



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ-UVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Flávio Araújo Prado

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E
VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: uma proposta
analítica sob a perspectiva da melhoria do acesso e da qualidade**

SOBRAL -CE

2016

Flávio Araújo Prado

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E
VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: uma proposta analítica
sob a perspectiva da melhoria do acesso e da qualidade

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliany Nazaré Oliveira.

SOBRAL-CE

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Prado, Flávio Araújo

Acolhimento com avaliação/classificação de risco e vulnerabilidade na atenção primária em saúde: uma proposta analítica sob a perspectiva do acesso e da qualidade [recurso eletrônico] / Flávio Araújo Prado. -- Sobral, 2016.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 148 folhas.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Eliany Nazaré Oliveira.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

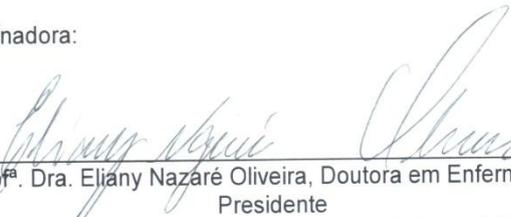
1. Acolhimento. 2. Humanização. 3. Atenção Primária à Saúde.
I. Título.

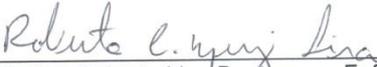
ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E
VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: uma proposta
analítica sob a perspectiva da melhoria do acesso e da qualidade

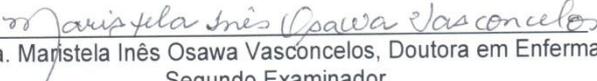
Flávio Araújo Prado

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 30 de outubro de
2016, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:


Prof.^a. Dra. Eliany Nazaré Oliveira, Doutora em Enfermagem
Presidente
RENASF/ Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)


Prof.^a. Dra. Roberta Lira, Doutora em Enfermagem
Primeiro Examinador
Universidade Federal do Ceará (UFC)


Prof.^a. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Doutora em Enfermagem
Segundo Examinador
RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)


Prof.^a. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva, Doutora em Enfermagem
Examinador Suplente
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Aos meus pais, Raimundo e Maria das Graças. Esses que, com todo amor, foram os primeiros a me acolherem, dedico.

Ao meu pai,

Responsável, dedicado e justo,
Ainou sua família até seus últimos momentos.
Inigualável, tinha sempre um ombro amigo nesse
Mundo para nos acolher no amor paternal.
Unico, respeitável como um nobre, era
Nosso porto seguro. Sempre nos orgulhou com sua
Dignidade. Inspirava-nos confiança,
Orgulho e exemplo.

Xeque de nossa família, sua
Ida nos entristeceu,
Mas Deus, de onde tudo deriva
E para onde todo retorna, invocou-te para junto dEle.
Não estamos ainda habituados com a ausência física, porém
Estão em nós a sua calma, a sua força nas decisões, a sua
Simplicidade e a sua segurança do próprio valor e humildade.

Dedicou sua vida ao serviço e disposição familiares e deixou
O melhor para nós: o exemplo de amor e bondade pelo que foi.
Presença indispensável em nossas vidas.
Real e forte homem trabalhador, ensinou-nos a vida, o valor do
Amor, a serenidade nas mudanças e a sabedoria nas diferenças.
Deus lhe guarde, proteja e ilumine na plenitude da vida.
Onde quer que você esteja, estaremos sempre te amando.

In memoriam.

À minha mãe,

Mãe, de todo amor que eu tenho,

A maior parte foi você que me deu. Ao fitar sua angelical face, percebi que as

Raízes do seu sorriso e as enérgicas luzes da beleza do seu olhar,

Igual verdade, serenidade, doçura e amor, não havia.

A essência da verdade, do caminho espiritual, instigou-nos a sempre pensar.

De tudo que estimula a filosofia, numa fluidez de modernidade,

A certeza de que a vida é um fazer, desfazer e refazer constantes,

Senso no mais puro sentir, na simplicidade de ser humano e limpidez da alma.

Gratidão por doar-me e ensinar-me a plenitude do amor bem como a certa e

Rica maneira de amar. E através do limite entre o sonho e a realidade,

Acertadamente, ensinou-me a intersecção da subjetividade e da objetividade,

Com a união mais íntima, mais pessoal e, precisamente, mais social.

Acalantou-me nas descobertas onde a vida foi menos biológica, de forma mais

Serena, menos seletiva, menos competitiva, mais metafórica e mais poética.

A mim, não acode qualidade capaz de definir, sem desvio dos valores, o que

Representa o dom da maternidade. Acredito que a benevolência divina

A mim presenteou a geração em seu ventre.

Uniu-nos com a sensatez e com a singeleza do significado da felicidade e,

Juntamente com a formação de nosso seio parental, educou-nos com

Os valores, os juízos, os conceitos da aliança, do cuidado e do zelo familiares.

Primordialmente esclareceu que o produto patrimonial dos fartos saberes e das
Retóricas aprendizagens não residem apenas na memória, pois

As respostas que darei na prova da vida, a única prova que interessa, não vêm

Da ponta do lápis, elas vêm do coração aliadas ao equilíbrio da razão.

Obrigado à minha mestre em sensibilidade e doutora em amor, pela faculdade

da Vida!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar em todos os momentos, dando-me força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as necessidades e por me permitir ir ao Seu encontro, com tudo o que sou e tudo o que não sou, e permanecer me amando infinitamente.

A meus pais, de forma muito especial, Raimundo (*in memoriam*) e Maria, pelo amor que compartilhamos e pelo efeito da presença eficaz, efetiva e afetiva de ambos em meu viver, como patamares de meu mundo, partes integrantes de mim, por me concederem o direito à vida e dela fazerem parte de forma tão autêntica, presente e real, meu infinito agradecimento. Isso só me fortaleceu e me fez tentar a fazer o melhor de mim. Ainda não aprendi algo que seja o suficiente e possa substituir o simples: “Muito obrigado pelo amor incondicional!”.

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo, por compartilhar comigo sonhos e vitórias.

À minha orientadora, Professora Doutora Eliany Nazaré Oliveira, pela sua valiosa orientação, na grandiosidade de partilhar as experiências desde a graduação, com veredas pelo projeto de extensão da UVA, especialização e, agora, o mestrado. Gratidão pela atenção, pelo apoio, pela generosidade e pela confiança depositada em mim no desenvolver da pesquisa; por acreditar em mim, mostrando o caminho da ciência e por ser exemplo de profissional e de mulher a qual sempre fará parte da minha vida e da minha caminhada.

À Professora Doutora Maristela Inês Osawa Vasconcelos por sua ajuda, igualmente desde os primeiros passos na graduação até o caminhar do mestrado, nos momentos de luz na qualificação, contribuindo com o desenho do estudo, por acreditar no futuro deste projeto e contribuir para o meu crescimento profissional e por ser também um exemplo a ser seguido. Sua participação foi fundamental para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Roberta Cavalcante Muniz Lira, pela gentileza em participar como examinadora da banca e pela prestimosa contribuição no estudo, meus sinceros agradecimentos.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela construção do saber nesse período de formação, bem como às secretárias do MPSF, pela disponibilidade, zelo e carinho.

Aos colegas do MPSF, por todos os momentos vivenciados juntos e pelo aprendizado que cada um trouxe para partilhar durante esse período.

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e à Universidade Estadual Vale do Acaraú, pela oportunidade da formação através desse mestrado, por abrirem as portas para que pudéssemos realizar esse sonho, proporcionaram-nos mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma lição para a vida.

Aos amigos, essa família extrassanguínea e afetiva, que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando, dando força e apoio.

Aos meus colegas de trabalho e à Secretaria de Saúde de Forquilha, pela ajuda em todos os momentos.

“Todas as propostas devem ter como objetivo principal a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos pacientes e a humanização da prestação de serviços”.

(Carta de Brasília apresentada no VIII Simpósio sobre Política Nacional de Saúde em junho de 2005).

RESUMO

O acolhimento é visto, concomitantemente, como tecnologia do encontro, criando redes de conversações para resgatar um enfoque centrado no usuário, e como ação técnico-assistencial para reorganizar os processos de trabalho. Objetivou-se analisar o processo de Acolhimento na Atenção Primária à Saúde no município de Forquilha, Ceará, tendo como base os dados da Avaliação Externa dos Ciclos I e II do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Tratou-se de um estudo analítico e exploratório, de abordagem quantitativa a partir de um recorte no instrumento de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do Ministério da Saúde apenas com as questões referentes ao Acolhimento na Atenção Primária em Saúde, tanto do Módulo dos Profissionais de Saúde quanto do Módulo dos Usuários do Serviço, tendo como referência espacial o município de Forquilha, Ceará. Os dados foram compilados em planilhas do software Excel e analisados com apoio do software R versão 3.2. Os dados estão descritos por frequências absolutas e percentuais. O teste exato de Fisher foi aplicado para comparar variáveis similares obtidos nos dois ciclos do PMAQ tanto para profissionais quanto para usuários dos serviços de saúde. Quando as variáveis apresentavam mais de duas categorias a comparação foi feita utilizando o teste de Fisher – Freeman – Halton. Para a análise inferencial, adotou-se um nível de significância de 5%. Os resultados foram apresentados em tabelas, considerando a proporção do evento encontrado para o município de Forquilha, Ceará, procedendo-se às análises descritivas, com a devida verificação da distribuição de cada variável e avaliando sua amplitude e consistência. Como resultados foi encontrado que o Acolhimento está implantado na APS do município, ocorrendo todos os dias, há a avaliação de risco e vulnerabilidade no Acolhimento aos usuários, através de profissionais com capacitação para o Acolhimento. O protocolo considera queixas frequentes, problemas por ciclo de vida e captação precoce de gestantes. Há agendamento de consultas que não são possíveis de ser realizadas no dia e que não caracterizem uma urgência. Os usuários sentem-se satisfeitos com o acolhimento, conseguem ser atendidos na própria UBS quando há queixa urgente. As gestantes usuárias reconhecem o serviço como local para recebimento das queixas em urgência.

Palavras-Chave: Acolhimento. Humanização. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The host is seen concurrently as technology of the meeting, creating conversations networks to rescue a focus centered on the user, and as a technical-assistance action to reorganize work processes. This study aimed to analyze the reception of process in primary health care in the city of Forquilha, Ceará, based on data from the External Evaluation of Cycles I and II of the Access Improvement Programme and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) . This was an analytical and exploratory study with a quantitative approach from a cut in the external evaluation of the instrument Access Improvement Programme and the Ministry of Health Primary Care Quality only with questions for the Home in Primary Care in health, both module of health professionals as module of the Service Users, with the spatial reference of the municipality Forquilha, Ceará. The data were compiled in Excel spreadsheet software and analyzed with the support of R version 3.2 software. The data are described by absolute and percentage frequencies. The Fisher exact test was used to compare similar variables obtained in the two cycles of PMAQ both professionals and users of health services. When the variables, more than two categories comparison was performed using the Fisher test - Freeman - Halton. For the inferential analysis, we adopted a significance level of 5% .The results were presented in tables, considering the ratio of the event found for the city of Forquilha, Ceará, proceeding to the descriptive analysis, with due verification of distribution of each variable and evaluating its breadth and consistency. The results found that the Home is deployed in the municipality of APS, taking place every day, there is the risk assessment and vulnerability in Home users through professionals with training for Reception. The protocol considers frequent complaints, problems life cycle and early identification of pregnant women. There scheduling appointments which are not possible to be held on and does not characterize an emergency. The users feel satisfied with the host, they can be seen at UBS itself when there is an urgent complaint. The pregnant women who recognize the service as a location for receipt of the urgency of complaints.

Keywords: Home. Humanization. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Caracterização da PNH	29
Figura 2 – Componentes da RUE e suas interfaces	36
Figura 3 – Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea	40
Figura 4 – Fases da avaliação do programa nacional de melhoria do acesso e qua lidade da atenção básica (PMAQ). Brasil.	45
Figura 5 – Localização do município de Forquilha em relação ao Brasil e ao Ceará	51
Gráfico 1 – Capacitação de profissionais que fazem o acolhimento para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, para os ciclos I e II do PMAQ no Município de Forquilha, Ceará	63
Gráfico 2 – Percentual de participação de profissionais no acolhimento no Municí pio de Forquilha, Ceará, conforme, ciclo I do PMAQ	79
Gráfico 3 – Percentual de ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado conforme profissionais de saúde, no ciclo I do PMAQ no município de Forquilha, Ceará	81
Gráfico 4 – Percentual de profissionais que realizam escuta ao usuário no municí pio de Forquilha, Ceará no ciclo I do PMAQ	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação dos dados dos profissionais de saúde relativos à institucionalização do acolhimento nas UBS nos ciclos I e II do PMAQ no município de Forquilha, Ceará	58
Tabela 2 – Comparação dos dados dos profissionais de saúde relativos à dinâmica da equipe da AB frente ao acolhimento nos ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará	67
Tabela 3 – Comparação dos dados dos profissionais de saúde relativos ao fator tempo para resolução de demandas no acolhimento nos ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará	71
Tabela 4 – Dados dos profissionais de saúde relativos ao procedimento do acolhimento no ciclo I do PMAQ do município de Forquilha, Ceará	74
Tabela 5 – Dados dos profissionais de saúde relativos ao acolhimento no ciclo II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará	82
Tabela 6 – Dados dos profissionais de saúde relativos à queixa, ao tipo de atendimento e ao procedimento do agendamento no ciclo II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará	84
Tabela 7 – Satisfação dos usuários do serviço de saúde e tempo de espera para Primeira escuta relativos aos ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2011-2014	88
Tabela 8 – Dados dos usuários do serviço de saúde relativos ao acolhimento no ciclo I do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2011-2012	88
Tabela 9 – Dados dos usuários do serviço de saúde relativos ao acolhimento no ciclo I do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2013-2014	98
Tabela 10 – Dados dos usuários do serviço de saúde relativos ao acolhimento à gestante no ciclo II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2013-2014	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para Melhora do Acesso e da Qualidade
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CS	Centro de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EAB	Equipes de Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPSF	Mestrado Profissional Saúde Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde
UVA Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Aproximação com o objeto de pesquisa: o encontro	17
1.2	Contextualizando o objeto de estudo	21
1.3	Justificativa e relevância da pesquisa	22
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo geral	25
2.2	Objetivos específicos	25
3	REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1	Princípios da humanização do atendimento	27
3.2	O acolhimento como princípio da PNH	31
3.3	O acolhimento como prática multiprofissional de organização do acesso e da melhora da qualidade na atenção básica a saúde	35
3.4	O programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ)	43
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	49
4.1	Tipo de estudo	49
4.2	Local do estudo	50
4.2.1	<i>Localização</i>	51
4.2.2	<i>Atenção primária à saúde em Forquilha</i>	51
4.3	Método de processamento e análise de dados	53
4.4	Considerações e aspectos éticos do estudo	55
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
5.1	Dados relativos aos profissionais da atenção primária nos dois ciclos do PMAQ	58
5.2	Dados relativos aos usuários da atenção primária nos dois ciclos do PMAQ	87
6	CONCLUSÕES	104
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICE A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	125
	APÊNDICE B- PLANEJAMENTO DE VARIÁVEIS PARA CRUZAMENTO DE DADOS CONFORME COMUNICABILIDADE ENTRE CICLO I E CICLO II	126

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA	131
ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)/2012 – CICLO – MÓDULO II – ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE (QUESTÕES UTILIZADAS NA PESQUISA	132
ANEXO C- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)/2012 – CICLO I – MÓDULO III – ENTREVISTA NA UNIDADE DE SAÚDE COM USUÁRIO	135
ANEXO D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)/2013 – CICLO II – MÓDULO II – ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE (QUESTÕES UTILIZADAS NA PESQUISA)	138
ANEXO E- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)/2012 – CICLO II – MÓDULO III – ENTREVISTA NA UNIDADE DE SAÚDE COM USUÁRIO	142
ANEXO F- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	145
ANEXO G - DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA E GRAMATICAL	147
ANEXO H – DECLARÇÃO DE FORMATAÇÃO CONFORME NORMAS ABNT	148

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de pesquisa: o encontro

Estar no mundo, viver, conviver, reviver, construir nossa história com um arcabouço de lembranças instigantes de reflexões, de experiências motivadoras para receber o outro com um olhar para o cuidado, do contato com sensibilidade no desenvolvimento das habilidades da arte e da essência do cuidar, do acolher em suas múltiplas nuances, e, especialmente, no desvelar dos processos na saúde, estimularam-me a trabalhar a questão do acolhimento, visto que ele é fundamental no início da comunicação, das relações interpessoais, nos projetos terapêuticos, como também ele é um forte elemento para o início ou continuidade de uma relação de vínculo e de cuidado.

Uma das diretrizes norteadoras do setor saúde é de que a assistência à saúde é um direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado de assegurá-lo, identificando e priorizando ações básicas comprovadamente eficazes no controle dos mais relevantes problemas. Assim, como fazemos parte, construímos e vivemos, conforme a Carta Magna de 88, em um Estado Democrático de Direito em que tem, como um dos princípios basilares, a Soberania Popular, instiga-me, como cidadão, usuário e profissional do SUS, o compromisso de estar constantemente empenhado no protagonismo dos processos de produção da saúde.

