento da unidade, os demais cumprem outras jornadas.

Assim, quando o usuário procura a unidade em demanda espontânea, é acolhido pelos auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros, sendo encaixados em consultas no mesmo dia. Estas são chamadas de vagas de acolhimento.

*Na UBS não é feito o acolhimento com avaliação de risco, mas eu acho que a forma como foi tratado o acolhimento no município, eu não sei se todos os profissionais eles tem claro o que é o acolhimento, quais são os benefícios que o acolhimento pode trazer ao serviço, e eu acho que é o número de pessoas que eles atendem na UBS, é uma área de abrangência muito maior que na USF. (GI).*

A área de abrangência é citada como um dos fatores que dificultam a realização do acolhimento com avaliação de risco na unidade básica de saúde. No entanto, a avaliação de risco surge justamente para intervir nestes processos, organizando a demanda. Observando outras unidades do sistema de saúde local:

*A UPA começou num processo de fortalecimento, o Hospital Escola também. No CEME a gente não recebe uma contra referência, mas o funcionamento do CEME como especialidade, parece que eles ainda estão se reorganizando para a implantação. Agora a experiência que eu tenho aqui na UBS é que necessitaria, ainda está bastante fragilizado esse processo (...). (GV)*

Existe uma dificuldade dos serviços em priorizar e enfrentar os processos de mudanças decorrentes da prática do acolhimento com avaliação de risco, até mesmo empecilhos para que os gestores possam garantir quantidade adequada de profissionais, ambientes adequados, profissionais conhecedores do processo e da ferramenta.

Tais limitações se intensificaram pela forma como o acolhimento foi implementado no município.

*Quanto à implantação no município de São Carlos, eu tenho sempre duas opiniões, nem sempre a gente pode falar que é nota dez, nem sempre a gente pode considerar que foi nota zero. Eu acho que foi uma atitude boa a implantação, concordo com a implantação, mas a forma como a implantação foi feita, foi feita muito abruptamente, sem que os profissionais tivessem um período de adaptação (...). (GII)*

*(...) e não era suficiente o número de profissionais, então o profissional acumulou as questões de acolhimento e avaliação de risco e já as funções assistenciais que ele tinha na unidade e as questões de gestão que ele tinha na unidade. Então esse profissional praticamente (...). (GII).*

Para que se implantasse o acolhimento, não houve investimento prévio na formação dos sujeitos envolvidos, de forma que eles não se prepararam para mudanças no cotidiano do seu trabalho, permanecendo com práticas e concepções de saúde nem sempre condizentes a esta nova realidade.

Um estudo realizado por Andrade, Franco e Ferreira<sup>57</sup> procurou efetivar o acolhimento em uma unidade de saúde da família do município de Itabuna na Bahia. Dentre as fases para sua execução constavam: identificação dos sujeitos participantes do processo; mapeamento das relações de trabalho estabelecidas; sensibilização dos sujeitos “todos acolhem todos serão acolhidos”; estabelecimento de passos, cronograma e parâmetros de risco; construção e discussão de um fluxograma analisador do fluxo; divulgação. O estudo foi realizado em parceria com a universidade, num contexto de pesquisa, no entanto, essas etapas podem ser utilizadas em diferentes contextos.

Assim, adotando esses procedimentos como referência, é possível verificar que as dificuldades do município perpassam pela fragilidade na identificação de outro serviço como integrante de uma rede de atenção integrada e articulada; falta de clareza nas informações quando se pretende interligar o sistema; baixa divulgação e baixa valorização pela mídia do acolhimento com avaliação de risco, dificultando o acesso ao conhecimento para comunidade; falta de pactuação e repactuação constante das atividades a serem desenvolvidas; falta de priorização das ações e serviços.

No município também é incipiente a continuidade do cuidado entre as unidades que compõem o sistema local de saúde.

*(...) a gente também não conhece muito dos outros serviços, né, então, dentro, da atenção básica muita gente não sabe, por exemplo, como que é o funcionamento das unidades de saúde da família (...). (GVIII)*

*(...) como que isso acontece né, então eu acho que falta um pouco de entendimento, eu percebo que as pessoas falam de avaliação, de acolhimento né, com classificação de risco, mas, que realmente não se faz isso. (GVIII)*

O gestor GVIII identifica que alguns trabalhadores das unidades básicas de saúde não conhecem o funcionamento das unidades de saúde da família, por mais que compartilhem parte do mesmo território de abrangência e sendo referência para algumas especialidades.

Isso demonstra fragilidade no processo de comunicação entre os trabalhadores, na construção de projetos terapêuticos e no compartilhamento de ações provenientes da saúde coletiva, inclusive no processo de organização da rede de atenção às urgências e emergências, onde, de acordo com Mendes<sup>13</sup>:

*A organização das redes de atenção às urgências e emergências faz-se segundo os critérios seguintes: utilização de protocolo único de classificação de risco; **fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos; discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se co-responsabilizam pelos serviços dessa rede; pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores dos serviços, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado (...)**<sup>13</sup>. (grifo meu)*

O município permite que os médicos das unidades básicas de saúde atendam doze consultas, normalmente, além de agendarem oito e reservar quatro para “vaga de acolhimento”. Ao contrário dos médicos da unidade de pronto atendimento, contratados para cumprir uma carga horária de trabalho, sem correlação direta com o número de atendimentos.

*A implantação do acolhimento, no município, vejo, como incipiente, devido à baixa adesão dos profissionais médicos (...) e isso acontece, os médicos não querem saber disso (...). (GX)*

*Na UPA é diferente o médico é contratado para fazer seu plantão de 12 horas e atender ali o que aparecer, se chega pra ele já mais organizado ele vai preferir, porque da mesma forma ele vai acabar atendendo todo mundo, e isso facilita pra ele (...). (GX)*

*(...) agora pro médico da Unidade Básica que já chega para atender uma população definida, já agendada, ele não quer nem saber se tem mais, ele não ganha pra isso então ele não faz, ele não atende. (GX)*

É imperativo que sejam desenvolvidos mecanismos de gestão de pessoas, capazes de alterar as estruturas deste processo. A humanização da assistência implica em responsabilização pelo cuidado do outro, com local apropriado e tempo hábil.

Assumir uma equipe completa somente em serviços de pronto atendimento é privilegiar ações centradas na doença, nos sinais e sintomas. É priorizar o modelo de atenção às condições agudas de forma única e exclusiva, não fortalecendo a atenção voltada às condições crônicas, sob o risco da sobrecarga de um serviço em detrimento de outro.

*No município é presente a falta de concepção de alguns gestores, e a pressão da classe médica especificamente em São Carlos, SP, ela tem um poder que é impressionante, eles conseguem coisas que vão totalmente contra o SUS (...). (GI)*

*(...) então sempre fazem isso, vamos oficializar o errado, sempre todo mundo foi contra, agora fazem de forma oficial e vão realmente trabalhar por número de consultas e vão ganhar por isso. (GI)*

Diante de toda esta conjuntura, o município, ao implementar/reformular o acolhimento com avaliação de risco, deve cuidar para que todos os envolvidos tenham domínio da estratégia, por meio da divulgação da nova forma de atendimento à comunidade, e que ocorra treinamento em serviço, em processo.

O gestor GXIII incentiva, inclusive, a possibilidade de construção de políticas públicas para efetivação da prática.

*Então eu acho que tem que ter políticas públicas para explicar para as pessoas compreenderem que para uma série de coisas não precisa se dirigir ao hospital; esclarecimento, políticas públicas de divulgação do serviço; organização das atividades do município faz parte importante desse entendimento. (GXIII)*

Além de políticas públicas inerentes à divulgação do acolhimento com avaliação de risco, identifica-se que o campo da política interfere de diferentes formas nessa prática, inclusive como decisão a ser tomada da reorientação ou não do modelo assistencial.

*As condições para a ascensão de um determinado projeto assentam-se em questões mais gerais no campo da política. A decisão sobre o modelo técnico-assistencial a ser seguido em determinado momento histórico passa por disputas mais amplas, como o modo de organização da produção em saúde em determinada sociedade e em determinado período. Portanto, os modelos técnico-assistenciais estão sempre apoiados numa dimensão política, numa dimensão de saber e numa dimensão organizacional e de assistência<sup>57</sup>.*

A adequada implantação do acolhimento com avaliação de risco considera o planejamento de ações como: usuários informados e preparados; equipe preparada, com

conhecimento e domínio da estratégia; serviços articulados; priorização e incentivo pelos gestores; políticas condizentes com as necessidades.

O acolhimento, quando realmente assumido na prática, promove uma efetiva organização da rede de atenção à saúde, tendo como foco o manejo dos níveis de prioridade de cada usuário, a condução deste em uma linha de cuidado articulada entre diferentes serviços e a valorização do itinerário terapêutico vivenciado pelo sujeito.

### ***4.3 Desejo algo e pratico outro***

Nesta categoria é possível identificar os modelos de atenção que permeiam o sistema de saúde no município, estando alguns profissionais atentos a promover uma consulta ampliada, ao passo que outros ainda permanecem com foco estritamente curativo e biologicista.

*O acolhimento que a gente faz nas unidades, ele potencializa de várias formas, por conta do vínculo com a população, com as pessoas, mas tem profissionais que não estão tão abertos a ouvir, a se comprometer com o cuidado, às vezes ficam pensando só na questão biológica. (GV)*

Por sua vez, quando o acolhimento está incorporado nas atitudes dos profissionais, promove vínculo e possibilidades de escuta.

*(...) na UBS isso não existe, então eles ficam centrados nas ações técnicas, onde fazendo tantas vacinas é essa a resposta que eu tenho que dar, atendeu tantas pessoas na farmácia, mas sem nem olhar no rosto, próximo o que você quer? Está focado na medicação (...). (GI)*

O acolhimento sugere uma alteração nas relações entre os usuários e trabalhadores, uma estratégia para reorientação do modelo de atenção. Conforme o Ministério da Saúde<sup>19</sup>:

*O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços.*

Deve-se identificar o usuário como parceiro para efetivação do cuidado, pactuando as ações com vistas à integralidade e identificação de prioridades em tempo hábil. Assim, a intervenção torna-se efetiva ao acionar os serviços adequados, para atendimento do sujeito,

efetivando a prática do acolhimento com avaliação de risco, bem como privilegiando a reorientação do modelo de atenção.

*As pessoas procuram e muitas vezes não é uma necessidade de uma consulta médica, porque ainda o atendimento, apesar de trabalharmos com novo modelo, pensando no novo modelo, ainda ele é muito centrado no profissional médico, aí o acolhimento com avaliação de risco ele tem um peso importante e fundamental, para que a gente possa mudar um pouco isso. (GVI)*

No entanto, o município, na tentativa de reorientar o modelo, precisa investir em uma profunda modificação da forma de conduzir o sistema de saúde, propiciando ambientes acessíveis à coletividade e ao surgimento do novo.

*Eu acho que aqui, existe um paradigma muito forte do modelo biomédico (...). (GVIII)*

*(...) diferente de outros municípios e que já se trabalha a um longo período com a política né do SUS que trabalha intensamente o SUS e que tem o entendimento do modelo biomédico como não sendo o norteador das decisões e sim, um colegiado de pessoas de, de equipe multiprofissional em que todos são responsáveis pelo paciente. Isso ainda não acontece no município (...). (GVIII)*

Recomendam-se, desta forma, equipes multiprofissionais com corresponsabilidade na condução do cuidado. E ainda, investimento na formação de sujeitos comprometidos e participativos, com vistas à reorientação das práticas e ações em saúde e construção de vínculos efetivos para a continuidade do cuidado. Os autores Franco, Bueno e Merhy<sup>58</sup> aludem aos mecanismos capazes de reordenar o processo de trabalho, com vistas a um novo modelo de atenção:

*(...) consideram o vínculo como a diretriz que, acoplada ao acolhimento, é capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde, resolvendo definitivamente a divisão de trabalho compartimentada e saindo da lógica agenda/consulta para uma outra da responsabilização de uma equipe multiprofissional (...)<sup>58</sup>.*

Embora exista um amplo reconhecimento da prática do acolhimento, enquanto estratégia efetiva para mudança do modelo assistencial, ele não é priorizado pelos gestores. Mesmo onde existem práticas de acolhimento com avaliação de risco, parece ser desenvolvido

um trabalho cansativo, estressante, classificatório e mecanicista. Trabalho ainda com foco na doença, no biológico e sem articulação com os demais serviços de saúde municipais.

Sendo assim, esforços terão que ser investidos para que o desejo se transforme em prática, para que realmente a reorientação do modelo assistencial seja efetivada. O que exige dos gestores priorização de algumas ações observadas como necessárias, respeitando-se mais as necessidades dos usuários em detrimento das necessidades políticas.

*Para a gente falar que nossas unidades fazem acolhimento com avaliação de risco, acho que temos que criar uma estratégia e nos preparar para isso, preparar o campo, esse ano é possível, não é possível por conta das eleições, mas se continuarmos, é uma proposta. (GVI)*

Evidencia-se dessa maneira a dicotomia entre a fala e a prática, uma vez que o reconhecimento do acolhimento enquanto ferramenta potente é evidente, no entanto, questões políticas interferem em sua implantação. Nesta perspectiva, Malta<sup>59</sup> afirma que:

*O gestor tem a capacidade de intervir no processo organizacional, produzindo novas práticas de saúde. Pode intervir no processo de trabalho e provocar mudanças que podem produzir impacto em diversos campos (política, organização e processo de trabalho)<sup>59</sup>.*

Assim, os gestores desempenham papel fundamental na consolidação do acolhimento com avaliação de risco, visto que este requer decisão política.