Meu interesse em trabalhar com processo de acolhimento me acompanha desde minha tenra formação e educação familiar, onde meus pais sempre nos educaram a receber os outros, os vizinhos, os parentes, os amigos, da mesma forma que gostaríamos de ser recebidos, despertando já a possibilidade reflexiva de se colocar no lugar do outro, de dar as boas-vindas, de tentar acomodá-los dentro de nossas possibilidades, porém da melhor forma e conforto que poderíamos oferecer nossa atenção.

Em complemento à formação educacional familiar estava a construção da formação religiosa, espiritual e cristã, com uma grande contribuição da Paróquia São Francisco de Assis do município de Forquilha, Ceará, bem como o zelo de repassar o exemplo de Francisco de Assis na doação para com o outro.

Assim, engajei-me no grupo da igreja assumindo um papel social dentro do espaço católico e cristão, passando por um grupo paroquial chamado de acólitos.

A palavra acólito vem do verbo acolitar, que significa acolher, *acompanhar no caminho*. Dado que se pode acompanhar alguém indo à frente, ao lado ou atrás de outras pessoas, *acólito é aquele ou aquela que, precede, vai lado ou segue outras pessoas, para servi-las e ajudá-las*. Nesse sentido, cabia a nós, acólitos, acolher a comunidade de fiéis para além dos momentos das celebrações eucarísticas, atendê-los em suas necessidades de orientações das atividades e procedimentos dentro das ações paroquiais.

Destarte, trabalhar diretamente com pessoas tem me acompanhado desde cedo onde iniciei minhas atividades laborais no serviço público municipal de educação aos quatorze anos de idade em uma sala grande com oitenta e cinco alunos, alguns com idade superior a minha. Minha preocupação sempre culminava na forma de como abordar e acolher cada discente a fim de que se sentissem acomodados e confortáveis no processo de ensino-aprendizagem e um grande desafio era acolher a todos, nas suas individualidades, onde eu também fazia parte do processo do ser acolhido na escola, na educação e na profissão. Essa etapa foi de grande valia para a compreensão das coparticipações nos processos coletivos, de ensino-aprendizagem e de trabalho coletivo.

Empós, no início de minhas atividades como enfermeiro da ESF do município de Forquilha, atuando em uma equipe de zona rural, com várias barreiras geográficas, caracterizava-nos como uma equipe que realizava muitos deslocamentos para atender às comunidades e, às vezes, fixava ponto de apoio nas salas e nas varandas cedidas nas residências dos usuários ou nas escolas das comunidades. Fatos repetidos que me chamavam a atenção eram as formas em que as pessoas, culturalmente, “garantiam” o atendimento. Em vez de pessoas presentes para acolhida, estavam enfileirados registros de identidades, pedras, chinelos, todos representativos de seus proprietários, ficavam “marcando seus lugares” para o atendimento conforme a ordem de chegada no local, já existindo uma forma de norma social entre eles como uma prioridade incontestável de acesso ao serviço. Pouco mais afastados, depois dos objetos representativos, estavam alguns usuários obedientes que, apesar de “acordarem cedo para a consulta”, não conseguiram chegar a tempo hábil em relação aos demais, mantendo-se a norma social daquele micro-espço e, na maioria das vezes, eram pessoas com prioridades por risco e vulnerabilidades que apresentavam.

A visão da fragilidade do acolhimento no SUS me surpreendeu quando saí da perspectiva de profissional de saúde para usuário do sistema. Enquanto acompanhante do meu pai, meu exemplo de vida, meu modelo de honra e inteireza de caráter, meu porto seguro e minha fonte de estabilidade, equilíbrio e segurança. Foi quando, literalmente, estava no lugar do outro, do ser que estava necessitando de cuidados, usuário do serviço que eu estava totalmente inserido: o serviço público de saúde.

Acompanhei meu pai, não como o profissional de saúde, mas como um filho inundado de esperanças que procurava apoio nas redes de saúde pública do município de Forquilha, do município polo de referência na região, que é Sobral e do estado do Ceará, com possibilidades até de transpor os limites do município, do estado, do país, se fosse necessário, para encontrar a integralidade da assistência à saúde tão merecida a qualquer cidadão. Sentimos, em conjunto, a ânsia do forçar pele, nervos, músculos para mover todos os recursos do cuidar.

Em um dos acompanhamentos ambulatoriais no SUS, o profissional do acolhimento nem sequer interrogou pelo nome, pelo que necessitava, pelo possível diagnóstico. Assim, de forma mecânica e fria, tratou de afastar meu pai, grosseiramente, da proximidade dos demais usuários do ambulatório, apenas considerando um sinal “diferente” dos demais que ali estavam, mal sabia que não se tratava de doença contagiosa. Igualmente sem saber que minha irmã estava ali presente como acompanhante, ainda justificou que “estava passando ele na frente, pois estava muito ‘magrinho e amarelinho’, para não correr o risco de infectá-la”.

A lágrima que percorria o rosto era igual lágrima de muitos usuários dos serviços que não encontram uma resposta, ou até mesmo, o respeito por suas necessidades. Lamentavelmente, esquecendo o profissional, que essa instituição familiar adoecia juntamente com o patriarca. Desse modo, a visão holística do cuidar e a compreensão da atenção integral à saúde bem como o conceito mais amplo de família e de saúde da família estavam comprometidos com uma atitude profissional aparentemente pontual, mas com reflexo no conjunto de rotinas, de normas, de direitos, de deveres, de conceitos e pré-conceitos, de juízos e pré-juízos, da universalidade, da equidade, da autonomia, da segurança, da gestão do cuidado, da longitudinalidade, do vínculo, da humanização e do acolhimento.

Destarte, acode-me o ser que procura a assistência, o ser que disponibiliza a assistência e a fusão de ambos em um ser que sente, que previne,

que promove, que busca, que tenta e que experimenta e que acolhe. Assim, não há como se distanciar da condição existencialista do ser numa perspectiva não puramente filosófica, mas em um expectador dos fatos cotidianos que tem a oportunidade de observar, de ler, de estudar um *conjunto de doutrinas segundo as quais se tem como objetivo a análise e a descrição da existência concreta, considerada como ato, como atitude, como dinamismo e como uma liberdade que se constitui afirmando-se e que tem unicamente como gênese ou fundamento esta afirmação de si.*

Não se trata de uma única doutrina, de uma única ciência ou de uma única necessidade. Entretanto, existe algo em comum entre eles, que é a preocupação em compreender e explicar a existência humana bem como os fatores importantes na expressão da convicção de que a realidade última somente pode ser encontrada na existência individual e concreta, seja profissional, seja familiar. Costuma-se acentuar a importância da necessidade como um fator que compele o indivíduo na procura do objeto que satisfaça uma carência biológica ou motive sua realização psíquica e existencial. Mas o homem não é meramente movido por carências e desejos; é um ser aberto ao mundo, aberto ao apelo e às possibilidades. Por estar aberto, não está inteiramente determinado e já feito de uma vez. Toda motivação, todo desejo, todo projeto, emana ou se sustenta no cuidado.

O fato é que vivemos uma realidade como um feixe de possibilidades diante das quais o ser, com sua liberdade de escolha, pode optar pelas que mais lhe convém. Estes caminhos podem ser englobados em opções primordiais que poderão ser decisivas diante da efemeridade da vida: o ser ético, o ser estético e o ser religioso. Portanto, não é possível alcançar o porquê de tudo que ocorre na esfera em que vivemos, pois não se pode racionalizar o mundo como nós o percebemos. Esta visão dá margem a uma angústia existencial diante do que não se pode compreender e conceder um sentido. Resta a liberdade humana, característica básica do existencialismo, a qual não se pode negar. E em uma liberdade de pensamento heideggeriano, concluo que o homem é um ser-no-mundo. Ele não existe com um “eu” ou um sujeito em relação a um mundo externo; não é tampouco uma coisa ou um objeto, ou um corpo interagindo com as outras coisas que fazem no mundo. O homem tem sua existência por ser-no-mundo e o mundo tem sua existência porque há um “Ser” para revelá-lo.

A partir dessa fase de produção, o texto será escrito em primeira pessoa do plural por considerar a participação da orientadora no processo de trabalho bem como dos sujeitos da pesquisa como construtores em conjunto e vivências coletivas que foram somadas para a produção da pesquisa.

1.2 Contextualizando o objeto de estudo

As políticas públicas adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm passado por contínuas transformações, buscando reafirmar a saúde como direito universal. O acolhimento, entendido como uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, vem ganhando significados próprios e importância na Atenção Primária à Saúde para garantir acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades (BRASIL, 2013).

No contexto da saúde, o Acolhimento é entendido como uma ação técnico-assistencial que pressupõe uma mudança na relação entre o usuário e o profissional, colocando o primeiro como participante ativo, um protagonista, no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004). Além disso, foi identificado como o mecanismo que poderia funcionar para viabilizar uma análise crítica do fluxo de entrada na ESF (“porta de entrada”), revelar seu processo de trabalho e, ao mesmo tempo, servir para a mudança de postura (STARFIELD, 2002; FRANCO & MERHY, 2003).

Como diretriz operacional, o Acolhimento consiste em uma estratégia para inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, tendo como princípios: garantir acessibilidade e atendimento a todos; reorganizar o processo de trabalho para a equipe multiprofissional que se responsabilize em escutar o usuário com o compromisso de resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador/usuário por parâmetros humanitários, solidários e de cidadania (ANDRADE *et al.*, 2007).

No mesmo sentido, o Acolhimento, em razão da afetividade que essa tecnologia proporciona, consiste em uma ferramenta potente para humanizar o cuidado (ROSSI & LIMA, 2005). Assim sendo, o acolhimento aponta para as potencialidades do uso como ferramenta transdisciplinar em Atenção Primária à Saúde. Neste sentido, o SUS se mostra como uma obra aberta em que os seus

eixos basilares determinados pela Carta Magna de 1988 e o arcabouço legal que o constituiu funcionam como pilares mestres de uma obra cujo formato final será configurado em torno dessa estrutura, sem previsão, de um acabamento em pequeno lapso temporal (SAES, RAYS & GATTI, 2011).

Destarte, o Acolhimento deve abranger os problemas de recepção da demanda fazendo somatório às diretrizes de clínica ampliada, co-gestão, ambiência e valorização do trabalho em saúde, processos integrantes do HumanizaSUS, para a mudança nos processos de trabalho e gestão de serviços (BRASIL, 2009). Por conseguinte, deve influir positivamente no padrão de utilização dos serviços por parte dos indivíduos, e também consiga influenciar em questões sócio-organizacionais do serviço.

Como bem refere Freitas e Mandú (2010), a promoção da saúde é política e prática que envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores sociais e produtivos, e ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde. Dessa forma, a promoção da saúde envolve uma multiplicidade de ações e de níveis de atuação que, de maneira coordenada, promoverão uma melhoria da condição de qualidade de vida dos cidadãos, com redução de agravos e doenças.

Diante de tais assertivas, torna-se importante a identificação das características que compõem o acolhimento e se essas estão presentes nas unidades de Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, surgem as seguintes hipóteses: o acolhimento está efetivamente institucionalizado nas UBS de Forquilha; Os profissionais estão realizando o acolhimento no cotidiano das equipes de Atenção Básica; O usuário percebe esse acolhimento; O Acolhimento tem reflexo no acesso e na qualidade da atenção à saúde.

1.3 Justificativa e relevância da pesquisa

A importância de se trabalhar com Acolhimento não é apenas para uma possível satisfação enquanto pesquisador ou como usuário do sistema de saúde local onde essa pesquisa se ambientou, mas pela sua função social e pelo seu potencial de auxiliar gestores, profissionais ou usuários de serviços de saúde bem como de várias outras organizações a tomarem decisões mais acertadas em suas instituições e nos modelos de assistência prestada. As possibilidades de

transformações em benefício de uma coletividade serão melhores abordadas a partir do momento em que se estuda, de maneira sistematizada, o objeto despertador da inquietude.

Nesse sentido, pode-se encontrar indícios de comportamento regular e previsível, porém é algo que, categoricamente, não se pode afirmar senão com a aplicabilidade dos procedimentos abordados em estudos dessa natureza a fim de que se consiga chegar a conclusões devidamente fundamentadas, a fim de que se produza modificações significativas na dinâmica da saúde. Para tanto, toma-se o Acolhimento na perspectiva de melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica em Saúde. Assim, é imprescindível que se reconheça os limites e as possibilidades encontradas nos serviços, através do potencial cognitivo de desenvolver transformações a partir da interação com o meio sócio cultural ao qual está inserido. Pois, este trabalho parte do pressuposto sociocultural em que o ser humano é construtor e construído pelas suas interações sociais e culturais.

No Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde destaca como objetivos fundamentais da atual gestão a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS, tendo a implantação das Redes Temáticas prioritárias como estratégia nuclear para o alcance desses objetivos. Dentre as Redes Temáticas prioritárias, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências se sobressai, tendo em vista a questão salutar e necessária das situações clínicas envolvidas (BRASIL, 2013). Ressalta-se que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a Atenção Básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.

Conforme Pereira (2006), uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas prioridades. Tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência-emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco. A utilização

de tais protocolos, e de suas respectivas escalas, tem impacto importante na qualidade do acesso destes serviços.

Por outro lado, alguns problemas persistem: a ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde têm colocado em questão, de modo cada vez mais incisivo, a potencialidade desta diretriz na operacionalização e qualificação do SUS (MITRE *et al.*, 2012).

Mendes (2008) afirma que, apesar dos esforços das políticas públicas de saúde em tentar absorver a demanda na Atenção Primária, a falta de estrutura das unidades de saúde e a reduzida oferta de serviços (muitas vezes de simples resolução) refletem no aumento da demanda aos serviços de urgência e emergência.

Assim sendo, destaco que o objeto de estudo é o Acolhimento a partir dos dois Ciclos do instrumento de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, realizado no município de Forquilha, Ceará.

Apesar de o Acolhimento ser um atributo de todas as práticas de atenção e gestão em saúde, elegemos os serviços de urgência, em especial a avaliação/classificação de risco e vulnerabilidade na Atenção Primária em Saúde como foco para a pesquisa, por apresentarem alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros.

É preciso, portanto, repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão da inserção dos serviços de saúde na rede local. Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

✓ Analisar o processo de Acolhimento na Atenção Primária à Saúde no município de Forquilha, Ceará, tendo como base os dados da Avaliação Externa dos Ciclos I e II do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

2.2 Objetivos específicos

✓ Identificar o processo do acolhimento à demanda espontânea na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários;

✓ Caracterizar o Acolhimento na Atenção Básica sob a ótica dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços, com base na dinâmica do PMAQ-AB;

✓ Averiguar como acontece o Acolhimento específico à gestante;

✓ Verificar o reflexo do Acolhimento no Acesso e na Qualidade da Atenção em Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na perspectiva da construção do modelo técnico-assistencial nos processos saúde-doença-cuidado, considerando a tríade gestão/profissionais de saúde/comunidade nesse contexto de coparticipantes e construtores do quadro de saúde, bem como no planejamento, execução e avaliação do sistema de saúde, a humanização desses serviços se tornou uma necessidade presente em todo o processo, dentro de uma pluralidade de necessidades que o setor saúde precisa responder. Considerando uma possibilidade consequente da insatisfação da população por conta do tempo de espera nas filas, pouco acesso ao atendimento em saúde, demandas por intervenções tecnológicas, ausência de atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, garantindo os direitos dos usuários e valorizando o trabalho na saúde.

Segundo Martins (2001), a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança.

De acordo com a Política Humaniza SUS, o SUS deve ser contagiado por esta atitude humanizadora, articulando-se através deste eixo. Trata-se, sobretudo, de destacar o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de saúde (BRASIL, 2005).

Conforme Brasil (2004) as diretrizes específicas no nível da Atenção Básica são:

1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
2. Incentivar práticas promocionais de saúde;
3. Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema;
4. Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

Para tanto, faz-se necessário, principalmente, um atendimento eficaz e resolutivo. Brasil (2013) traz uma orientação muito importante quanto ao primeiro contato e/ou primeira avaliação em demanda espontânea.

“No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades. Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas;
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado;
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo);
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.”

Assim sendo, tornam-se palpáveis os princípios do SUS: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade da Atenção à Saúde da população brasileira.

3.1 Princípios da humanização do atendimento

A partir de 2000, através da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), intensificam-se os debates em torno da importância do acolhimento na perspectiva de humanização da saúde. Nova crise no sistema se instaura, visto que de um lado encontravam-se os usuários que buscavam atenção com acolhimento e de outro, os profissionais que reivindicavam melhores condições de trabalho (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Em 2003, foi então realizada a XII Conferência Nacional de Saúde, que retorna o debate em torno da Universalidade, Acesso, Acolhimento aos usuários e valorização dos trabalhadores (BRASIL, 2004). Assim segundo Santos Filho, Barros e Gomes (2009) foi lançada nesse mesmo ano a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual veio afirmar a indissociabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde, assegurando a inclusão dos usuários, trabalhadores e gestão nos serviços de saúde, impulsionando ações para disparar processos no

plano das políticas públicas, visando transformação nos modelos de atenção e gestão da saúde vigentes.