O acolhimento com avaliação de risco, devido à organização do acesso que propõe, evidencia-se como *um sonho em construção*, quase uma utopia, a ser efetivada no município.

*Acho que não só o município vai evoluir muito em relação ao acolhimento com avaliação de risco, acho que o que acontecerá com essa prática será uma evolução nacional, eu acho que a gente vai ter novidades e novidades (...). (GVIII)*

*É poder fazer mais pelas pessoas (...) e o melhor, mais e melhor, sempre com maior qualidade, é sempre poder cuidar mais e melhor dessas pessoas, com essa equipe qualificada, enfim, acho que é basicamente isso. (GIII)*

Frequentemente, os gestores não conseguem mobilizar os profissionais e construir uma nova prática, no intuito de reorientar efetivamente o modelo assistencial, haja vista a forma como as ações historicamente foram construídas. Neste sentido, eles pontuam as demandas, mas se afastam delas nas atividades da rotina de trabalho, dificultando, por isso, a execução de novas práticas de gestão.

O acolhimento com avaliação de risco é denominado, inclusive, como estratégia potente para efetivação das práticas em saúde. E embora seja notório o envolvimento dos gestores com o acolhimento, sua efetivação é impedida por práticas puramente tecnicistas e centradas em alguns profissionais. O discurso se confunde com as ações e, por serem, antagônicos invalidam o desenvolvimento da tecnologia.

No decorrer das entrevistas foram várias as definições de acolhimento, entendido primeiramente como condição indispensável para a prática da avaliação de risco, efetivando-se na percepção dos profissionais como uma prática com valor de uso<sup>60</sup>, todavia contida no município, em sua potencialidade.

Algumas dessas definições sobre acolhimento com avaliação de risco reduzem a percepção simbólica desta prática a uma gama de atitudes tecnicistas de cunho unilateral, destituindo o sujeito que busca por cuidados em saúde de sua realidade vivenciada previamente ao encontro, quando em situações de sofrimento. Dessa forma, o profissional acaba por atender, decidir e encaminhar sem utilizar ferramentas de atenção à saúde que são específicas e indicadas ao aumento da resolutividade, pouco considerando a existência do outro como ser complexo e com necessidades únicas.

Banaliza, portanto, uma prática em efetivação nos serviços de saúde pela forma biologicista hegemônica de se estabelecer enquanto profissional que pouco reconhece as potencialidades das práticas holísticas no cuidado à saúde.

*O acolhimento geral não precisa ser um profissional da saúde, ou seja, um profissional que lide diretamente com o processo saúde-doença, o enfermeiro, o auxiliar, o técnico, o dentista e o médico, mas pode ser até um profissional da limpeza, um vigia, enfim, para acolher e ouvir aquela queixa. (GIII)*

Com tal postura, o gestor retira do campo da saúde uma prática, destituindo-a de valores técnico-científicos, uma vez que qualquer profissional assume a responsabilidade pelo cuidado do outro, em uma atitude reafirmada por diferentes vezes entre os gestores.

*Todo mundo pode acolher, acho que não tem problema, um dentista ou um auxiliar de saúde bucal, ou de enfermagem ou até mesmo o faxineiro que está passando ali, as pessoas identificam um problema sério de saúde, se alguém tá sangrando ou está muito pálido isso é identificado por qualquer pessoa tendo um pouco de percepção. (GIV)*

*(...) é realizado por todos os profissionais da equipe, onde se o trabalhador de serviços gerais está lavando a calçada ele vai falar bom dia, referir que está ali lavando e que a pessoa pode entrar. (GV)*

Segunda a compreensão de alguns entrevistados, acolhimento é apenas um gesto educado de recepção de sujeitos, sendo olvidados os aspectos humanísticos mais amplos que ele representa. Outrossim, este sujeito usuário também não é valorizado no processo de tomada de decisão. E uma vez que é destituído de possibilidades de estabelecer relação dialógica com o profissional de saúde, pouco potencializa sua capacidade de autocuidado.

*Eu vou avaliar o risco daquela informação que ela traz complicar ou não. E aí eu tomo uma medida de encaminhamento, de um atendimento, de uma consulta médica, de uma consulta de enfermagem, de um encaminhamento para um serviço outro. Eu acho que é mais ou menos isso. (GIII)*

Além de destituir a participação do usuário e sua família, a atitude representa ações tecnicistas presentes em modelos assistenciais hegemônicos. Modelos retomados em todo momento no decorrer das entrevistas como algo presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Em contrapartida, o acolhimento com avaliação de risco deve emergir da capacidade dos trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde em conviver com os diferentes modelos de atenção, interligando aqueles voltados às condições crônicas, bem como os relacionados às condições agudas.

Ao modelo de atenção às condições crônicas, Mendes<sup>13</sup> avalia como: “um sistema de atenção à saúde que procura melhorar a atenção às condições crônicas (...) preparado para mudanças na organização (...)”.

Mendes<sup>13</sup> desenvolve para atenção às condições crônicas o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que inter-relaciona: fatores de risco da população, nível de intervenção e determinantes sociais. Preocupa-se com o acompanhamento do sujeito, construção de projetos terapêuticos, incentivo ao autocuidado apoiado.

Por sua vez, o modelo de atenção às condições agudas tem por objetivo, Mendes<sup>13</sup>:

*(...) identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências<sup>13</sup>.*

Para que o acolhimento com avaliação de risco ocorra, os gestores necessitam alterar as formas de organização do sistema de saúde municipal, incluindo a reorientação do modelo

de atenção, podendo, dessa forma, ser estruturado, conforme as proposições de Mendes<sup>13</sup>, o Modelo de Atenção às Condições Agudas e às Condições Crônicas. Definindo-se, ainda, as atribuições de cada unidade integrante da rede, e a forma de conduzir suas atividades com a utilização desses modelos. Garante-se, assim, que trabalhadores e gestores pratiquem o que realmente desejam fazer.

#### **4.4 Um sonho em construção**

Ao considerarmos que os gestores almejam a qualidade da assistência, o acolhimento com avaliação de risco é uma possibilidade para viabilização. Entretanto, necessita de construções contínuas de intervenções para efetivação de práticas inovadoras, fator que remete à necessidade de investimentos financeiros, técnicos e pedagógicos cada vez maiores. Com acolhimento:

*(...) você aumenta e muito a qualidade de seu atendimento, pensando no cuidado do paciente (...), porque o acolhimento com avaliação de risco faz parte da Política Nacional de Humanização, acho que esse é o principal objetivo, atender o paciente de uma forma humanizada. (GI)*

A humanização do cuidado ocorre no encontro entre profissional/usuário, momento dialógico, repleto de subjetividade, onde coexiste o acolhimento, a construção de vínculos, responsabilização pelo cuidado do outro, mapeamento das prioridades e necessidades de saúde.

*(...) não adianta a gente falar que tem um serviço mais humanizado se a gente não faz escuta, é fundamental cada vez mais falar que a gente presta cuidado no sentido realmente complexo da palavra, que a gente realmente faça a escuta e que as pessoas realmente ofereçam qualidade no acesso a essa população. (GVI)*

A humanização confere qualidade ao cuidado, o que implica em não “anestesiamento da escuta”<sup>8</sup>, na percepção do sofrimento do outro, e ainda na proposição de formas de enfrentamento, de construção de vínculos e pontos de apoio.

Não obstante, o acolhimento com avaliação de risco deve preocupar-se com a qualidade que confere à escuta ampliada, não se reduzindo apenas a protocolos e a mecanismos de classificação, possibilitando avaliação de fato das necessidades do sujeito.

Conforme o Ministério da Saúde<sup>9</sup>:

*Os processos de “anestesiamento” de nossa escuta, de produção de indiferença diante do outro, têm nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Essa forma de proceder, no entanto, nos mergulha no isolamento, entorpece nossa sensibilidade e enfraquece os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que nos constituem como seres humanos<sup>9</sup>.*

A qualidade deste processo ocorre no encontro, na forma de gerenciar o cuidado.

*Então eu acho que isso traz benefícios para o serviço porque melhora a qualidade do serviço sem dúvida nenhuma melhora as relações né, entre os profissionais da área de saúde e o usuário, né, eu acho que isso acaba tendo uma resolutividade, maior (...). (GVIII)*

A prática cotidiana deve desvelar a construção de novas formas de trabalho, gestores e trabalhadores necessitam extrair da essência formulada pelas principais diretrizes existentes estratégias para construção de um acesso qualificado, pautado no vínculo, acompanhamento, comunicação e responsabilização. Segundo Marques<sup>12</sup>, “(...) na rede de Atenção às Urgências e Emergências, o tempo de acesso, distribuição regional do recurso, economia de escala e qualidade são princípios fundamentais na estruturação dos pontos de atenção”.

Com melhoria da qualidade no acesso, transformam-se as relações. Os usuários, ao serem avaliados em seu risco e priorizados conforme suas necessidades, estabelecem relações de confiança com o serviço, numa perspectiva outrora casual e prescritiva e agora contínua e dialógica.

Contudo, essas mudanças devem ser motivadas desde a formação profissional, até as questões trabalhistas. Investir em formação e na manutenção de um quadro de servidores compatíveis com as necessidades do serviço torna-se condição indispensável e prioritária.

*(...) se querem realmente uma coisa de maior qualidade também tem que rever, a universidade, o emprego, o trabalho, e o gestor tem que estar de olho em todas estas coisas. (GII)*

*Para que o acolhimento aconteça a falta de profissional dificulta porque eu posso fazer com uma qualidade x eu faço com uma qualidade x/2 (...). (GIII)*

*(...) tenho uma demanda grande para o mesmo número de funcionários, então a qualidade acaba caindo. Nem que eu não queira isso acaba acontecendo porque eu tenho uma demanda grande, então o que eu poderia fazer melhor eu faço pela metade, não consigo fazer com aquela qualidade (...). (GIII)*

Infere-se que a efetivação de novas práticas em saúde seja acompanhada de mudanças efetivas na estrutura do sistema, proporcionando formação profissional, número adequado de trabalhadores em cada unidade. Mudanças que efetivem a reestruturação das práticas e ações em saúde. Para tanto, o gestor precisa estar atento às novas possibilidades, priorizando aquelas de maior impacto.

*A qualidade disso é conseguir trazer maior empatia do usuário com o sistema, você acaba tornando isso um ciclo em que a pessoa sabendo que ela tem um sistema que a acolhe, ela cria um vínculo de segurança com o sistema e isso acaba possibilitando um ganho para a equipe que atende o usuário, criando um vínculo para facilitar o acesso às informações e orientações. (GX)*

Em contrapartida, espera-se que se transforme o cotidiano do serviço, estabelecendo relações de confiança entre os sujeitos, de acordo com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde: equidade, universalidade, integralidade e participação popular.

Em um estudo de revisão sistemática de literatura, Carvalho et. al.<sup>60</sup> afirma que:

*(...) a postura de acolhimento do paciente pelo profissional e sua aplicação como dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho e direcionar as políticas de saúde, pontuam como uma boa estratégia para operacionalizar os princípios do SUS de Universalidade, Integralidade e Equidade<sup>60</sup>.*

Construir um sistema de saúde articulado, inclusivo, que investe na capacidade cuidativa de seus trabalhadores, e que traz potencialidades para que haja transformações efetivas na vida das pessoas, é a atual responsabilidade gestora. A fim de que se garanta o cumprimento dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde, para melhor atender às necessidades de saúde de uma determinada população.

#### ***4.5 Aprendendo a aprender no cotidiano do serviço***

Durante as entrevistas, os gestores referem-se às capacitações que não ocorreram aos profissionais não atualizados, enquanto fatores que dificultam as novas formas de conduzir o cuidado.

*(...) não foi feito uma orientação, uma capacitação no primeiro momento (...). (GI)*

No entanto, acreditam nas possibilidades transformadoras e de problematização da prática profissional, as quais possibilitam mudanças efetivas no indivíduo, com reflexos no trabalho.

Para produzir processos de mudança, é necessário o compartilhamento de poder, sendo este permeado pela organização, e que se possibilite o desenvolvimento de um método ampliador da capacidade de análise e intervenção do sujeito sobre a realidade. O que nos relembra o método paidéia<sup>47</sup>.

Torna-se imprescindível a formulação de propostas educacionais construídas com todos os envolvidos no processo de (trans)formação, incentivando mudanças no próprio ambiente de prática, após problematização da realidade vivenciada.

*Então capacitação... eu acho que, dentro do serviço a gente tem que trabalhar com isso. Nos últimos anos a gente fez uma série de capacitações, a gente tem trabalhado muito isso também (...). (GIV)*

*Mas é aquela coisa, a gente vem e coloca um programa, e aí a gente capacita aquelas pessoas para aquele programa, aí todo mundo fica empolgado para trabalhar com aquilo, só que aparece um outro programa, e você vai trabalhar para capacitar para aquilo, e aquele anterior fica esquecido né, então acaba esquecendo isso. (GIV)*

O gestor, quando surge uma proposta de mudança, avança no sentido de oferecer aos trabalhadores subsídios para consolidação de novas práticas. No entanto, o surgimento de outras propostas não formuladas pelo grupo, vindas como algo diretivo, pode paralisar o processo.