Conforme Brasil (2006) a Política Nacional de Humanização (PNH), denominada de Humaniza-SUS foi desenvolvida de modo a qualificar o SUS e estabelecer suas diretrizes. Essa política foi em resposta às evidências do despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, juntamente com a persistência dos modelos centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho.

Os princípios norteadores da PNH são apontados em Brasil (2000) como sendo:

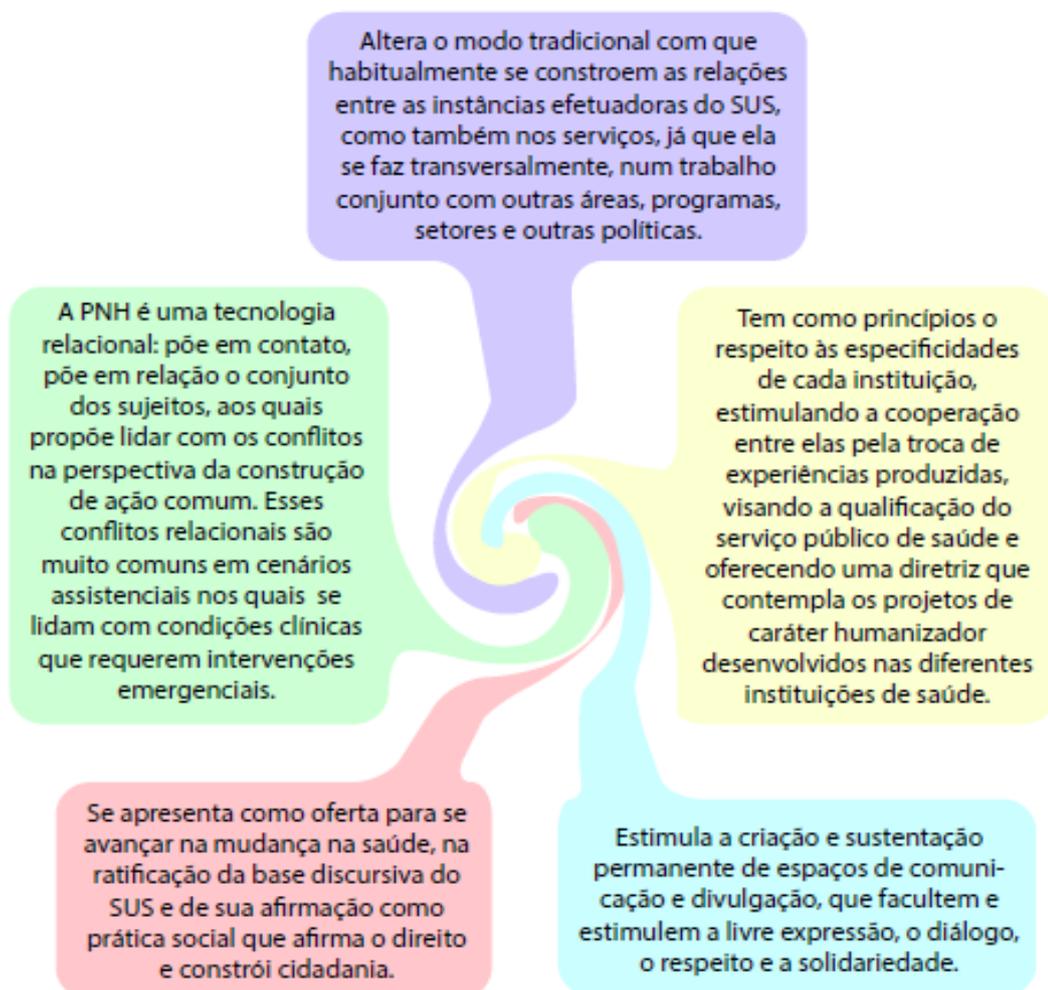
- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo os compromissos com os direitos dos cidadãos, destacando-se o respeito com relação à raça, gênero, etnia, orientação sexual e populações específicas;
- Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, instigando a transversalidade e a grupalidade, qualificando a comunicação no sistema;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e sujeitos;
- Construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos da rede SUS;
- Corresponsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção à saúde;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo nas instâncias do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização de profissional de saúde, com estímulo aos processos de educação permanente;

Heckert, Passos e Barros (2009) definem humanização como tratar com respeito, carinho, amor, educação, empatia; capacidade de se colocar no lugar do outro e aceitá-lo; acolhimento; diálogo; tolerância; aceitar as diferenças, em suma, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde.

Faiman *et al.* (2003) apontam que o processo de humanização implica em uma transformação da cultura assistencial, a fim de que sejam valorizados os aspectos subjetivos, históricos e culturais não só dos usuários, como também dos profissionais visando melhoras nas condições de trabalho e qualidade do atendimento.

A humanização representa melhoria da capacidade dialógica entre os sujeitos, acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, cogestão, inclusão, ética, oposição à violência, seja ela de qualquer natureza, não discriminação, qualidade como aliança entre o uso de altas tecnologias, o cuidado e bom relacionamento na assistência e oferecimento de melhores condições de trabalho (DESLANDE, 2004).

Figura 1 - Características da PNH



Fonte: PACHECO, Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). **Redes de atenção à saúde**: rede de urgência e emergência – RUE. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA - São Luís, 2015.

De acordo com Pasche (2010) humanizar trata-se de uma política com princípios, com diretrizes e com dispositivos acionados por um método caracterizado por uma tríplice inclusão: pessoas, movimentos sociais e pela perturbação e tensão que estas inclusões produzem nas relações entre sujeitos nos processos de gestão e atenção, sendo que essa perturbação que permite a produção de mudanças nos modos de gerir e nos processos de formação.

Forte; Martins (2000) compara humanização com reconhecimento, ou seja, reconhecer o usuário que busca os serviços de saúde, como sujeito de direitos, observando-o em sua individualidade, especificação, ampliando assim as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.

Humanizar os serviços de saúde implica em transformar o próprio modo como se concede o usuário, ou seja, de objetivo passivo a sujeito; de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço de saúde que garanta ações técnicas, políticas e eticamente segura, prestadas por trabalhadores responsáveis. O enfoque à saúde apresenta-se numa dimensão ampliada, relacionadas às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico (MARQUES; SOUZA, 2010).

Para a construção de uma política de qualificação do SUS, Pereira *et al* (2010) destacam que a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas mais um programa a ser aplicado nos diversos setores da saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda rede SUS.

Com a implementação do atendimento humanizado, pretende-se, segundo Brasil (2004) consolidar alguns pontos específicos:

- Redução das filas e tempo de espera, ampliando o acesso e o acolhimento resolutivo, baseando em critérios de risco;
- Os usuários terão ciência de quem são os profissionais que cuidem de sua saúde;
- Os serviços de saúde responsabilizar-se-ão pelo território de referência;
- As informações aos usuários serão garantidas pelas unidades de saúde;

- As unidades de saúde garantirão gestão participativa dos trabalhadores e usuários, bem como educação permanente dos trabalhadores;

3.2 O Acolhimento como princípio da PNH

Passos (2006) indaga que a PNH se propõe a fomentar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Um dos dispositivos dessa política é o Acolhimento, que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades, até a atenção resolutiva de seus problemas.

O Acolhimento ganha discurso oficial do Ministério de Saúde, configurando-se como uma das diretrizes de maior relevância da PNH para operacionalização do SUS; que propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde; a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho; além de mudanças estruturais na forma de gestão para ampliar os espaços democráticos de discussão, escuta e decisões coletivas (BRASIL, 2006).

A PNH propõe o acolhimento como processo constituído das práticas de produção e promoção da saúde, preocupando-se em incluir a saúde do trabalhador em saúde como parte das metas do SUS e de seus parâmetros de avaliação (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009). O acolhimento implica em responsabilização do profissional pelo usuário, ouvindo-o, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que permita analisar sua demanda, impondo os limites necessários, garantindo atenção integral e resolutiva, por meio de articulação de redes internas e externas (BRASIL, 2004).

O Acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana empática e respeitosa ao usuário e concomitantemente identificar riscos e vulnerabilidade, eleger prioridades, perceber necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais. Isso possibilita hierarquizar necessidades quanto ao tempo de cuidado, ou seja, diferenciar necessidades mais prementes e menos prementes; distinguir entre necessidades desigualdades e tratá-las conforme suas características (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, vislumbra-se

uma forte potencialidade de se observar essas fragilidades e fraquezas do atendimento, da assistência e do cuidado com conseqüente eleição das ações prioritizadas para serem otimizadas com o tempo oportuno.

Para Ramos e Lima (2003) o acolhimento trata-se de um instrumento que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinadas programas, permitindo alterar o modelo exclusivo de pronto atendimento.

A proposta de acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea, que não impliquem simplesmente em aumentar o acesso a consultas médicas, mas propõe-se a servir de elo entre as necessidades dos usuários e as várias possibilidades do cuidado, incluindo, assim, vários profissionais (GUARDINI, 2002). As ideias são retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado, ampliar a clínica realizada pelos outros profissionais e incluir outras abordagens e explicações possíveis, que não somente as biomédicas, para o processo de adoecimento e demanda (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Assim, fortalecem-se as ações da clínica ampliada, além das práticas de promoção, de prevenção, do ordenamento e da gestão do cuidado em saúde, dentro do território adscrito.

Franco *et al.* (1999) discutem o acolhimento como uma diretriz operacional pautada nos princípios do SUS partindo das seguintes diretrizes:

- Atender todas as pessoas que procuram os serviços, com garantia à universalidade do acesso; dessa forma o serviço assume sua forma e sua função precípua de acesso e acolhimento;
- Buscar a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central, centrado na prática médica, para uma equipe multiprofissional, capaz de produzir escuta qualificada, responsável, resolutiva e com formação de vínculo; assim a consulta médica justifica-se para os casos em que realmente há necessidades;
- Qualificar as relações de trabalho entre profissionais e usuários, sob os parâmetros de humanização, solidariedade e cidadania. Essa é a argamassa capaz de unir trabalhadores e usuários em prol de um interesse comum: um serviço de saúde de qualidade.

O Acolhimento significa a humanização do atendimento, pressupondo garantia de acesso universal dos usuários nos serviços de saúde. Diz respeito a uma escuta qualificada dos seus problemas, visando respostas e corresponsabilizando pela resolução dos mesmos. É mais que uma triagem qualificada ou escuta interessada. Pressupõe um conjunto formado pela escuta, identificação dos problemas e intervenções resolutivas para seu enfretamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde responder à demanda dos usuários, reduzindo a centralidade em torno das consultas médicas e ampliando o potencial dos demais profissionais (SOLLA, 2005).

Daí, portanto, apega-se com uma valorosa ferramenta para o cuidado em saúde que é a comunicação, pois é uma tecnologia fundamental para a prática dos profissionais de saúde quando se relaciona ao processo de humanização da assistência, tanto no contexto direcionado ao paciente quanto à equipe de saúde. A comunicação, além de aproximar, também promove a interação entre cuidador e cuidado, entre usuário, profissional e gestão, permitindo que eles se expressem, que exponham seus sentimentos, suas ânsias, seus desejos, suas sugestões e suas opiniões, realizem seus contatos e possam relacionar-se com o outro de forma a compartilhar conhecimentos. A eficácia da interação entre a gestão, o profissional de saúde e o usuário depende de um meio de comunicação qualificado, o que exige uma linguagem clara, exigindo o desenvolvimento de novas habilidades para a transmissão das ideias. Nesta perspectiva, podem ser adotadas diferentes metodologias e recursos educativos em saúde pública que facilitem a transmissão da mensagem proposta.

Matumoto (1998) afirma que o Acolhimento trata-se de um processo uma vez que deve ser realizado por todos os setores e trabalhadores dos serviços de saúde; não se limita a um discurso verbal, mas sim de uma sequência de atos que se culmina em um processo de trabalho concretizado em ações que respondam às necessidades da população.

Silva Junior e Mascarenhas (2004) identificam quatro dimensões do Acolhimento: acesso-geográfico e organizacional; postura-escuta, atitude profissional/usuário e interação entre a equipe; a técnica, o trabalho em equipe, capacitação de profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas; projeto institucional-supervisão e processos de trabalho.

Para esses autores, Acolhimento como postura pressupõe uma atitude de equipe de saúde que permita receber bem os usuários, escutando de forma adequada e humanizada suas demandas. Dessa maneira, torna-se possível a construção de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários. Nessa dimensão, se situam as relações no interior da própria equipe e entre os níveis de hierarquia na gestão.

Franco *et al.* (1999) corroboram que o acolhimento deve alcançar a dimensão da gestão do processo de trabalho, pois sua implantação só será possível se houver uma gestão participativa, baseada em princípios democráticos e equipe interativa. Esses autores também mencionam que o Acolhimento está baseado em um direito constitucional dos usuários: o acesso. Portanto, a Atenção Primária à Saúde, como porta de entrada da rede de saúde, deve elaborar estratégias, que garantam esse fácil acesso, o qual é um dos motivos que garantem a efetividade e o sucesso da Atenção Primária.

Malta & Merphy (2002) mencionam que o Acolhimento enquanto técnica implica na construção de ferramentas que contribuam para uma escuta e análise, identificando soluções possíveis às demandas apresentadas. A composição da equipe traduziria a incorporação de novos agentes e alterações nos processos de trabalho, relativas às mudanças de como os serviços são organizados.

Conforme Brasil (2004) o Acolhimento é uma maneira de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvir seus pedidos, e pactuar respostas conforme as necessidades identificadas. Considera-se uma tecnologia leve a ser aplicada em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, para dar continuidade a sua assistência, estabelecendo articulações para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Trata-se de uma ação técnica-assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário, passando a reconhecer esse último como sujeito ativo no processo de produção de saúde;

O Acolhimento diz respeito à valorização da singularização e dignidade humana, indo além do cuidado técnico e prescritivo. Este envolve compromisso com o ser humano como um todo, sem distinção de raça, cor, etnia, favorecendo, assim, um vínculo entre o ser cuidador e o ser cuidado. Trata-se de um atendimento diferenciado, focando a dignidade das pessoas em situações de cuidado e atenção, propondo ações que valorizam e qualificam os serviços de saúde (WALDOW, 1998).

Segundo Lina *et al.* (2007) o Acolhimento permite além do empoderamento do usuário pela produção de sua saúde, a responsabilização do profissional pelo estado de saúde do usuário, despertando neste, um sentimento de confiança naquele que lhe presta a assistência.

De acordo com Brasil (2004) o Acolhimento na Atenção à Saúde, constitui-se de um dispositivo na organização dos processos de trabalho, dos serviços de saúde, portanto deve estar relacionado como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto é passível de ser apreendido em diferentes dimensões (relacionais, técnico, clínica, cidadania) e trabalhado em todo e qualquer encontro entre profissionais/usuário, profissional, equipe de saúde/gestão e usuário e sua rede social.

O Acolhimento não se restringe a um espaço ou local, mas uma postura humana. Não pressupõe horário e profissional específico, implica em compartilhar saberes, necessidades, possibilidades, angústias e intervenções. Diferencia-se da triagem, por não constituir uma do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

3.3 O Acolhimento como prática multiprofissional de organização do acesso e da melhoria da qualidade na atenção básica à saúde

Em julho de 2011, foi aprovada a Portaria nº 1600 (BRASIL, 2011), que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (atualmente denominada Rede de Urgência e Emergência – RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com os caminhos apontados pela Portaria nº 4279 (Brasil, 2010). A finalidade descrita para a RUE é articular e integrar todos os equipamentos de saúde, de maneira que se alcance a ampliação e qualificação do acesso aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, garantindo agilidade do atendimento.

Os componentes que constituem a RUE são: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar (PACHECO, 2015).

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (PACHECO, 2015). Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Figura 2 - Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: PACHECO, Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). **Redes de atenção à saúde**: rede de urgência e emergência – RUE. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA - São Luís, 2015.

O objetivo atribuído à AB na rede é a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização, bem como o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento a

outros pontos de atenção, se necessário. Faz-se ressalva sobre a necessidade de implantação do acolhimento com avaliação de risco vulnerabilidades (Brasil, 2013).

A Atenção Básica em Saúde tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Portaria MS/GM nº 2.488/2011).

Neste sentido, Pacheco (2015) aponta que a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. São elas:

- **Ser base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- **Ser resolutiva:** identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- **Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Deve atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos por intermédio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Deve articular também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; e

- **Ordenar as redes:** reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Destaca-se o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Básica pode e deve ter na constituição da RAS, na medida em que se caracteriza pela grande proximidade com o cotidiano da vida das pessoas e dos coletivos em seus territórios.

As equipes da Atenção Básica têm a possibilidade de se vincular, responsabilizar-se e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na cogestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias e linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atender as necessidades de saúde de modo integral (BRASIL, 2013).