Outras frentes são formadas sem articulação com propostas anteriores.

*A gente tem que investir muito, não sei se em capacitação, porque assim, a gente faz capacitação e a gente percebe que as coisas pouco mudam (...). (GVI)*

*(...) então a gente tem discutido inclusive isso em algumas reuniões, porque não é só capacitar, informação as pessoas tem acesso num monte de lugar, as pessoas se elas abrirem a internet já tem lá, e as pessoas já estão cansadas, todo mundo já ouviu falar um monte por diversas pessoas, mas a gente está ali realmente dando suporte na prática para que isso aconteça (...). (GVI)*

É importante ter como referência a realidade do sujeito, trabalhando na perspectiva daqueles que estão diretamente envolvidos no cuidado. O método paidéia traz essa possibilidade e integra valores polares da realidade entre o mundo da vida e os sujeitos em que nela intervém, conforme postula Campos<sup>47</sup>.

Oferecendo suporte e problematizando a realidade a todo instante, a continuidade das ações garante mudanças reais, através de ações e atitudes discutidas de forma a promover uma transformação coletiva, cursada pelo coletivo.

Se investimentos fossem realizados nessa direção, durante todo o processo de implantação, os obstáculos poderiam ser minimizados e o desenvolvimento do novo ocorreria de forma diferenciada. No entanto, enquanto ação transformadora, possibilita o início em qualquer momento.

A educação em serviço é capaz de transformar a realidade. Todavia, vícios provenientes da prática, se não abordados de forma diferenciada, podem neutralizar o processo de mudança.

*Vontade dos profissionais querer fazer, porque depende do querer fazer. Não adianta também ter a capacitação técnica, se eu não vou querer fazer, se eu não quero, eu não vou fazer. Então o serviço vai tocando, vai tocando de outra forma. (GIII)*

Incentiva-se, por esta razão, ações de educação permanente, sendo o gestor um motivador dos processos de mudança, que problematiza em cada oportunidade as ações com sua equipe.

*Acho que no campo da educação permanente a gente está engatinhando e falta muita coisa para a gente avançar este campo, a educação permanente deveria ter algumas equipes volantes, onde elas deveriam ir de encontro com as unidades básicas e as unidades de saúde da família, onde elas fizessem um projeto piloto e estabelece-se um período de visitas às equipes (...) ali no dia-a-dia mesmo (...). (GIX)*

Equipes itinerantes para conduzir a educação permanente é a estratégia proposta pelo gestor GIX para que as mudanças ocorram, sendo oferecida formação no local onde as situações ocorrem. Perspectiva esta compartilhada com o gestor GV:

*Quanto as estratégias para viabilizar a prática do acolhimento com avaliação de risco, a capacitação e educação permanente das equipes, ir*

*nos espaços partilhar, fazer junto, potencializar o profissional(...) discutir o tema. (GV)*

Dessa forma, aprendendo a aprender no cotidiano dos serviços consiste em investir em processos de educação permanente. Conforme preceitua Marques<sup>12</sup>, “(...) desenvolvimento profissional e pessoal dos servidores, por meio da troca de experiências, do estudo em grupo e da auto-aprendizagem reflexiva”.

Problematizando a prática, com foco nas necessidades de aprendizagem do sujeito, esses processos são identificados pelos gestores como estratégias fundamentais para implantação de práticas e ações em saúde.

#### **4.6 Falar a mesma língua**

Os gestores percebem a necessidade de mudança, inclusive apoiando a construção de redes de cuidado à saúde, referindo à necessidade do sistema de saúde local se adequar em relação aos recursos físicos e logísticos. Para Kuschnir e Chorny<sup>15</sup>, as redes são instrumentos de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades.

Para a implementação do acolhimento com avaliação de risco, as unidades devem ter apoio dos serviços de diferentes complexidades e densidades tecnológicas.

*Se eu pego, por exemplo, um caso de um atendimento de urgência identificado numa urgência e emergência, eu preciso de ambulância, se eu não tenho ambulância, pronto já quebrei né, porque o que eu irei fazer? Colocar no meu carro?(...). (GIII)*

*(...) se eu não tenho para quem referenciar quem vai dar continuidade? Então é um limite, sem dúvida. (GIII)*

O município deve estar preparado para viabilizar o encontro entre as unidades de saúde, interligando-as não somente com mecanismos de referência formais e teóricos, mas também com possibilidades práticas de encontro, para que, de fato, o sujeito curse um itinerário terapêutico, independente de sua condição de locomoção, ou financeira.

A experiência da macrorregião norte do Estado de Minas Gerais demonstra que<sup>61</sup>:

*A expansão do componente logístico com a experiência seminal no Estado de regionalização do SAMU, em conjunto com o funcionamento do complexo regulador, permitiu a ordenação dos fluxos de entrada nas*

*urgências, com a organização das referências e com notório impacto na qualidade assistencial. Além disso, a estratificação de risco com a adoção oficial/normativa do Protocolo de Manchester tem permitido a responsabilização inequívoca ao longo da rede de atenção* <sup>61</sup>.

Assim, o usuário consegue percorrer as unidades, reconstruindo os nós da rede, conforme mecanismos de regulação e referência.

*(...) aos aspectos logísticos, partiu-se do pressuposto de que deve haver um comando único, tanto no ambiente extra-hospitalar, quanto no hospitalar, de forma que não haja solução de continuidade, e nem atraso no tempo-resposta para determinada situação. Alguns componentes fundamentais para o trabalho de logística nessa rede foram propostos. Entre esses, o Prontuário Eletrônico com cartão ou número de identificação, que permite uma identificação única na rede, independentemente do tempo e espaço; disponibilidade de transporte de urgência e eletivo; e um Complexo Regulador, para controle tanto do transporte quanto da recepção* <sup>61</sup>.

O entrevistado GIV assegura que não adianta apenas existirem os serviços no município, a articulação entre eles é fundamental para a construção de redes. Os serviços devem existir, mas sempre coexistindo com as estratégias de comunicação entre os sujeitos dos diferentes serviços, interligando os pontos de cuidados como verdadeiros nós.

*(...) como é que eu digo que essa rede é fragilizada, às vezes a gente pergunta tem uma rede de saúde, sim, tem uma rede de saúde, tem pronto atendimento, hospital, mas assim... Ela existe? Mas é articulada? Esses serviços se complementam? Eles se conversam? Sabem o que o outro faz?. (GIV)*

*Em alguns momentos, a gente até consegue articular isso, de alguma forma, mas, às vezes as pessoas entendem como um favor (...). (GIV)*

Aproximar os serviços é uma questão fundamental. Todavia, a rede, além de ser formulada pela perspectiva do gestor, técnico ou trabalhador, precisa ser pensada também sob a análise de quem a utiliza, não só através da construção de linhas de cuidado técnicas, mas também das preferências dos usuários em seus itinerários terapêuticos.