Dourado (2013) afirma que no que se refere ao processo de trabalho das equipes com foco na urgência/emergência, os profissionais devem realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidades, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências.

Antes mesmo da publicação da PNAB (2011) outros documentos já anunciavam maiores nuances de articulação da atenção básica para o atendimento às urgências. Pode-se apontar como parte desse processo o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), lançado com aprovação da Portaria nº 1654 (BRASIL, 2013). Trata-se de uma iniciativa federal para instituir processos avaliativos da AB, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, de maneira que permita a criação de um padrão de qualidade comparável nos âmbitos nacional, regional e local.

O fluxograma a seguir (figura 3) busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas UBS, partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato da equipe com o usuário. Para tanto, qualquer profissional da UBS pode estar fazendo o primeiro contato ou a primeira escuta ao usuário. Nas situações em

que avaliação e definição de oferta(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde, seja esta oferta um agendamento, uma orientação ou uma intervenção (BRASIL, 2013). Em parte dos serviços, há um espaço físico especificamente para essa escuta – a sala de acolhimento. Porém, como acolhimento é um espaço-momento de encontro para o reconhecimento de necessidades, ele acontece com ou sem sala específica, em vários lugares e tempos (BRASIL, 2013).

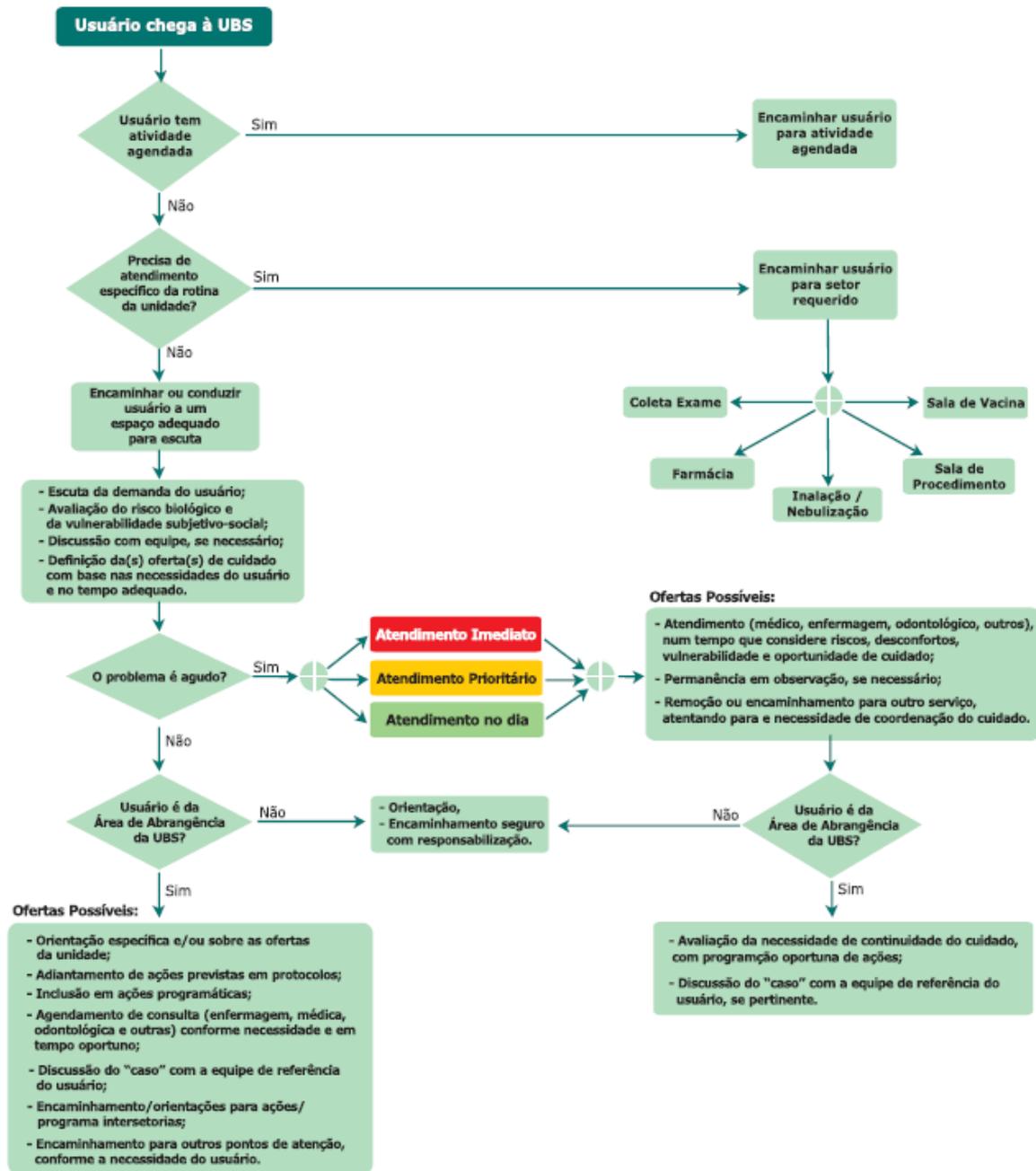
Assim sendo, o ambiente propício para o acolhimento é aquele onde o profissional da saúde e o usuário do serviço se sintam à vontade para realizar a conversa, o diálogo sobre a necessidade do usuário e a oferta do profissional que está acolhendo.

Em síntese, este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2013).

Assim, apresenta-se como uma ferramenta de orientação, uma sugestão de fluxo, nada impedindo que cada unidade de saúde crie o fluxo de demanda da realidade local da área adscrita de atuação. O importante é manter a organização do serviço e da demanda ofertando ao usuário uma postura aberta e acolhedora dentro da Estratégia Saúde da Família ou de qualquer outro serviço de saúde que faça parte da Rede de Atenção à Saúde.

Desse modo, o fluxograma da Figura 3 é uma sugestão do Ministério da Saúde no qual ele apresenta o fluxo da chegada do usuário à unidade de saúde e segue, conforme necessidade, o caminho do atendimento adequado após o acolhimento por meio de uma escuta qualificada, avaliação do risco ou vulnerabilidade com conseqüente encaminhamento conforme oferta de cuidado para a necessidade apresentada.

Figura 3 - Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea



Fonte: BRASIL. **Caderno de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea.** n. 28, Volume I. MS. Brasília: 2013.

Franco, Bueno e Merhy (1999) enfatizam que em todo local onde ocorre um encontro entre trabalhador de saúde e usuário, seja um profissional médico ou o porteiro do serviço, deve-se desenvolver a prática do Acolhimento, a qual segundo os autores trata-se de uma prática clínica, que deve ser realizada por quaisquer que sejam os trabalhadores, visando, assim, a produção de relações de escutas e

responsabilizações, as quais se articulam com as constituições de vínculos e em compromissos de projetos de intervenção.

Entendendo que o acolhimento constitui-se uma prática da Estratégia de Saúde da Família, torna-se relevante que todos os profissionais o realizem, pois acolher, mesmo com aqueles que não lidam cotidianamente com o saber clínico, podem realizar o Acolhimento, ainda que para essa atuação, sejam necessárias discussões com os demais integrantes da equipe a fim de ser definida a melhor conduta para o usuário (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Campos (2003) menciona a importância do Acolhimento que se realiza por todos os profissionais de saúde, uma vez que o trabalho em equipe favorece a contribuição dos diferentes saberes, o que não deve eliminar o caráter particular de cada profissional, ou de cada profissão, de modo a assegurar práticas de saúde à população e realização pessoal dos trabalhadores.

Nenhum profissional detém de todas as ferramentas necessárias para exercer o cuidado; faz-se necessário o trabalho em equipe, afirmam Cavalcante Filho *et al.*(2009). Ceccim (2006) acrescenta que todo profissional, pela sua condição de terapeuta, deve ter com apropriação ou com proximidade entre o valor experimental e o valor verdadeiro, recursos e instrumento de intervenção clínica ou terapêutica, entretanto, estas só podem ser desenvolvidas a perspectivas de compartilhamento de saberes, conhecimentos e apoio matricial.

O Acolhimento resolutivo não se limita apenas na clínica, uma vez que ações de consultas médicas, de enfermagem, de curativos, de orientações, dentre outros baseados na clínica, não são por si só, suficientes para dar todas as respostas às várias dimensões que compõem os problemas e as necessidades de saúde das pessoas, sendo essencial o trabalho envolvendo ações coletivas, que evoquem a intersetorialidade e uma rede de referência e contra referência eficiente (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Silva e Alves (2008) abordam que o acolhimento colabora para a garantia de um atendimento de qualidade e humanizado, facilita a promoção da assistência integral, de forma que cada profissional possua um a visão holística do ser humano a ser assistido. Essa colaboração somente poderá existir se o acolhimento for entendido como um processo de corresponsabilidade de todos os profissionais pela saúde dos usuários, por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional,

qualificada e capacitada para tal, da postura acolhedora de todos e da liberdade para que se estabeleça o vínculo dos usuários com o serviço.

Nos recursos humanos está uma possível solução das maiores questões de saúde. São eles que, sendo capazes de interferir positivamente na modificação das condições de vida e saúde da população e na expectativa de uma sociedade saudável, influirão diretamente na atenção à saúde e na terapêutica prestados no indivíduo e na coletividade. A saúde exige profissionais éticos e responsáveis, na medida em que este passe a reconhecer no usuário um ser repleto de necessidades complexas e nem sempre objetivadas em uma doença (CAMELO *et al.*, 2000).

Brasil (2004) indaga que a aproximação entre usuário e profissional de saúde promove um encontro, um e outro sujeitos dotados de intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional que deve estar capacitado para atender e cuidar da causa da sua fragilidade. Assim, cria-se um vínculo gerando afetiva e eticamente entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Teixeira (2003) sistematiza que o acolhimento e vínculo entre usuários e trabalhadores têm contribuído para desvelar e problematizar e desumanização do atendimento, determinada principalmente pela tecnificação do cuidado à saúde. Com isso, o foco no cliente e a incorporação de alterações substantivas nos processos de trabalho nos serviços de saúde podem questionar aspectos críticos do modelo hegemônico, como a relação médico/paciente ou mesmo os limites dos conhecimentos e tecnologias utilizadas tão intensamente nesse modelo médico cêntrico.

Através do respeito à singularidade humana e diálogo, promovidos pelo acolhimento, os usuários sentem-se seguros no ambiente onde estão inseridos, aceitando com mais facilidades as orientações dos profissionais (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005). Com isso, afirma Sá *et al.* (2007) há uma maior adesão ao tratamento, seja clínico ou não, devido à criação do vínculo.

Oliveira (2008) também admite a importância da intenção entre profissionais de saúde e usuários, para além da atuação técnica, associando aquela à criação e manutenção de vínculos, à adesão aos planos de cuidados e à satisfação dos usuários.

Lima *et al.* (2007) referem que a responsabilização do profissional para com o usuário constitui em um dos elementos que torna o acolhimento efetivo, despertando no usuário um sentimento de confiança em relação ao profissional que lhe acolheu. Esse bom relacionamento, baseado na escuta do usuário acaba por otimizar o processo de assistência, proporcionando aos profissionais conhecerem os seus clientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso.

O acolhimento mesmo de difícil execução ajuda na organização do processo de trabalho e do acesso dos usuários. Produz na equipe uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde dos usuários que vão além da identificação e da classificação das doenças e dos agravos e carências correlacionadas, muitas vezes, imperceptíveis, numa abordagem fria, restrita a sinais e sintomas. Esses, passíveis de serem aliviados por gestos de atenção e respeito, exigem ações que se estendem além dos limites dos serviços de saúde (SOUZA *et al.*, 2008).

Coelho e Jorge (2009) mencionam a importância do estabelecimento de um diálogo entre o trabalhador e o usuário, pois se pode encontrar a solução para muitos problemas de saúde, já que na confiança, no encontro e no desabafo, muitas vezes são encontradas respostas para determinadas dificuldades enfrentadas pelo ser cuidado. Concomitantemente, trabalha-se com o conhecimento popular, o qual nunca deve ser desprezado pelo profissional, mas sim trabalhado junto ao seu saber acadêmico.

3.4 O Programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ-AB)

O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), apresenta-se como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

A Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde criou o PMAQ-AB e instituiu, na nova PNAB, amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – para a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa (BRASIL, 2013).

O instrumento de Avaliação Externa da PMAQ-AB guarda similaridade com o Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), utilizado nos processos de autoavaliação, visando assegurar coerência das informações, uma vez que os resultados foram acompanhados ao longo da implementação de novos ciclos do PMAQ. Estão contemplados, ao longo do instrumento, aspectos importantes das prioridades da Política Nacional de Atenção Básica, tais como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, atenção às doenças crônicas, Programa Saúde na Escola, atenção domiciliar, práticas integrativas e complementares e atenção às doenças negligenciadas.

O “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” procura induzir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais, municipais e das Equipes de Atenção Básica em ofertarem serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. A iniciativa objetiva a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2013).

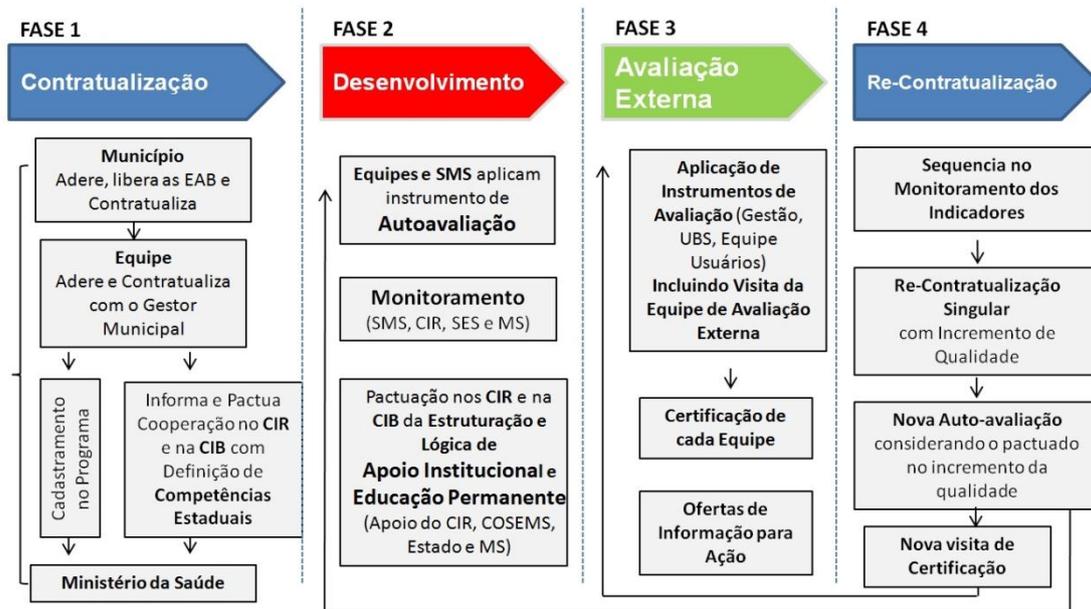
O PMAQ passou a ser um importante elemento, qualitativo e quantitativo, da nova proposta de financiamento da AB e um revelador da nova PNAB (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014), possui, portanto, a capacidade de induzir um movimento de mudança por meio de padrões de qualidade (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

Possui como um de seus principais aspectos, o caráter voluntário de adesão, associado à ideia de que a qualificação do serviço e mudança das práticas só será possível quando trabalhadores, gestores e usuários sintam-se motivados e se percebam como protagonistas para o seu êxito (PINTO, 2014).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização).

Figura 4 - Fases da Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasil

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, 2012.

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2012).

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão realizadas pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional) que deverão ser estruturadas de forma contínua e sistemática (BRASIL, 2012).

A terceira fase consiste na avaliação externa, momento em que será realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ. Esta fase é realizada pelas Instituições de Ensino e Pesquisa (BRASIL, 2012).

A quarta fase é constituída por um processo de repactuação das equipes de Atenção Básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa (BRASIL, 2012).

Espera-se que a autoavaliação funcione como um dispositivo que provoque o coletivo a questionar o instituído e a colocar em análise seu processo, suas relações e suas condições de trabalho, de modo que consiga negociar e planejar maneiras de superar problemas e alcançar objetivos desejados e pactuados (COUTINHO, 2015).

A avaliação externa consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Atenção Básica participantes do programa. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das eAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

Segundo o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o processo de avaliação externa, também, possibilita:

- Reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão;
- Fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores;
- Subsidiar a recontractualização das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades;
- Considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS;
- Conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e

potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis;

- Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal;

Para a realização desse processo, o Ministério da Saúde disponibilizou o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), o qual objetiva abordar múltiplas dimensões que sejam capazes de identificar os problemas que as equipes poderiam apresentar (BRASIL, 2012). Toma-se, assim, a instituição da autoavaliação como um processo permanente a orientar a tomada de decisões, bem como disparadora do processo de reflexão e de constituição do coletivo de mudança (PINTO, 2014).

Ela é feita através de um instrumento de múltiplas dimensões, onde as equipes serão avaliadas considerando elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da AB, a estrutura e condições de funcionamento das unidades, a valorização dos profissionais, o acesso e a qualidade da atenção e organização do processo de trabalho e a utilização, participação e satisfação dos usuários (PINTO, 2014).

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações (BRASIL, 2012):

- **Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.
- **Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- **Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde**, visa à verificação, à satisfação e à percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- **Módulo eletrônico** compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica.

Desta forma, pode-se perceber a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB). Uma das maneiras de organizar esse processo de trabalho seria pela institucionalização do Acolhimento nos serviços, processo esse imprescindível para construção do cuidado integral, pois “amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários” (COUTINHO, 2015).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de abordagem quantitativa, de caráter exploratório, descritivo, documental e retrospectivo. De acordo com Minayo (2015), este tipo de abordagem de pesquisa tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Sua natureza diferencia-se por se referir ao plano da extensividade e às regularidades nos fenômenos. Dessa forma, procurou aprofundar e compreender, em suas múltiplas dimensões, uma realidade específica, a lógica interna que envolve processos históricos, sociais e implementações de políticas públicas e sociais e incorporação de significados.

Nesse sentido é retrospectivo, pois se baseou em dados que foram acumulados antes da concepção da pesquisa, nos anos de 2012 a 2015, por meio de levantamentos que ocorreram no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), em dois ciclos de avaliação, sendo o 1º Ciclo realizado nos anos de 2012 e 2013 e o 2º Ciclo nos anos de 2014 e 2015, com um instrumento de avaliação externa, no qual consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Atenção Básica participantes do programa, buscando reconhecer e valorizar os esforços e os resultados das Equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da atenção (BRASIL, 2013).

É documental, pois recorreu a fontes de dados secundários, constituídas por material já elaborado (GIL, 2008), por meio do instrumento institucionalizado e coletado pelo PMAQ-AB do Ministério da Saúde do Brasil.

Caracteriza-se como exploratório porque teve como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto o qual foi investigado, possibilitando a definição e o delineamento, facilitando a delimitação do tema da pesquisa ou descobrindo um novo tipo de enfoque para o assunto (PRODANOV, 2013).

Segundo Lakatos e Marconi (2007), a pesquisa é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento. Esse procedimento

fornece ao investigador um caminho para o conhecimento da realidade ou de verdades parciais.

A pesquisa científica visa a conhecer cientificamente um ou mais aspectos de determinado assunto. Para tanto, deve ser sistemática, metódica e crítica (PRODANOV, 2013). O conhecimento científico se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica. O método tem uma função fundamental: tornar plausível a abordagem da realidade a partir dos questionamentos feitos pelo investigador (MINAYO, 2015). O produto da pesquisa científica deve contribuir para o avanço do conhecimento humano. Na vida acadêmica, a pesquisa é um exercício que permite despertar o espírito de investigação diante dos trabalhos e problemas sugeridos ou propostos pelos professores e pelos orientadores.

Destacamos que o planejamento de uma pesquisa depende tanto do problema a ser estudado, da natureza e da situação espaço-temporal em que se encontra, quanto da natureza e quanto de nível de conhecimento do pesquisador (KÖCHE, 2007).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada com dados referentes ao município de Forquilha, Ceará, com especificidade na Atenção Primária à Saúde.

Forquilha é um município brasileiro do estado do Ceará. Situado na região Noroeste do estado, compõe um dos municípios da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará. Forquilha era distrito de Sobral, até que no ano 1985 declara emancipação através da Lei Estadual Nº 11.012. O desenvolvimento da cidade se deu com a construção do Açude Público Forquilha de propriedade do DNOCS. Segundo dados do IBGE (2010), possui 23.544 habitantes, sendo 15.694 na sede municipal urbana e 7.850 na zona rural, distribuídos em 4.833 domicílios particulares permanentes urbanos e 1.920 domicílios particulares permanentes rurais.

Toda evolução do município inicia-se no povoado de Campo Novo, transferindo-se para a atual localização do município, devido à construção do açude, pois este em sua primeira sangria alagou o povoado. No entanto, em virtude da escassez de água na região, com a construção de represas, o DNOCS inicia uma grande obra para os padrões da época: a construção do açude Forquilha que viria a

mudar a trajetória da evolução urbana do município. O que levou, em 1929, os moradores do Campo Novo a abandonarem suas residências para deslocarem para as proximidades da barragem construída. Por volta de 1962, outra grande obra era feita em Forquilha, a construção da BR-222. Forquilha que até 1985 era distrito de Sobral, veio a se emancipar em 05 de fevereiro de 1985.

4.2.1 Localização

O Município situa-se na porção noroeste do estado do Ceará, na microrregião de Sobral. Limita-se, ao norte, com o município de Sobral; ao sul com os municípios de Santa Quitéria e Groaíras; ao leste e ao oeste, com o município de Sobral. Sua superfície é de 516,99 km², correspondendo a 0,52% da área do Ceará (IBGE, 2010).

Figura 5 - Localização do município de Forquilha em relação ao Brasil e ao Ceará



Fonte: Wikipédia (2015).

4.2.2 Atenção Primária à Saúde em Forquilha

A rede de Atenção Primária do Município é composta por 09 Equipes da Estratégia Saúde da Família. Na sede do Município estão localizadas 05 Equipes de Saúde da Família, já na zona rural estão localizadas 04 eSF.

Os estabelecimentos de saúde no município de Forquilha são disponibilizados 100% pela esfera municipal, ou seja, sob gerência administrativa do poder público municipal.

Dentre as unidades da rede física pública municipal podemos citar: Centro de Atenção Psicossocial Almir Rufino (CNES 5719593), Centro de Parto Normal Eliézer Ximenes Rodrigues (CNES 559066), Unidade Básica de Saúde do Trapiá (CNES 247842), Unidade Básica de Saúde do Salgado (CNES 2478404), Unidade de Saúde das Cajazeiras (CNES 266434) com unidade de apoio na Cacimbinha, Centro de Saúde de Forquilha (CNES 266435), Centro Integrado da Saúde (CNES 374215), Unidade Básica de Saúde do Alto Alegre (CNES 501379), Unidade Básica de Saúde do Campo Novo (CNES 501382).

Quanto às Unidades Básicas de Saúde, estas possuem uma a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS, onde a comunidade local consegue resolver a maioria dos problemas de saúde. Cada UBS é responsável pela saúde de todos os habitantes de um determinado território da cidade, chamada de área de abrangência. Todo planejamento das ações de saúde da unidade é voltado para esta comunidade.

No Centro Integrado da Saúde está em pleno funcionamento uma Equipe da Estratégia Saúde da Família (eSF 2), o setor administrativo da própria Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Ouvidoria da Saúde, Centro de processamento de dados e informática da saúde, Central de marcação de consultas municipal, Assistência Farmacêutica e Farmácia Municipal, laboratório de análise clínica, Fisioterapia, Centro de Especialidades Odontológicas, Controle de Endemias, Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica e Almoxarifado.

No Centro de Saúde estão duas equipes da ESF. No Centro de Parto Normal também são executadas atividades de Pronto Atendimento, existindo nessa unidade de saúde um ponto de apoio para observação de pacientes atendidos com cuidados de urgência e emergência e cuidados de estabilização de paciente enquanto aguarda transferência para unidade hospitalar em município vizinho, visto a inexistência de hospital no município.

A Atenção Básica envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Ela é a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde- SUS, garantindo assim o seu acesso e os princípios de

universalidade, integralidade e equidade da atenção. A missão da Unidade Básica de Saúde (UBS), independentemente da estratégia de sua organização, é desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de modo a intervir no processo de saúde/doença da população respeitando os princípios de integralidade, equidade e universalidade, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida.

4.3 Método de processamento e análise de dados

Segundo Lakatos e Marconi (2007, p. 157), a pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Significa muito mais do que apenas procurar a verdade, mas descobrir respostas para perguntas ou soluções para os problemas levantados através do emprego de métodos científicos.

Para Gil (2008), a pesquisa tem um caráter pragmático, é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos.”

Como fonte de dados, utilizaram-se dados secundários dos resultados oriundos do primeiro e do segundo Ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado com as UBS e eAB que fizeram adesão ao Programa, e com usuários do sistema de saúde da Atenção Primária do município de Forquilha, Ceará, os quais participaram, voluntariamente, da entrevista. Assim sendo, aderiram ao PMAQ-AB, no 1º Ciclo, 06 equipes e, no 2º Ciclo 08 equipes da Atenção Básica. Para tanto, foi utilizado um recorte dos dados do instrumento de Avaliação Externa, considerando apenas os quesitos relacionados ao Acolhimento, utilizando-se o Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica, o qual objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários e o Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, que visa a verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao acesso e à utilização (BRASIL, 2013).

Para o 1º Ciclo, o recorte específico para a abordagem do Acolhimento, no Módulo II, encontra-se no sub-item 15 (Acolhimento à demanda espontânea),

com 21 números (quesitos) de padrões de qualidade e no Módulo III, encontram-se no sub-item 7 (Acolhimento à demanda espontânea), com 13 números (quesitos) de padrões de qualidade e no sub-item 12 (Acolhimento específico à gestante), com 6 números (quesitos) de padrões de qualidade.

Para o 2º Ciclo, o recorte específico para a abordagem do Acolhimento, no Módulo II, encontra-se no sub-item 12 (Acolhimento à demanda espontânea), com 21 números (quesitos) de padrões de qualidade e no Módulo III, encontram-se no sub-item 7 (Acolhimento à demanda espontânea), com 9 números (quesitos) de padrões de qualidade e no sub-item 14 (Acolhimento específico à gestante), com 6 números (quesitos) de padrões de qualidade.

Entretanto, como há diferenças entre os números de padrões de qualidade para os dois módulos e respectivos sub-itens, serão considerados para análise apenas os padrões de qualidades em comum nos dois Ciclos e que estiverem intimamente relacionados com os objetivos do estudo, contemplando informações pertinentes ao objeto de estudo, quais sejam: - o processo de acolhimento com avaliação/classificação de risco e vulnerabilidade - por meio das seguintes temáticas: 1 Acesso; 2 Redes Integradas; 3 Modelo assistencial; 4 Protocolos e critérios de risco e vulnerabilidade e 5 Organização do trabalho.

	Temática	1º Ciclo			2º Ciclo		
		Sub-Item	Quesitos	Qde	Sub-Item	Quesitos	Qde
Módulo II	Acolhimento à demanda espontânea	II.15	II.15.1 ao II.15.21	24	II.12	II.12.1 ao II.12.21	21
Módulo III	Acolhimento à demanda espontânea	III.7	III.7.1 ao III.7.13	12	III.7	III.7.1 ao III.7.9	09
	Acolhimento específico à gestante	III.12	III.12.1 ao III.12.6	06	III.14	III.14.1 ao III.14.6	06

Fonte:Primária.

Os dados foram compilados em planilhas do software Excel e analisados com apoio do software R versão 3.2. Os dados estão descritos por frequências absolutas e percentuais. O teste exato de Fisher foi aplicado para comparar variáveis similares obtidos nos dois ciclos do PMAQ tanto para profissionais quanto para usuários dos serviços de saúde. Quando as variáveis apresentavam mais de duas categorias a comparação, esta foi realizada utilizando o teste de Fisher – Freeman – Halton, visto que se constitui de amostras pequenas (VIEIRA, 2011). Para a análise inferencial, adotou-se um nível de significância de 5%. Usamos esse valor para determinar, no estudo em particular, se havia diferença de proporção entre os dois ciclos para aquelas variáveis que eram similares. Assim, para o estudo, valores p menores que 0,05 indicam que existe diferença estatisticamente significativa entre as proporções observadas nos dois ciclos.

Os resultados foram apresentados em tabelas ou em gráficos, considerando a proporção do evento encontrado para o município de Forquilha, Ceará, procedendo-se às análises descritivas, com a devida verificação da distribuição de cada variável e avaliando sua amplitude e consistência.

4.4 Considerações e aspectos éticos do estudo

Foi solicitada à representante da Pasta da Saúde do município de Forquilha, Ceará, a autorização para acesso aos dados do PMAQ-AB do município, para tanto requerido com pronto atendimento através do deferimento do Termo para realização da Pesquisa com respectiva assinatura da secretária municipal de saúde de Forquilha (Anexo A). Além disso, foi solicitado o recorte do banco de dados referente apenas ao acolhimento à demanda bem como foi encaminhado à Coordenação Estadual do PMAQ-AB no Ceará o Termo de Confidencialidade (Apêndice A), constando de esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para fornecimento de informações necessárias e autorização para acesso aos dados do estudo, bem como foram assegurados, também, o sigilo das informações e a privacidade dos sujeitos, de forma a proteger-lhes a imagem, evitando qualquer prejuízo. Dessa forma, serão respeitados os preceitos legais e éticos que devem ser seguidos nas investigações envolvendo seres humanos.

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, esta pesquisa está pautada e fundamentada na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de

Saúde (CNS) e foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP/UVA), sendo aprovada sob o Parecer nº 1.474.581 (Anexo F).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Departamento da Atenção Básica à Saúde, órgão diretamente ligado ao Ministério da Saúde do Brasil, afirma que, no contexto do conjunto de ações e programas que conformam a nova PNAB, chamada pelo nome de 'Saúde Mais Perto de Você', o PMAQ-AB é a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2013). A aposta é na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a Atenção Básica (AB) e as potencialidades locais.

O PMAQ-AB é, também, um processo de avaliação do grau de implantação de diversas ações propostas por ele próprio e por programas de tantas outras áreas que integram a Política Nacional de Saúde (PNS). Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012), o PMAQ-AB induz, avalia e acompanha a implantação e o desenvolvimento, ao mesmo tempo, de diversas outras ações que compõem a PNAB, exatamente as mais estratégicas, que, por esse motivo, foram priorizadas no programa. Isso se dá, justamente, por combinar, num desenho cíclico e continuado, ações de autoavaliação, monitoramento de indicadores e avaliação de processos implantados e resultados alcançados (BRASIL, 2013).

Assim, além de uma ferramenta de avaliação, o PMAQ se apresenta como um instrumento para uma análise crítica e situacional, com base no olhar de profissionais e usuários, a fim de que possam ser tomadas, através da gestão municipal, as bases para a promoção de políticas públicas municipais voltadas para a população sob a perspectiva colaborativa de cogestão.

Com a nova Política Nacional de Atenção Básica, a partir de 2011, toda essa perspectiva assistencial é mantida e até reforçada. De fato, as experiências internacionais têm demonstrado que a organização das Redes de Atenção à Saúde, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, apresenta-se como um mecanismo de alto impacto e muito mais eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário caracterizado por superdemandas assistenciais (PACHECO, 2015).

5.1 Dados relativos aos profissionais da atenção primária nos dois ciclos da PMAQ

Tabela 1 - Comparação dos dados dos profissionais de saúde relativos à institucionalização do Acolhimento nas UBS nos Ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará

Variáveis	Ciclo I		Ciclo II		Valor p
	n	%	n	%	
1. Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?					
Sim	5	83,3	8	100,0	0,429
Não	1	16,7	0	0,0	
2. Em quais turnos é feito o acolhimento?					
2.1. Manhã					
Sim	5	100,0	8	100,0	1,000
Não	0	0,0	0	0,0	
2.2. Tarde					
Sim	3	60,0	4	50,0	1,000
Não	2	40,0	4	50,0	
2.3. Noite					
Sim	0	0,0	0	0,0	1,000
Não	5	100,0	8	100,0	
3. Com que frequência acontece?					
Dois dias por semana	1	20,0	1	12,5	1,000
Três dias por semana	1	20,0	3	37,5	
Quatro dias por semana	1	20,0	1	12,5	
Cinco dias por semana	2	40,0	3	37,5	
4. A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência?					
Sim	1	20,0	5	62,5	0,266
Não	4	80,0	3	37,5	
5. O protocolo de acolhimento à demanda espontânea considera queixas mais frequentes, problemas por ciclos, etc?					
Sim	1	20,0	5	62,5	0,266
Não	4	80,0	3	37,5	

Fonte: Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. I Ciclo, 2011-2012; II Ciclo, 2013-2014.

A tabela de número 1 mostra a comparação entre os dados referentes aos profissionais de saúde nos dois Ciclos do PMAQ do município de Forquilha – CE, entre os anos de 2011 a 2014. Quanto à implantação do Acolhimento, verifica-se que se tornou uma realidade no município com 100% de adesão a partir do 2º Ciclo, visto que, ainda no 1º Ciclo, apenas 83,3% das UBS haviam implantado o Acolhimento, conforme os profissionais de saúde entrevistados no momento da Avaliação Externa do PMAQ.

No entanto, quando se refere aos turnos em que o Acolhimento é realizado, permaneceu a unanimidade de 100%, em ambos os Ciclos, mas com uma queda de 10% no turno da tarde referente ao 2º Ciclo (50%) em relação ao 1º Ciclo (60%). As UBS não atendem no período noturno, portanto, não havendo acolhimento nesse turno.

Já em relação à frequência com que esse Acolhimento ocorre, verificou-se uma sensível queda, na qual era realizado, na maior parcela, de 40%, durante os cinco dias por semana no 1º Ciclo, passando a igual frequência de 37,5%, entre três dias e cinco dias por semana no 2º Ciclo.