*(...) ter uma rede mais próxima, para que as pessoas comecem a ter uma visibilidade, entendendo mais, para que a gente possa construir e que a partir do ano que vem a gente possa mudar, para como a gente quer que a rede funcione e estruturar daquele jeito (...). (GVI)*

*(...) se a gente quer que o acolhimento com avaliação de risco funcione, a gente tem que fazer com que a rede entenda para trabalhar em conjunto,*

*quem está no hospital escola entenda, quem está na UPA entenda e quem está na atenção básica entenda da mesma forma, porque cada um fazendo de um jeito isso não dá certo. (GVI)*

Possibilitar um conhecimento amplo do acolhimento com avaliação de risco perpassa pelo reconhecimento do sistema, como sendo um conjunto de unidades articuladas em rede, e pela identificação da necessidade de realização de um trabalho conjunto, articulado entre os trabalhadores, equipes e unidades.

Para a efetivação das redes de cuidado, identifica-se no município outro limite, conseguir redirecionar o usuário ao nível de atenção conforme sua prioridade.

*Então a gente faz o contato com a rede para conseguir de fato redirecionar esse paciente para o local dele. O intuito maior, não é que a gente não queira atender, não é isso, porque nós vamos atender todos os pacientes classificados de azul, verde, amarelo ou vermelho, mas a nossa preocupação maior em estar redirecionado ele é fazer a referência para que ele não perca o elo com a sua equipe. (GXII)*

Existe fragilidade em direcionar o usuário ao nível de atenção que melhor ofertaria solução às suas necessidades, com custos, profissionais, recursos físicos e materiais adequados. Contudo, essas dificuldades precisam ser superadas, tanto em aspectos logísticos quanto técnicos e de responsabilização.

Para que isso aconteça, é necessário que o sistema municipal de saúde esteja interligado em rede e os trabalhadores dos serviços que compõem a rede ofertem organizada e articuladamente as possibilidades de cursar o itinerário terapêutico, conforme as linhas de cuidado pré-elaboradas.

*(...) o usuário quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta a este através de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades e é nessa comunicação que se realiza a relação de cuidado ou descuidado<sup>57</sup>.*

O acolhimento com avaliação de risco promove uma radicalização na forma de gerir o acesso aos serviços. Portanto, gestores aptos a enfrentar esses desafios são fundamentais para consolidação de novas modelagens em saúde.

*Construir novas bases produtivas para a saúde, baseadas no agir cotidiano dos sujeitos, comunicação, tendo como pressuposto modelos centrados nos usuários, respeitando sua singularidade, atuando como produtores do cuidado integral à saúde<sup>57</sup>.*

O trabalho em rede requer a confiança de que o outro ofertará atenção necessária, em tempo oportuno, com respostas positiva e com perspectiva de continuidade do cuidado, superando desafios para que práticas positivas se efetivem.

## 5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO

Essa pesquisa possibilitou identificar a existência de diferentes concepções, por parte dos gestores municipais de saúde. Da mesma forma, foi possível observar disparidades em assumir o acolhimento com avaliação risco como prática e sua valorização como mecanismo capaz de iniciar uma reorganização no sistema local de saúde.

Possivelmente essa realidade permanece devido à forma como é conduzida a gestão do acesso aos serviços de saúde. Este modelo de gestão reativo e menos reflexivo reproduz a valorização de algumas categorias profissionais em detrimento a outras, e ainda a reprodução de um modelo assistencial voltado para os modelos médicos hegemônico e sanitarista.

Neste cenário foi possível perceber a existência de limites e possibilidades na organização e prática do acolhimento com avaliação de risco, perpassando pela organização do serviço, realidade local, modelos de atenção, qualidade da assistência, educação permanente e continuada e trabalho em rede. Em tais estruturas circulam os limites e as possibilidades, sobressaindo-se uma em relação à outra, dependendo da ação e priorização dos gestores, do contexto social e político vivenciado.

As tecnologias em saúde se destacam no centro destas estruturas, consolidando-se, dependendo das forças e das possibilidades que surgem para seu fortalecimento. Dentre as tecnologias, temos o acolhimento com avaliação de risco. Na presente pesquisa foi possível perceber por onde perpassam alguns limites e possibilidades para implantação do acolhimento, sendo representado através da figura abaixo:

Figura 03: Estrutura que sustenta o acolhimento com avaliação de risco



Fonte: SUDRÉ, Graciano Almeida. Concepção dos gestores municipais de saúde em relação ao acolhimento com avaliação de risco: limites e possibilidades. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de São Carlos - UFSCar: 2013.

No que diz respeito à organização dos serviços, eles devem estar organizados para receber a demanda e ofertar respostas positivas, adequadas e resolutivas. Isto requer um sistema organizado em rede, com profissionais disponíveis para o cuidado. Além disso, é preciso que sejam realizados investimentos em sistemas de informação em saúde, viabilizando o funcionamento desta rede. O limite que se estabelece é a reafirmação do modelo médico hegemônico e sanitarista.

O estudo aponta uma valorização ao modelo centrado no profissional médico, além de alguns gestores continuarem acreditando somente nas ações curativas e pontuais. Isso dificulta a integração dos serviços em rede de atenção à saúde e, conseqüentemente, a organização do itinerário terapêutico do usuário por meio das linhas de cuidado.

Por outro lado, o acolhimento com avaliação de risco, da forma como vem sendo realizado, reforça essas dificuldades. Os diferentes equipamentos têm entendido ser esta uma tecnologia a ser pensada somente no interior das instituições, sem a visão sistêmica que a proposta requer.

Realidade local – o conhecimento superficial de outros serviços do município por alguns trabalhadores de determinados locais dificulta a integração das unidades e corrobora a desarticulação das ações e serviços. Além disso, a seleção e contratação dos trabalhadores sem considerar a adequação do perfil profissional a esta prática também é um fator limitante. Uma vez que este estado da arte leva os diferentes serviços a funcionarem conforme as necessidades dos profissionais, e não pelo olhar do usuário e suas necessidades.

A forma como foi tratado o acolhimento no município, durante sua primeira tentativa de implantação, provocou descontentamento por parte de vários profissionais, inclusive de alguns gestores. Hoje é identificada a necessidade de investimentos na formação dos profissionais, no entanto, com incentivos por parte da gestão, inclusive permitindo ações que possibilitem a saída deste trabalhador da unidade para capacitação.

Modelos de atenção – não foram explicitados pelos gestores os modelos de atenção às condições agudas e crônicas, permanecendo ações com foco na demanda, com base no atendimento à queixa-conduta. O acolhimento com avaliação de risco, da forma como ocorre no município, não propicia ao usuário uma continuidade das ações em outros serviços complementares, diminuindo dessa forma a responsabilização e continuidade do cuidado.