Nessa perspectiva, sob a ótica dos profissionais do município de Forquilha, Ceará, o trabalho na Estratégia Saúde da Família está em conformidade com o que preceitua a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que ela estabelece o acolhimento como um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde (BRASIL, 2013). Essa política se propõe a fomentar princípios e procedimentos no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Um dos dispositivos da política é o acolhimento, que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas (BREHMER E VERDI, 2010). A PNH integra o acolhimento às práticas das ações em saúde. Essa prática, como estratégia, foi implementada desde as primeiras propostas de reorientação da atenção à saúde, constituindo-se numa diretriz do novo modelo técnico-assistencial.

Assim, o acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário. Pode-se compreender o acolhimento, simultaneamente, como uma diretriz e uma estratégia (BRASIL, 2013). Essa prática nos serviços de saúde de Forquilha e do

Brasil denota a reorganização do trabalho e a postura diante da atenção às necessidades dos usuários. A articulação dessas perspectivas traduz as intenções de um atendimento com garantia do direito de acesso aos serviços e da humanização das relações estabelecidas no cotidiano das instituições. Como dispositivo de uma política de humanização dos serviços de saúde, o acolhimento traduz a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, considerando-o como sujeito histórico, social e cultural (BRASIL, 2012). Portanto, essa estratégia pretende ultrapassar os limites técnico-operacionais de uma atividade programada e respeitar as esferas dos valores éticos.

Quanto à existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência, observou-se, no estudo, um grande avanço entre os dois ciclos, sendo uma evolução de 20% de protocolos com definição das referidas diretrizes no 1º Ciclo para 62,5% no 2º Ciclo. Ainda sobre o protocolo de Acolhimento, observou-se que houve aumento de 20%, no 1º Ciclo, para 62,5%, no 2º Ciclo no que se refere à consideração de queixas mais frequentes dos usuários bem como problemas por ciclos de vida.

A Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, busca romper com modelos rígidos e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial (BRASIL, 2013). Dessa forma, permite a imersão de novos cenários, com maior participação efetiva de sujeitos e de linguagens no âmbito da atenção à saúde com potencialidade de novos olhares a partir de potenciais para reconstrução e reconsolidação das práticas em saúde. A partir do momento em que a equipe de Saúde da Família se guia por um protocolo tendo como base as diretrizes terapêuticas para o acolhimento de forma bem estruturada e bem definida, com a sensibilidade para a consideração de ouvir as queixas mais frequentes do usuário, observa-se que, além de uma procura por uma adequabilidade técnica na assistência se consolida, verifica-se também uma melhoria do cuidado voltada para práticas de humanização em saúde.

O acolhimento deve ser traduzido como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam, um atendimento humanizado, fundamental como parte do processo de criação do vínculo e do processo terapêutico que deve visar a autonomização do usuário (FRANCO e MERHY, 2011).

Para humanizar a relação entre trabalhador e usuário, nos serviços de saúde, não basta restringir-se a escuta e ao respeito, é preciso ultrapassar essa visão afetuosa do relacionamento, a partir da construção de um processo de gestão do trabalho pautado na autogestão e na responsabilização do trabalhador de saúde com seu objeto de trabalho, a vida e o sofrimento das pessoas e da coletividade (FRANCO e MERHY, 2011). Assim, o processo de acolhimento e classificação de risco encontra-se permeado por variadas possibilidades.

A humanização pode ser compreendida em diferentes concepções. Uma delas é caracterizada pela concepção humanística que é representada pelo “amor, cuidado, respeito, dignidade, atenção, carinho, ser humano e igualdade”, que se encontram associada a uma conduta que se volta para a qualificação do atendimento evidenciada pelo “acolhimento, atendimento bom, melhoria, organização”. (ANDRADE, ARTMANN e TRINDADE, 2011). A humanização enquanto tecnologia indispensável e organizadora do processo de trabalho é demonstrada pelo “atendimento, empatia, escuta, paciência e solidariedade”, e “organização, prioridade, direcionamento, encaminhamento” revelados por seus resultados positivos a “qualidade, resolutividade” a “satisfação e melhoria”. Essas duas concepções se completam, sendo assim, são indispensáveis à humanização na produção do cuidado em saúde (ANDRADE, ARTMANN e TRINDADE, 2011).

Ressalva-se que a humanização nas unidades de emergência é uma das áreas mais problemáticas do SUS, por estar inserida em um contexto crítico de grande complexidade e que precisa reassumir a nível brasileiro um atendimento mais humano centralizado na dignidade das pessoas nas situações de cuidado e de atenção, sendo indispensável à realização de uma leitura das necessidades pessoais e sociais do usuário para a concretização de ações humanizadas (BARBOSA, 2011).

É necessário acolher todos os indivíduos que procuram o serviço de urgência e emergência assegurando a escuta de suas necessidades e assim o profissional responsabiliza-se por elas, a partir daí, buscar resolução dos problemas que seja dentro do próprio serviço ou na rede dos serviços de saúde o qual faz parte (ZANELATTO e PAI, 2010).

Conforme aponta Oliveira *et al* (2012) e tendo em vista a preocupação diante das políticas voltadas para a humanização dos serviços de saúde e visando a um atendimento mais qualificado e direcionado às necessidades da clientela, foi

introduzido o “Acolhimento”, com o intuito de aproximar usuários dos serviços de saúde e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Ele propicia a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde. Assim, responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária. A discussão sobre acolhimento nas unidades levanta questões relativas à qualidade do acesso e da recepção dos usuários.

Nessas perspectivas, o cuidado deve considerar os princípios da integralidade, da longitudinalidade, do primeiro contato, da coordenação, da continuidade, da responsabilidade, da humanização, do vínculo, da equidade, da participação social, da acessibilidade, da orientação familiar e da orientação comunitária, por intermédio das funções essenciais da resolução, da organização e da responsabilização com um foco especial no acolhimento do usuário como protagonista, bem como da família e da comunidade, estabelecendo um elo entre gestão, profissionais e usuário (AYRES, 2005). Pressupõem ainda a presença ativa do outro e as interações subjetivas, ricas e dinâmicas, exigindo ampliação dos horizontes da racionalidade que orienta tecnologias e agentes das práticas.

Com isso, o acolhimento com avaliação e classificação de risco caracteriza-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, porque ocorre a partir da análise, da problematização e da proposição da própria equipe, que se integra como sujeito do seu processo de trabalho (BRASIL, 2013). Encontramos no estudo, conforme Tabela 1, item 4, onde se consolida, dentro da equipe entrevistada (20% no Ciclo I para 62,5% no Ciclo II), a instrumentalização de protocolos de classificação de risco e vulnerabilidade e o referencial do Acolhimento.

O termo humanização na saúde passou a ser representado pela palavra “Acolhimento” consistindo assim, em uma ferramenta para lidar com os problemas da qualidade do acesso e da recepção dos usuários no serviço de saúde. Logo, humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS funciona como intermédio para qualificação das práticas do cuidado em saúde (BARBOSA, 2011; ANDRADE, ARTMANN e TRINDADE, 2011). Assim como nesse estudo, Gonçalves (2012), em sua pesquisa, ressalta que a implantação do acolhimento e da classificação de risco

são de suma importância para nortear o fluxo do usuário na rede assistencial, e destacam esses dispositivos como viabilizadores de um atendimento mais rápido aos pacientes graves; de uma humanização da assistência que perpassa pelo acolher, pelo escutar e pelo dialogar; da oportunidade de realizar a educação em saúde, ou seja, exatamente as três possibilidades que os sujeitos dessa pesquisa utilizam-se para atribuir importância a implantação do acolhimento e da classificação de risco.

O fato de esses sujeitos afirmarem a importância da implantação do acolhimento e da classificação de risco está atrelado às possibilidades de qualificação da assistência nos serviços de urgência e emergência que esses dispositivos tendem a proporcionar. Godoy (2010) menciona o acolhimento com avaliação e classificação de risco como “luz” para as dificuldades e os problemas existentes nos serviços de urgência e emergência e como possibilitadores de reflexão profissional sobre as suas ações, gerando novas alternativas e possibilidades na prática, colaborando desta forma, para uma melhoria da qualidade da assistência aos usuários. Dessa forma, diante dessas considerações, nota-se que é preciso discutir a melhor forma de estabelecer um fluxo de atendimento resolutivo, de modo que se mantenha o foco nas necessidades do usuário e, ao mesmo tempo, contemple a realidade administrativa de cada instituição (BELLUCCI JÚNIOR e MATSUDA, 2012).

Gráfico 1 - Capacitação de profissionais que fazem o acolhimento para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, nos Ciclos I e II do PMAQ no Município de Forquilha, Ceará.



Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. I Ciclo, 2011-2012; II Ciclo, 2013-2014.

O gráfico 1 compara os dados dos profissionais de saúde relativos à capacitação de profissionais que fazem o acolhimento para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, para os Ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha. Em primeira análise desse gráfico, verificou-se que houve uma melhoria na capacitação dos profissionais em avaliação e em classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, sendo essa melhoria de 80% no Ciclo I para 87,5% no Ciclo II.

A prática do cotidiano profissional, no contexto do processo de trabalho em saúde, é percebida pelo trabalhador na valoração daquilo que lhe pertence, ressignificando as necessidades enquanto ambiente de trabalho, direcionando o trabalhador da saúde a um nível de evolução no ambiente laboral, permitindo confiabilidade no exercício do trabalho bem como respeito e segurança. Assim, faz-se necessário a constante educação na saúde para o empoderamento do profissional. Logo, uma alternativa sensata é a capacitação de profissionais para a fluidez e para o equilíbrio do trabalho. Tesser e Campos (2012) ressaltam o desafio de promover a educação permanente nos espaços de trabalho, estimulando a conscientização dos profissionais sobre o seu contexto, dada a responsabilidade deles no processo permanente de capacitação.

Ribeiro e Motta (2015) enfatizam a importância de se considerar que os profissionais de saúde possuem visões diferentes sobre seu trabalho e a forma de entender os processos de capacitação, sendo necessário compreender as frustrações desses profissionais e, assim, propor estratégias para superarem esses obstáculos, para que seja possível realizar a educação permanente como um método de mudança no processo de trabalho. Os achados corroboram com a ideia dos autores que destacam a importância dessa articulação, introduzindo o conceito de quadrilátero da formação: ensino-gestão-atenção-controle social, destacando que uma proposta de ação estratégica de transformação da organização dos serviços e dos processos formativos, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas envolvem articulações entre o sistema de saúde e as instituições de ensino (CECIM, FEUERWERKER, 2014).

Assim, articulação ensino-serviço possibilita a reflexão sobre a realidade da assistência, a transformação das práticas profissionais e a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente. Montanha e Peduzzi (2010) verificaram que os profissionais de saúde reconhecem a importância da capacitação

como uma forma de aprimorar o saber técnico-científico e permitir a reflexão crítica sobre o trabalho realizado, além de consideram que a capacitação propicia a sensibilização do trabalhador aprimorando a qualidade da assistência prestada aos usuários.

De certa forma, podemos entender que a lógica orientadora da atual produção de saúde na rede básica é devedora do modelo hegemônico e de forma organizativa pautada na estrutura funcionalista a qual deriva de uma interpretação política onde os problemas que emergem do processo de trabalho do campo da saúde ou do processo saúde/doença são inequivocamente multicausais, mas com preponderância biomédica. A capacitação dos profissionais de saúde no acolhimento à demanda espontânea bem como na classificação de risco e vulnerabilidade na Atenção Primária visa ao fortalecimento da equipe e corresponsabiliza cada profissional pelo bem-estar da coletividade.

Assim, a organização do processo de trabalho que busque a ruptura com dinâmica médico centrada, do modelo hegemônico de organização e forma de trabalho da equipe requer mudanças nos microprocessos de trabalho em saúde.

Ações que, segundo Franco e Merhy (2012), sejam localizadas sobre o trabalho vivo em ato, como componente orgânico e instituinte, em que a escuta qualificada, a criação de espaço para acolhimento e o estabelecimento de vínculo dão o contorno e a forma para a afirmação de processos de trabalhos distintos e com potência de desestabilizar o alto grau de normatização das práticas presentes na ESF.

Por outro lado, a dinâmica gerencial de um serviço de saúde desvenda o exercício realizado pelos trabalhadores do seu espaço próprio de gestão do trabalho. Uma revelação que articula assistência com a presença de espaços coletivos e públicos nos quais os distintos trabalhos se encontram (XIMENES NETO e SAMPAIO, 2012). Segundo Franco e Merhy (2012), formando linhas de uma dinâmica intensa de fluxos que percorrem todo o sistema, a partir da lógica de satisfação de necessidades, sejam estas de usuários finais ou intermediários da própria lógica de organização. Torna-se, então, um desafio a possibilidade de se capacitar profissionais bem como pensar e estudar modelos organizacionais e perfis de trabalhadores que possibilitem atuar no interior dos sistemas de saúde e nos seus microprocessos decisórios, em particular no campo da gestão do trabalho em

saúde, da produção do cuidado, como lugar onde há espaço para a resolubilidade das ações em saúde.

É necessário, durante os processos de capacitação e educação em saúde e educação na saúde, um tipo de gerência que não faça o profissional se desinteressar pelo ato cuidador. Um profissional de saúde que trabalhe de forma mecânica tende a não se interessar pela promoção, prevenção e cuidado em saúde e que será cumprido à custa de vigilância controladora ou estímulos econômicos, não se garantirá atenção à saúde de qualidade a partir desses instrumentos de gestão (XIMENES NETO e SAMPAIO, 2012). Isso está intimamente ligado ao processo formador do profissional que executará as ações que o Acolhimento exige.

A questão da autonomia dos trabalhadores de saúde é necessária, já que lidar com a saúde das pessoas é lidar com algo inesperado. O trabalhador da saúde necessita de criatividade e de um alto grau de autonomia para improvisar, ter iniciativa e poder exercer um trabalho eficaz dentro da saúde (XIMENES NETO et al., 2009).

Dessa forma, o trabalho aparece como sendo a base das relações entre os homens. Como o trabalho, enquanto processo de produção da existência humana, caracteriza-se por seu aspecto social, há um rompimento com o paradigma do homem como ser apenas natural, o homem é então entendido como um ser que se constrói inserido em um processo social dentro de uma comunicação com a natureza.

O ser social passa a ser concebido como dotado de estruturas e dinâmicas próprias, estando ligado à natureza, contudo diferenciando-se da mesma, pois sua parte natural é então entendida em uma medida orgânica. Dentro da dialética homem/natureza, o ser humano diferencia-se da mesma cumulando saberes que por sua vez retroalimentarão esse processo dialético, que a partir de necessidades materiais que surgirem levará sempre a novos desdobramentos (SKALINSKI e PRAXEDES, 2003). Ou seja, esse materialismo dialético, toma como dado primário o mundo material sendo a consciência um desdobramento, um reflexo desse no homem. Privilegia dessa forma, o movimento, o constante devir do social em função da tensão gerada pelas novas demandas materiais e pela luta de classes. Essa diferenciação entre ser natural e social, teve como importante consequência o declínio dos processos de analogia direta entre os conhecimentos acerca da natureza e os que se referiam ao homem (SIMÕES, 2014).

Partindo do pressuposto que o processo de trabalho em saúde não estuda apenas uma conjuntura particular do trabalho individual, mas na coletividade, em uma forma de organização social, a definição de um objeto de estudo de caráter social que determine causalidade requer o entendimento das relações do grupo escolhido com outros grupos da sociedade e a compreensão da dimensão dessas relações enquanto fenômenos sociais, inseridas em um contexto muito mais amplo.

Tabela 2 - Comparação dos dados dos profissionais de saúde relativos à dinâmica da Equipe da AB frente ao Acolhimento nos Ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará

Variáveis	Ciclo I		Ciclo II		Valor p
	n	%	n	%	
1. A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?					
Sim	5	100,0	7	87,5	1,000
Não	0	0,0	1	12,5	
2. Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia?					
Sim	6	100,0	6	75,0	0,472
Não	0	0,0	2	25,0	
3. A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário?					
Sim	4	66,7	8	100,0	0,165
Não	2	33,3	0	0,0	
4. Qual serviço?					
Ambulância do serviço móvel próprio	0	0,0	7	80,0	<0,001
Outros	0	0,0	1	20,0	
Não informado	5	100,0	0	0,0	

Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. I Ciclo, 2011-2012; II Ciclo, 2013-2014.

A Tabela 2 compara os dados dos profissionais de saúde relativos à dinâmica da Equipe da AB frente ao Acolhimento nos Ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha. Em primeira análise dessa tabela, confrontando-a com os resultados do gráfico 1, verificou-se que houve uma melhoria na capacitação dos profissionais em avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, todavia, mesmo com melhoria na capacitação, observou-se uma diminuição na

realização do Acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários entre os ciclos, redução essa de 100% no Ciclo I para 87,5% no Ciclo II.

Tal dado expressa atenção para possível limitação do potencial do Acolhimento como mecanismo de acesso com equidade, pois indica que parcela significativa das equipes da Atenção Básica apresenta reduzida capacidade de identificação das diferentes gradações de risco e das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários (ALBUQUERQUE, LYRA, FARIAS, MENDES e MARTELLI, 2014).