O acolhimento com avaliação de risco, portanto, é visto como estratégia classificatória e mecânica, suprimindo em alguns encontros a necessidade da avaliação, e a responsabilização que se edifica, após análise criteriosa do caso apresentado.

Qualidade da assistência – os sujeitos da pesquisa reconhecem que houve um aumento da qualidade no atendimento com a implementação do acolhimento em algumas unidades de saúde. Reconhecem ainda que o acolhimento aumenta a capacidade de articular o serviço em rede. No entanto, o limite se estabelece nas contradições existentes, onde, de um lado, o gestor reconhece a qualidade da proposta, e de outro não consegue priorizá-la para efetivar as mudanças necessárias. Na maioria das vezes, isso ocorre por fatores políticos.

Educação permanente e continuada – os gestores afirmam que os trabalhadores não foram capacitados para desenvolver o acolhimento, evidenciando a necessidade de problematização da prática para posterior envolvimento com a realidade observada.

Trabalho em rede – valoriza a interlocução e integração do cuidado em relação aos sujeitos envolvidos. Principalmente no que se refere à continuidade e responsabilização pelo cuidado. No município, dentre as dificuldades apresentadas em articular os diferentes serviços em rede, destacam-se os fatores logísticos.

Os limites tencionam com as possibilidades de mudanças, pois há muito para se avançar em direção à transformação da realidade local. Os gestores devem observar principalmente: o dimensionamento de pessoal, formação da equipe, divulgação das ações e serviços, atendimento com foco no usuário, qualidade das instalações, além de possibilitarem as discussões dos itinerários terapêuticos para elaboração de linhas de cuidado efetivas.

O gestor tem papel fundamental nessas mudanças, como membro que articula a realidade e as possibilidades de intervenção com suas equipes de forma construtivista, utilizando processos de problematização do cotidiano, para viabilizar mudanças efetivas e condizentes com a realidade.

Investir em processos (trans)formação do sujeito, através da educação permanente, é uma possibilidade financeiramente viável e de impacto positivo ao sistema local de saúde. Os sujeitos precisam ser transformados e transformarem-se, para que consigam investir em processos de mudança. Para isso, os trabalhadores e gestores devem responsabilizar-se pelo cuidado do outro, pela qualidade das ações e serviços, e ainda continuidade deste cuidado.

É preciso ter sensibilidade e percepção para se investir na qualidade assistencial com tecnologias mundialmente disseminadas e reconhecidas, com maior assertividade e garantia de melhoria das condições de vida e saúde dos usuários envolvidos.

## REFERÊNCIAS

1. Godoy FSF. Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco [dissertação de mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2010.
2. Toscano LNP. Uma ferramenta integrada de suporte a decisões em casos de emergências médicas hospitalares [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.048, de 05 de novembro de 2002. Política Nacional de Urgências. Brasília; 2002.
4. Lima MAD, Ramos DDR, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. Acta Paul Enferm. 2007;20(1):12-7.
5. Souza CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos [dissertação mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno HumanizaSUS: atenção hospitalar. Brasília; 2011. 268p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília; 2012. 228p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 56p.
9. 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; 2009. 56p.
10. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para reforma do hospital. Ciência Saúde Coletiva. 2007;12(4):849-59.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.600, de 07 de julho de 2011. Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. Brasília; 2011.
12. Marques AJS, Mendes EV, Silva JA, Silva MVCP (orgs.). Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte; 2009. 324 p.
13. Mendes EV. Organização Pan-Americana de Saúde. As redes de atenção à saúde. Brasília; 2011. 549 p.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria Geral do Ministério da Saúde. Relatório da oitava Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986. 29p.
15. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2307-16.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 198p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília; 2010.
18. Bittencourt RJ. A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
19. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point. Washington: National Academy of Sciences; 2007. 424p.
20. Silvariño R, Acevedo V, Moyano M, Méndes E, Paolillo E, Russi U, Alvare J. Experiencia de triaje estruturado en el departamento de urgência. *Rev Med Urug*. 2011;27:88-93.
21. Ganley L, Gloster AS. An overview of Triage in the Emergency department. *Nursing Standart*. 2011;26(12):49-56.
22. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arq Catarin de Med*. 2007; 36(4):70-5.
23. Howlett M, Atkinson P. A method for reviewing the accuracy and reliability of a five-level triage process (Canadian Triage and Acuity Scale) in a community emergency department setting: building the crowding measurement infrastructure. *Emer Med Intern* [periódico na Internet]. 2012 [Citado 2012 nov 9]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22288015>.
24. Maciel HFV, Carvalho LFA, Carvalho SS, Oliveira CC, Sarmiento MA. Programa de acolhimento com avaliação e classificação de risco do hospital infantil João Paulo II. In.: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Melhores Práticas: uma ideia a ser copiada. Minas Gerais; 2009.
25. Bueno FS. Minidicionário da língua portuguesa. São Paulo: FTD/LISA;1996.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília; 2004.

27. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do sistema de acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(1):217-25.
28. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: Pinheiro R, Matos R de A. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2007. p. 91-113.
29. Bloom BS, Krathwhol DR, Masia BB. *Taxonomia de objetivos educacionais: domínio afetivo.* Porto Alegre: Globo; 1972.
30. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In.: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 547-75.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da décima quarta Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 232p.
32. Bloom BS, Krathwhol DR, Masia BB. *Taxonomia dos objetivos educacionais: domínio cognitivo.* Porto Alegre: Globo; 1977.
33. Veen M, et al. The Manchester triage system: improvements for pediatric emergency care. *Emer Med J* [periódico na Internet]. 2012 [citado 2012 nov 08];(29):654-59. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22334644>
34. Grupo brasileiro de avaliação e classificação de risco. História da classificação de risco; 2011. [citado 2011 jan 13]. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br>
35. Australian Government. Department of Health and Ageing. Emergency Triage. Education Kit. Triage Workbook. Australia; 2007.
36. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do sistema de acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(1):217-25.
37. Chang YC, et al. Effectiveness of a five-level pediatric triage system: an analysis of resource utilization in the emergency department Taiwan. *Emer Med J* [periódico na Internet]. 2012 [citado 2012 nov 08]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22983978>
38. Gravel J. Performance of the Canadian triage and acuity scale for children: a multicenter database study. *An Emerg Med* [periódico na Internet]. 2012 [citado 09/11/2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22841173>
39. Travers DA, et al. Reality and validity of emergency severity index for pediatric triage. *Acad Emergency Med.* 2009;(16):843-49.

40. Veen M, et al. The Manchester triage system: improvements for pediatric emergency care. *Emer Med J* [periódico na Internet]. 2012 [citado 2012 nov 08];(29):654-59. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22334644>
41. Portal Saúde. Qualisus: melhorando a saúde a cada dia. [Homepage na internet]. Brasil: Ministério da Saúde. [Citado 2011 jan 13]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
42. Faria APS. A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com *diabetes mellitus* [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso; 2007. 224p.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Décima segunda Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 230p.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Décima terceira Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 246p.
45. Túlio BF, Júnior HMM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy et al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-134.
46. Campos GWS. *Paidéia e gestão: um ensaio sobre apoio paidéia no trabalho em saúde*. Campinas; 2003.
47. Campos GWS. Efeito paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho Educação Saúde*. 2006;4(1):19-31.
48. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2010. 407p.
49. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. [Citado 2013 jan 21]. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=35](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=35).
50. Brasil. Datasus. *Caderno de Informações em Saúde*. [Citado 2013 jan 21]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/datasus>
51. Brasil. Datasus. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/datasus>. Acessado dia: 21 jan. 2013.
52. Carrasco-Bassi BG. *Terapia ocupacional na atenção básica em saúde no município de São Carlos: um enfoque nas pessoas com sofrimento mental* [dissertação de mestrado]. São Carlos, SP: UFSCar; 2012. 134p.
53. Ricci NA, Wanderley FS, Oliveira MS, Rebelatto JR. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1125-34.

54. Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
55. Gonçalves, AVF. Avaliação do acolhimento no serviço de emergência do hospital de clínicas de porto alegre na perspectiva da pessoa idosa [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
56. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2011;19(1):84-8.
57. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In.: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005.
58. Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 – 1996 [Tese de doutorado]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2001.
59. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):345-353.
60. Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Sales-Peres A, Bastos JR, Sales-Peres SHC. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. Arq Ciênc Saúde. 2008;15(2):93-5.
61. Marques AJS. Organização Pan-americana de Saúde. Rede de atenção à urgência e emergência: estudo de caso na macrorregião norte de Minas Gerais. Brasília; 2011. 42p.

## ANEXO I: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS  
Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676  
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil  
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR  
[cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)  
<http://www.propq.ufscar.br>

### Parecer Nº. 204/2012

**Título do projeto:** CONCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS EM RELAÇÃO AO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO

**Pesquisador Responsável:** GRACIANO ALMEIDA SUDRE

**Orientador:** Mariza Borges Brito Souza

**Colaborador(es):** SUELI FATIMA SAMPAIO

**CAAE:** 0320.0.135.000-11

**Processo número:** 23112.004199/2011-02

**Grupo:** III

**Área de conhecimento:** 4.00 - Ciências da Saúde / 4.06 - Saúde Coletiva

**Pendências Atendidas. Projeto aprovado**

#### Normas a serem seguidas:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE- apendo sua assinatura na última página do referido Termo.
- O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE- apendo sua assinatura na última página do referido Termo.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprova (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.c).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta data e ao término do estudo.

São Carlos, 3 de maio de 2012.

  
Prof. Dr. Daniel Vendriscolo  
Coordenador do CEP/UFSCar

**ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
GESTORES DO SISTEMA DE SAÚDE DE SÃO CARLOS**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: “CONCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO”. Nesta pesquisa você foi selecionado por ser um representante da gestão municipal de saúde. O objetivo deste estudo é **compreender os limites e possibilidades da implementação do acolhimento e avaliação de risco no sistema de saúde do Município de São Carlos, SP**. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder dados através de uma entrevista semiestruturada, na qual será utilizado gravador de áudio e/ou vídeo. Possíveis riscos: possível constrangimento frente às perguntas e ao tema. Benefícios previstos: compreensão dos limites e possibilidades para implementação do acolhimento e avaliação de risco no sistema de saúde local, oferecendo subsídios científicos que estimulem um redirecionamento das práticas em saúde e/ou subsidie sua consolidação. Essa pesquisa está sendo acompanhada por docentes do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, seu entrevistador é o pesquisador/mestrando responsável por acompanhá-la.

*Eu \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_ fui informado(a) do objetivo, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.*

Entendo que terei garantia de confidência das informações fornecidas, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém, além do pesquisador, terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Terei direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento e quando achar necessário. Entendo que poderei desistir de participar desta pesquisa quando eu achar necessário, a qualquer momento poderei desistir de participar e retirar meu consentimento. Minha participação é voluntária e nenhum dado, risco ou ônus ocorrerá sobre a minha pessoa. Se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade, minha relação com o pesquisador não será alterada, assim como não terei prejuízos quanto ao serviço que desempenho em meu local de trabalho e com a instituição/universidade onde esta pesquisa é vinculada. Esta pesquisa não me acarretará despesas. Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e CONCORDO em participar do mesmo. Receberei uma cópia deste termo e poderei entrar em contato com o pesquisador podendo tirar dúvidas sobre o projeto e minha participação, agora ou a qualquer momento.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Este documento está em duas vias, sendo que uma delas é sua, e a outra é do pesquisador. Em caso de necessidade contate o pesquisador no endereço: Rua Otto Werner Rosel, 700/ casa 279/ Jardim Ipanema – Terra Nova, São Carlos, SP. Telefone (16) 8127-5747, e-mail [gracianosudre@terra.com.br](mailto:gracianosudre@terra.com.br).

São Carlos, SP \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

*Anexo III: roteiro de entrevista*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA  
CONCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS EM RELAÇÃO AO  
ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO**

**INSTRUMENTO DE ENTREVISTA****ENTREVISTA NÚMERO:** \_\_\_\_\_

TEMPO DE FORMAÇÃO:	PROFISSÃO:
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO:	
TEMPO DE TRABALHO NA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE:	
ESPAÇO ONDE A ENTREVISTA FOI REALIZADA:	
DATA AGENDAMENTO:	HORÁRIO:
ENTREVISTA REALIZADA DIA: ___/___/2012.	ENTREVISTA FINALIZADA DIA: ___/___/2012.

**QUESTOES NORTEADORAS**

<b>O QUE VOCÊ PENSA SOBRE O ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO?</b>
<b>QUAIS OS GANHOS E LIMITES QUE VOCÊ IDENTIFICA NA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO?</b>
<b>NA SUA OPINIÃO, QUAIS SÃO AS ESTRATEGIAS IMPORTANTES PARA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO?</b>
<b>COMO VOCÊ AVALIA A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICIPIO?</b>
<b>COMO FOI OU ESTÁ SENDO SUA PARTICIPAÇÃO NESTE PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO?</b>
<b>VOCÊ CONSIDERA QUE O ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO DEVE SER IMPLEMENTADO EM TODAS AS UNIDADES DE SAUDE?</b>
<b>SOBRE A REGULAÇÃO DO SISTEMA. EM QUE O ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO PODE ESTAR RELACIONADO?</b>