Isso tem implicações no acolhimento implantado, uma vez que dificulta a revisão do conjunto das ações ofertadas pelos serviços segundo as demandas ou necessidades apresentadas pelos usuários. A esse respeito, Solla (2005) considera que o Acolhimento deve procurar romper a lógica hegemônica das agendas fechadas e pré-definidas e buscar redirecionar a demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço, influenciando na oferta programada, ou seja, planejando-a sempre que necessário.

E como afirmam Tesser e Campos (2010), o Acolhimento impõe avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais que precisam ser consideradas. Isso permite, em tese, hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar necessidades mais prementes das menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características.

Segundo apresenta Brasil (2009), a classificação ocorre através de protocolos, instrumentos que sistematizam a avaliação e oferecem respaldo legal para a atuação segura. Considerando a importância desses mecanismos para qualificação da assistência nas portas de urgências e emergências, na perspectiva da Atenção Primária em Saúde, tornam-se passíveis de investigação por alguns motivos: primeiro, porque não são mecanismos de fácil execução, pois se encontram envolvidos por uma gama de contextos, dos quais irão submergir alguns limites e também possibilidades; outro fator é quando se conceitua “a classificação de risco, como qualquer processo novo, necessita de ajustes” (BEATO *et al.*, 2011).

Dessa forma, reconhece-se como sendo primordial o conhecimento sobre o acolhimento e a classificação de risco e vulnerabilidade, pois segundo as atividades executadas pelo profissional de saúde na triagem/classificação de risco, evidenciam a avaliação do usuário e a tomada de decisão, definindo a classificação

e priorização do atendimento no serviço de urgência, dentro da Atenção Primária em Saúde, conforme a gravidade. Com isso, o profissional de saúde controla o fluxo de oferta e demanda dos usuários nos serviços de urgência, cooperando para a diminuição da morbimortalidade (ACOSTA, DURO e LIMA, 2012). Estes recursos atribuem-se ao diálogo entre o trabalhador e o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as situações organizacionais e as atribuições do trabalhador que podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a sua satisfação (OLIVEIRA e SOUZA, 2012).

Sendo assim, o saber construído e adquirido pelo próprio profissional da área da saúde e o protocolo de classificação de risco e vulnerabilidade podem ser comparadas às tecnologias leve-duras que são apresentadas através da manipulação de equipamentos e saberes tecnológicos para sua utilização; e as leves, são identificadas nas relações que podem causar mudanças importantes na maneira de se trabalhar em saúde e significativos interrogadores dos espaços diante do trabalho em saúde e no usuário sob a ótica com o compromisso com a vida, através de atitudes como acolhimento, a criação de vínculo, a elaboração da resolutividade e a geração de maiores valores de autonomia, e na forma do convívio entre as pessoas (MERHY, 1997; OLIVEIRA e SOUZA, 2012).

Significativa redução também se verificou quanto à reserva de vaga para atendimento no mesmo dia, caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, com percepção de redução de 100% no Ciclo I para 75% no Ciclo II.

Conforme defendem Pinto, Sousa e Ferla (2014), orientar a estrutura e o funcionamento do serviço e o processo de trabalho das eSF em função das necessidades dos usuários é uma importante e generosa diretriz estratégica. O papel do PMAQ-AB na operacionalização dessa diretriz e no acompanhamento de sua evolução, relacionando ação e efeito, é, certamente, uma das mais importantes funções que cumpre na nova PNAB.

Assim, além de revelar seus objetivos num quadro que permite a construção de uma certa situação desejada, com conteúdos, com significados e com sentido da mudança, ainda que em movimento permanente, ele aponta também os atores 'eleitos' como portadores de capacidade de mudança, pois o PMAQ-AB aposta fortemente na mobilização dos sujeitos locais e no desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão que impulsiona a ação local

permanentemente para a mudança, buscando induzir a atuação de um coletivo que, mobilizado pela participação no programa, tenha capacidade de gerir a mudança e de mantê-la sempre ativa e com novos desafios e tarefas (BRASIL, 2011).

Quanto ao apoio de transporte sanitário, com serviço de remoção de usuário na UBS, verificou-se uma melhoria de 66,7% no Ciclo I para 100% no Ciclo II. Quanto ao serviço utilizado para essa remoção, não houve informação no Ciclo I, porém foi apontado a ambulância do serviço móvel próprio (80%) e outros serviços (20%) para o Ciclo II.

A organização da ESF para o transporte sanitário parece refletir a prioridade dada na realização dessa atividade em consonância com o preconizado na PNAB (BRASIL, 2012), no qual o transporte do paciente, quando necessário, constitui um importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional, o usuário e a família (PEREIRA, 2010).

O profissional de saúde que deparar com uma situação de urgência deverá, o mais precocemente, avaliar o paciente, realizar manobras para sobrevivência e prepará-lo para o transporte. Ainda é responsabilidade do profissional transportar o paciente para o ponto de atenção mais adequado para atender à sua necessidade, pois o fator mais crítico para a sobrevivência de qualquer paciente é a demora entre o incidente ou situação de urgência e o tratamento definitivo. Para o atendimento eficiente e resolutivo, além dos protocolos é importante a disponibilização, em espaço adequado, de equipamentos e dos medicamentos essenciais para cada tipo de situação (MELO, 2011).

A dinâmica sistemática do Acolhimento com classificação de Rrsco e vulnerabilidade na Atenção Primária à Saúde possibilita despertar mecanismos de reflexão e aprendizado tanto institucional quanto profissional, de modo a reestruturar as práticas de assistência à saúde e renovar a construção de sentidos, valores e juízos, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois, de fato e de direito, é um trabalho coletivo e cooperativo, é um fazer conjunto entre usuários, profissionais e gestão em saúde. Além disso, a partir do Acolhimento, vislumbra-se uma ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos e vulnerabilidades, os quais consideram a complexidade dos processos

saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o possível número de casos de agravos evitáveis.

Tabela 3 - Comparação dos dados dos profissionais de saúde relativos ao fator tempo para resolução de demandas no Acolhimento nos Ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará

Variáveis	Ciclo I		Ciclo II		Valor p
	n	%	n	%	
1. Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/ acolhimento?					
5 minutos	2	33,3	0	0,0	0,300
10 minutos	2	33,3	4	50,0	
15 minutos	1	16,7	0	0	
20 minutos	1	16,7	3	37,5	
30 minutos	0	0,0	1	12,5	
2. A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento?					
Sim	3	60,0	3	37,5	0,592
Não	2	40,0	5	62,5	
3. Quanto tempo ele normalmente espera por esta consulta? (Dias)					
1	2	40,0	1	33,3	1,000
2	1	20,0	0	0,0	
3	1	20,0	0	0,0	
4	0	0,0	1	33,3	
5	0	0,0	1	33,3	
7	1	20,0	0	0,0	

Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. I Ciclo, 2011-2012; II Ciclo, 2013-2014.

Na Tabela 3, que trata da comparação dos dados dos profissionais de saúde relativos ao fator tempo para resolução de demandas no Acolhimento nos Ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, observou-se que em relação ao tempo o qual, normalmente, o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento foi, na maior parcela, de 66,6% considerando cinco e dez minutos de espera, no Ciclo I, para 50%, em dez minutos no Ciclo II, podendo chegar a vinte (37,5%) ou trinta minutos (12,5%) no Ciclo II.

Verificou-se também uma queda no tempo máximo de agendamento definido pela equipe, sendo que no Ciclo I, havia a definição desse tempo (60%) para uma não definição (62,5%) no Ciclo II.

Sobre o tempo, em dias, de espera por uma consulta agendada, foi apontado uma espera, normalmente, de 1 dia (40%), 2 dias (20%), 3 dias (20%) ou 7 dias (20%) no Ciclo I para 1 dia (33,3%), 4 dias (33,3%) ou 5 dias (33,3%) no Ciclo II.

O momento do usuário com o profissional no serviço de saúde se traduz pelo encontro entre as necessidades de um e as ações clínicas do outro, sendo essas últimas baseadas nos processos de intervenção que, primordialmente, se ancoram nas tecnologias leves, a fim de manter ou recuperar o modo de vida do usuário (CLEMENTINO *et al.*, 2015). Nesse sentido, percebe-se um processo relacional entre usuário e trabalhador em saúde na perspectiva do cuidado, visando o sujeito individual. Assim, considerar o fator tempo no acolhimento à demanda espontânea para o atendimento está intimamente relacionando o tempo de espera para o atendimento com a necessidade do usuário, vislumbrando o risco ou a vulnerabilidade apresentada como necessidade durante o contato com o profissional que realizou o acolhimento.

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que precisam ser atendimentos imediatamente ou não, seguindo critérios de risco, agravos à saúde ou sofrimento dos mesmos. Esse sistema classificatório visa por ações de atenção e gestão que incentivem um relacionamento de confiança entre equipes, usuários e serviços de saúde (BRASIL, 2009). Dessa forma, detectada a necessidade, avaliado o risco ou a vulnerabilidade, estima-se o tempo para o atendimento.

São inúmeras e diversas as escalas de classificação de risco em todo o mundo, como por exemplo, NTS- National Triage Scale (Austrália), CTAS- Canadian Emergency Department Triage e Acuity Scale (Canadá), MTS- Manchester Triage System (Reino Unido), ESI- Emergency Severity Index (Estados Unidos) e MAT- Model Andorra de Triatje (Espanha). Todas essas escalas têm o mesmo objetivo de realizar uma triagem adequada, seguindo do acolhimento, e baseada na necessidade do usuário, definindo as prioridades (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

No Brasil, o primeiro protocolo de classificação de risco aprovado pelo Ministério da Saúde foi a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em 2004 do PNH, a qual foi disponibilizada para todo o país, onde foi implantada em diversos hospitais (FEIJÓ, 2010).

Dentre os métodos adotados no Brasil e também reconhecidos pelo Ministério da Saúde está o Protocolo de Manchester, o qual também realiza a triagem com classificação de risco aos pacientes que procuram os serviços de urgência. Nele, a classificação de risco é feita tomando a indicação clínica e trabalhando-a na dinâmica de cores. Cada cor determina um tempo máximo para realização do atendimento, o qual vai do zero - atendimento imediato ao não urgente, com tempo máximo de 240 minutos (SHIROMA; PIRES, 2011).

Nessa perspectiva, toma-se a compreensão que a classificação de risco é um instrumento que serve para vários fatores, como organização da fila de espera, priorizar o atendimento de acordo com grau de gravidade e não por ordem de chegada, ter previsão do tempo necessário para o atendimento conforme o risco e a vulnerabilidade analisados e ter o primeiro contato de diálogo e de escuta com o usuário. Além disso, visa garantir um atendimento rápido nos casos mais críticos, melhorar as condições de trabalho da equipe de urgência e emergência, atender as exigências dos usuários de forma que os mesmos sintam-se mais satisfeitos e realizar o serviço de referência quando preciso, de forma que seja garantida a continuidade da assistência (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Diante disso, é importante salientar que os significados de urgência para os profissionais e para a população são distintos. Para o profissional, a urgência segue uma abordagem mais técnica, sistematizada, objetiva e baseada em critérios. Já para o usuário, assume-se uma postura mais intimista, subjetiva e pessoal. Para os profissionais, as urgências estão relacionadas às patologias que comprometem a vida ou função vital importante. Para a população, relacionam-se a necessidades variadas (aflição, angústia, abandono e miséria), que requerem ajuda e/ou assistência, com solução imediata a uma dificuldade passageira (NASCIMENTO, 2011).

Dentro desse contexto, a questão do acesso ganha importância e começa a ser abordada de maneira mais complexa na medida em que, apesar da garantia da lei, na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente em várias regiões e serviços vinculados ao SUS (ASIS; JESUS, 2012).

Barbosa *et al.* (2013) propõe que o acolhimento deve ser entendido em três sentidos: como postura assumida pelos profissionais, como técnica capaz de gerar procedimentos organizados e como princípio orientador revelando um projeto institucional. Assim, diante de todo esse contexto, pode-se dizer que o acolhimento representa uma reorganização dos serviços, cujo principal objetivo é a resolutividade conforme a necessidade do usuário, numa perspectiva de humanização do atendimento e do serviço de saúde, o qual consiga identificar as demandas requeridas pelos usuários, sabendo direcioná-los para um atendimento mais adequado e, havendo a necessidade, seja realizado o encaminhamento devido dentro do serviço ou na rede de apoio, na regulação ou na referência, tudo isso promovendo a garantia da continuidade do atendimento.

Portanto, observa-se que o acolhimento é um processo dinâmico e transformador do trabalho nos serviços de saúde, em especial nas urgências por meio da identificação dos problemas e busca de soluções dos mesmos. Ele representa a investigação das necessidades de saúde dos usuários que procuram esses serviços, objetivando a resolubilidade das necessidades.

Tabela 4 - Dados dos profissionais de saúde relativos ao procedimento do acolhimento no Ciclo I do PMAQ do município de Forquilha – CE.

Variáveis	Continua	
	n	%
1. Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?		
Sim	6	100,0
2. O protocolo de acolhimento à demanda espontânea considera:		
Queixas mais frequentes	1	20,0
Problemas por ciclos de vida (criança, mulher, homem, idoso etc.)	1	20,0
Problemas relacionados à saúde mental	1	20,0
Traumas/acidentes	1	20,0
Captação precoce de gestantes	1	20,0
3. Em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir a resposta?		
Sim	3	75,0
Não	1	25,0

Tabela 4 - Dados dos profissionais de saúde relativos ao procedimento do acolhimento no Ciclo I do PMAQ do município de Forquilha – CE.

	Conclusão	
4. Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada?		
Sim	5	83,3
Não	1	16,7
5. A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?		
Não	6	100,0

Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. I Ciclo, 2011-2012.

A tabela de número 4 mostra os dados referentes aos profissionais de saúde constantes apenas no 1º Ciclo do PMAQ do município de Forquilha – CE, entre os anos de 2011 e 2012. Quanto ao procedimento do Acolhimento, verifica-se que para os profissionais, todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas (100%). É reconhecido pelos profissionais, nesse primeiro ciclo que a equipe considera, no protocolo, queixas mais frequentes (20%), problemas por ciclos de vida (criança, mulher, homem, idoso) (20%), problemas relacionados à saúde mental (20%), traumas/acidentes (20%) e captação precoce de gestantes (20%).

Ainda, segundo os profissionais entrevistados, as equipes realizam avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários e, em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir a resposta (75%) na maioria dos casos, sendo uma minoria (25%) não apresentou tais condições.

Conforme os profissionais entrevistados no Ciclo I da PMAQ, nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada (83%). Porém, a equipe de Atenção Básica não realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses (100%) no Ciclo I do PMAQ.

Segundo Nascimento *et al.* (2011), a falta de entendimento da população acerca do protocolo de acolhimento e classificação de risco no serviço de emergência, é demonstrada a partir da cultura do usuário ao chegar e buscar uma

fila, estabelecer-se, e cobrar que o atendimento siga de acordo com a sua ordem de chegada. Assim, gera-se o enorme fluxo de usuários buscando atendimentos. Com a instalação dos instrumentos de acolhimento e classificação de risco, é preciso destinar corretamente essa clientela, que, todavia, cresce cada vez mais e com poucos recursos acessíveis na atenção básica, visa ao serviço de emergência como o integral local disponível para atender as suas necessidades (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Desta forma, o uso constante dos serviços de urgência está relacionado extremamente a fatores socioeconômicos e doenças crônicas, demonstrando a relevância na execução da assistência na rede de atenção à saúde a essas pessoas, que precisam de ações continuadas para a prevenção de agravos e de pronto atendimento nas condições agudas (ACOSTA e LIMA, 2013). Segundo os mesmos autores, a atenção deve ser multidisciplinar, constante e com competência para que a rede assistencial possa auxiliar na diminuição da procura frequente dos serviços de urgência. Sendo, então, fundamental que haja diálogos entre os serviços de urgência e de atenção primária e secundária, com a formulação e pactuação dos fluxos de referência e contrarreferência, resultando para o usuário o atendimento contínuo.

Para Cruz (2014), as ações elencadas como constitutivas do acolhimento apontam para a possibilidade de caracterizar o acolhimento como uma atividade organizadora da porta de entrada da USF. Dentro desta lógica, o acolhimento corre o risco de se transformar em, simplesmente, mais uma atividade, mais uma tecnologia com instrumentos, lugares, agentes e saberes próprios, enfim mais um serviço oferecido pela USF e não uma forma de mudar as relações entre trabalhadores e usuários e reorganizar o serviço para oferecer mais qualidade na atenção à saúde.

Nesse diapasão, é fato que o processo de institucionalização do monitoramento e da avaliação na ABS tem contribuído para a incorporação de uma prática reflexiva e pedagógica no apoio à gestão para a tomada de decisão, prestação de contas e produção de conhecimentos no âmbito do SUS (SANTOS *et al.*, 2012).

De acordo com Felisberto *et al.* (2010), a inserção de processos avaliativos na rotina da gestão e dos serviços tem propiciado mudanças na cultura

institucional, que envolve diferentes atores e mediações, renovando e potencializando as ações de saúde na Atenção Básica.

Ao reconhecer as conexões intrínsecas entre planejamento e avaliação ou, mais especificamente, autoavaliação (seja especificamente na demanda espontânea, seja de forma global) e a importância dessas conexões como norteadoras do processo de trabalho no contexto da ABS, entende-se que a aproximação tem sido induzida como forma de dinamizar e romper com a tradição do planejamento e da avaliação como práticas fragmentadas e burocratizadas (FARIA *et al.*, 2009). Mesmo destacando a potencialidade da autoavaliação, enfatiza-se que ainda permanecem os problemas de articulação das ferramentas de planejamento e avaliação e de adequação na ABS, uma vez que as equipes continuam a adotá-las como algo para se cumprir e pouco para orientar a mudança necessária.

O uso de instrumentos autoavaliativos qualifica os processos na ABS porque possibilita o agir reflexivo ao orientar a ação das equipes. Ainda assim, conforme ressalta Kawata *et al.* (2009), há incoerência entre o que a eSF estabelece como modelo de gestão das equipes, tomando-o como participativo, e o que de fato ocorre, seguindo o modelo centralizado de gestão e com ações de planejamento e monitoramento incipientes.

Esse achado do estudo no município de Forquilha, conforme entrevistados pela PMAQ-AB, em que não houve a realização de avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses evidencia o quanto os apoiadores precisam subsidiar as equipes no seu planejamento vinculado à autoavaliação, assim como a necessidade de organização das práticas com base em princípios e valores que se pautam no compartilhamento mútuo de saberes e fazeres, no compromisso com a mudança social e com a ética da vida (CRUZ, 2011). As iniciativas de autoavaliação vinculadas ao planejamento tendem a promover a autorreflexão sobre processos, sujeitos da ação e dos grupos implicados, visando à identificação dos problemas e à formulação de estratégias para melhoria das práticas e das relações na Atenção Básica.

A organização dos componentes do processo de trabalho, incluindo os fins, a execução e a própria avaliação, sofrem modificações a partir desse processo crítico de avaliação. Isto é, na visão de Faria *et al.* (2009), os processos de trabalho são sempre avaliados em função de seus resultados, mais ou menos intensos,

consciente e sistematicamente, conforme as condições sociais e institucionais em que se exercem. A avaliação constitui, necessariamente, um momento e um instrumento de crítica de todo o processo. É, portanto, uma peça fundamental para o desenvolvimento de qualquer processo de trabalho.

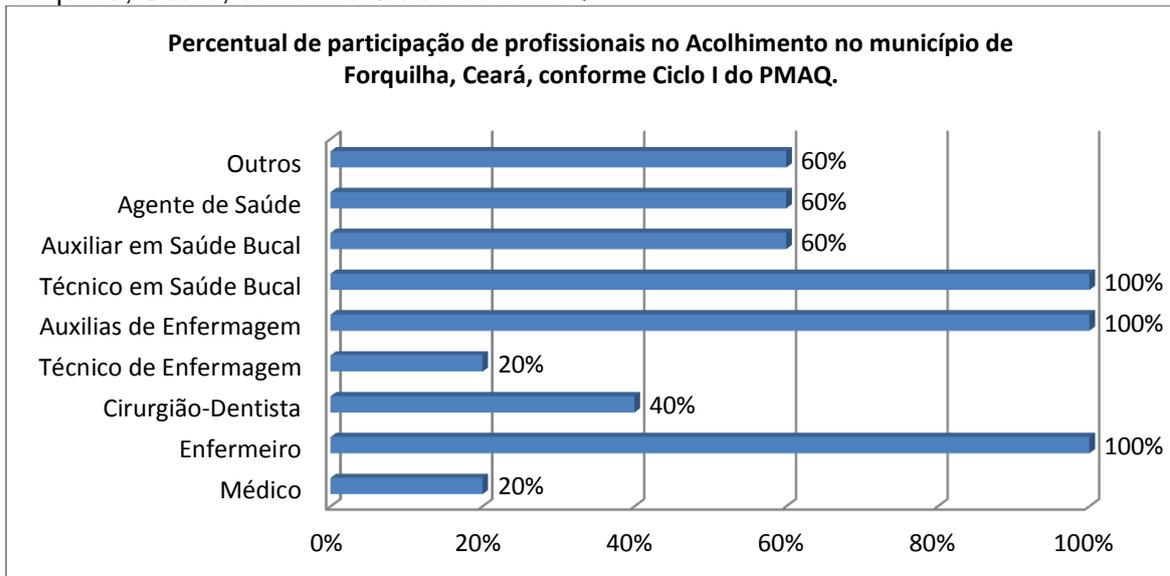
Para tal, faz-se necessário direcionar o olhar para uma reflexão crítica do feito e efeito na ABS, bem como justificar a existência de análises ou, propriamente, de avaliações das práticas como um processo permanente e contínuo.

Por fim, destaca-se que é necessário reconhecer as ações de avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos, e não afirmá-la como mecanismo externo aos processos sociais (CRUZ, 2011).

Portanto, é preciso definir formalmente as responsabilidades de cada sujeito da ação para se aprimorarem os resultados dos conhecimentos produzidos e incorporá-los à realidade, realizando, assim, a translação, a organização e o repasse de informações para uma formação significativa do fazer saúde co-participativa dentro da Estratégia Saúde da Família, visto que se compõe de uma equipe multiprofissional, com atribuições bem definidas e detentoras de saberes que se complementam no campo da saúde. Logo, faz-se necessário a assunção de uma postura de compromisso com um papel avaliativo sobre o sistema de saúde no qual está inserido bem como construção de um planejamento participativo a fim de que as ações sejam realizadas de forma conjunta, abrindo espaços para o constante diálogo entre os membros da equipe de saúde, os usuários do sistema e a gestão municipal de saúde.

Dessa maneira, o cuidado de forma acolhedora e resolutiva pode ser ofertado dentro do serviço de saúde comprometido com a constante avaliação do planejamento, enquanto equipe de saúde, e com a qualidade da assistência prestada, podendo apoderar-se de mecanismos de mensuração, ou indicadores sociais em saúde, para composição dessa frequente maneira de avaliar o acesso e a qualidade do atendimento bem como a estrutura e a organização do serviço.

Gráfico 2 - Percentual de participação de profissionais no Acolhimento no município de Forquilha, Ceará, conforme Ciclo I do PMAQ



Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. I Ciclo, 2011-2012.

O gráfico aponta para o percentual de participação dos profissionais que fazem a Atenção Básica em Saúde no município de Forquilha, Ceará, caracterizando-os no processo de Acolhimento, sendo, conforme os profissionais entrevistados, acolhidos por enfermeiros, auxiliar de enfermagem ou técnico em saúde bucal (100%, cada), todavia há também participação, em menor frequência, dos profissionais auxiliar em saúde bucal e agente comunitário de saúde (60%, cada), ainda havendo a participação dos profissionais cirurgião dentista (40%), médico (20%) e técnico de enfermagem (20%).

Entendendo que o acolhimento se constitui em uma prática da ESF, seria adequado que todos os profissionais da ESF o realizem, pois acolher, embora incorpore a dimensão clínica, não se restringe a ela. Assim, trabalhadores que não operam, no cotidiano de seu trabalho, com o saber clínico podem realizar acolhimento, ainda que para essa atuação precise de algumas discussões, na equipe, dos casos acolhidos.

Segundo Oliveira *et al* (2012), a proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscado no processo de seleção e de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos programáticos e metodológicos da supervisão e da avaliação de pessoal. Nesse contexto, tem destaque a supervisão, considerada importante no modo de organização de serviços no

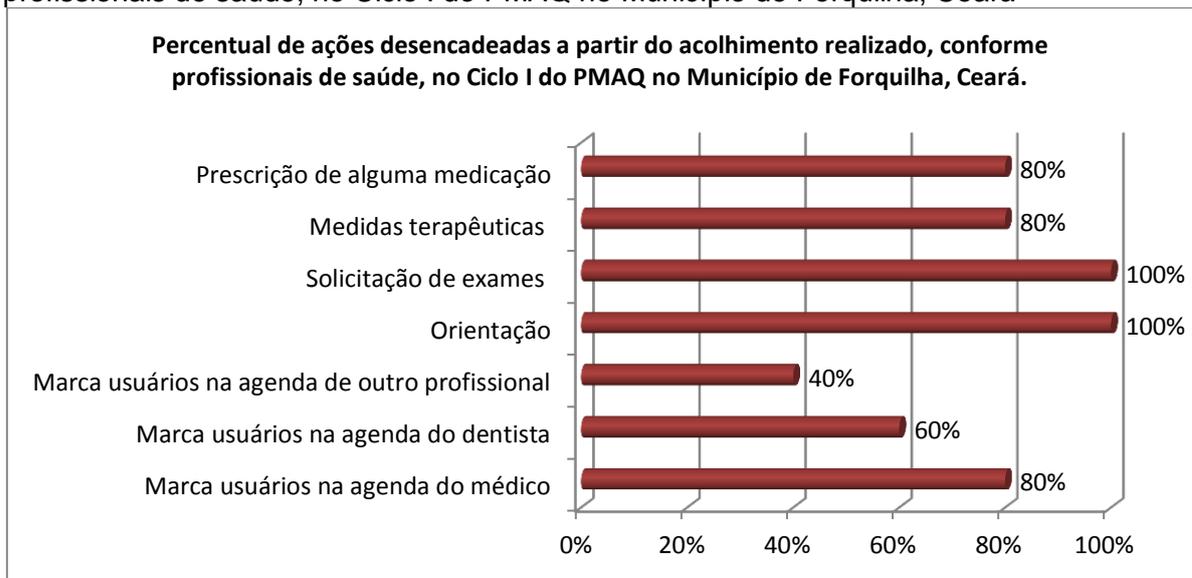
acompanhamento do cotidiano do trabalho. Esse quadro implica reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde. Em relação à dimensão relativa ao acesso, autores a definem como “a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde” (SILVA e MASCARENHAS, 2014).

Portanto, o acolhimento além de garantir a relação trabalhador-usuário, propõe o acesso universal e o trabalho multiprofissional e horizontalizado deslocando o eixo central do cuidado do profissional médico (CLEMENTINO, 2015). Nesse sentido, todo profissional da equipe de saúde deve participar do acolhimento, tendo em vista que a execução do mesmo requer ações articuladas e envolvimento efetivo dos diversos trabalhadores, cada qual contribuindo com os saberes específicos, no entanto pensando o cuidado do indivíduo a partir do todo.

Assim, torna-se impossível haver acolhimento a partir da vontade de um único ator (BRASIL, 2011). Todavia, o presente estudo demonstrou envolvimento majoritário dos profissionais enfermeiros, técnicos em saúde bucal e auxiliares de enfermagem, isso sob a ótica dos próprios profissionais, no acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde no município de Forquilha, Ceará. O estudo de Arruda e Silva (2012) corrobora o maior envolvimento da enfermagem nas atividades consideradas como Acolhimento, e ainda, percebe-se que esse profissional assume responsabilidades de modo isolado as quais deveriam ser partilhadas entre os membros da equipe de Atenção Básica.

Inevitavelmente, o caráter resolutivo da Atenção Básica perpassa na ampliação da escuta e da análise das demandas associadas à oferta de condutas capazes de lidar com as complexas necessidades advindas dos usuários (BRASIL, 2011), ou seja, o efetivo atendimento à demanda espontânea. Desse modo, pode-se salientar a complexidade de realizar o acolhimento, pois necessariamente este se sustenta na tecnologia das relações (FRANCO e MERHY, 2012). É no momento das relações que se produz saúde; e o acolhimento se destaca como o meio de relações de escuta e responsabilizações, capaz de constituir vínculos e compromissos em prol de projetos de intervenção.

Gráfico 3 – Percentual de ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado, conforme profissionais de saúde, no Ciclo I do PMAQ no Município de Forquilha, Ceará



Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. I Ciclo, 2011-2012.

Assim, as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado apareceram: orientação, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema (100%), solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta (100%), medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação (80%), prescrição de alguma medicação (80%), marcar usuários na agenda do médico (80%), marcar usuários na agenda do dentista (60%) e marcar usuários na agenda de outro profissional (40%).

Mesmo diante do expressivo envolvimento do enfermeiro no acolhimento, de modo controverso, no que se refere ao atendimento específico por categoria profissional, o presente estudo apresentou como demandas resultantes do acolhimento, primordialmente, a marcação de consulta na agenda do médico para o usuário, em segunda instância, na agenda do odontólogo, e por fim, em situações raras na agenda do enfermeiro, como outro profissional de nível superior da eSF.

Tal cenário coloca em questão a finalidade do Acolhimento. Conforme Arruda e Silva (2012), a implantação do acolhimento visa superar dificuldades do próprio processo de trabalho incluindo a demanda reprimida, alta solicitação pela população por consulta médica sem necessidade, processo de trabalho centrado na prática médica, conforme verificado no estudo, as ações de solicitações de exames (100%), de prescrição de medicação (80%), de medidas terapêuticas (80%). Salvo as ações de orientação (100%) executadas por qualquer profissional da eSF,

expressa-se, assim, um baixo aproveitamento dos demais profissionais da equipe de Saúde da Família.

Com base no exposto, pode-se supor que o predomínio de marcação de consulta médica a partir do acolhimento traduziria, primeiramente, ausência de modificações do processo de trabalho como resultado do acolhimento, sendo esta prática possivelmente equiparada a uma triagem à medida que o direcionamento do usuário já possui “caminhos certos”, e em segunda instância, confirmaria a reprodução do modelo médico-curativista o qual entende o profissional da medicina como a figura central do processo saúde-doença, e a peça chave para resolutividade na atenção à saúde, sendo o direcionamento a esse profissional a primeira escolha.

Assim, a concretização do acolhimento perpassa a reflexão crítica da micropolítica do processo de trabalho e as implicações da mesma no modelo de atenção, ambiente no qual se funda o trabalho vivo em ato. Desse modo, a efetivação do acolhimento como prática real requer mudanças no processo de trabalho, tornando-o diretriz operacional do trabalho em saúde; no entanto, essa realidade ainda é um processo em construção (CLEMENTINO, 2015).

Tabela 5 - Dados dos profissionais de saúde relativos ao Acolhimento no ciclo II do PMAQ do município de Forquilha – CE

Variáveis	n	%
1. Em que local é realizado o acolhimento?		
Sala específica	1	12,5
Sala de espera/recepção	7	87,5
2. A equipe realiza o acolhimento “conjunto” com outra equipe da UBS?		
Sim	1	12,5
Não	5	62,5
Não há outra equipe na UBS	2	25,0
3. Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?		
Sim	7	87,5
Não	1	12,5

Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. II Ciclo, 2013-2014.

Já em relação aos dados constantes apenas no 2º Ciclo do PMAQ no município de Forquilha, Ceará, entre os anos de 2013 e 2014, para os profissionais,

87,5% desse acolhimento é realizado na sala de espera ou na recepção, sendo 12,5% realizado em sala específica para o acolhimento. 75% das equipes eram únicas dentro da UBS, enquanto 25% apresentavam mais de uma equipe na mesma UBS. De todas as UBS do município, 62,5% dos profissionais entrevistados afirmaram realizar acolhimento em equipe individualizada, enquanto 12,5% afirmaram que equipe realiza o acolhimento “conjunto” com outra equipe da UBS. 87,5% afirmaram existir reserva de vagas para consultas de demanda espontânea, em contrapartida das 12,5% negaram a existência das reservas.

O Acolhimento pode e deve acontecer em cada setor por onde o usuário caminha, e é mais uma atitude, uma postura das equipes, e não um “setor”, ainda que a unidade de saúde possa definir profissionais com maior foco no acolhimento, principalmente nas portas de urgência e em unidades de saúde com grande movimento (GRABOIS, 2011).

O produto do nosso trabalho, do trabalho do outro e das coisas (modos de gestão, de arranjos organizacionais etc.), seja no Acolhimento separado, seja no Acolhimento em conjunto, no campo da saúde pública, deriva, assim, da produção de encontros de pessoas mediadas por princípios éticos e políticos do SUS, ou seja, encontros que derivam de produções coletivas e que necessitam sempre de validação coletiva. E é nesse sentido e com esses fundamentos (da PNH) que devemos conceber a perspectiva da postura acolhedora nas unidades de saúde.

Em síntese, o Acolhimento deve ser compreendido como ato de acolher o outro na sua dor, sofrimento ou fragilidade, como uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão no nosso “espaço de afeto” (PACHECO, 2015).

O atendimento acolhedor pressupõe uma efetividade assistencial e não apenas um gesto afetivo, mas, sobretudo, efetivo no seu seguimento. Isso significa que além do conhecimento que precisamos ter para desenvolver uma ação assistencial, uma conduta profissional, baseada em diretrizes clínicas e inserir o usuário em um fluxo de atendimento e procedimentos pré-determinados como rotina das unidades; precisamos também cuidar e tratar, ética e tecnicamente, o outro que nos procura, atendendo suas necessidades, acolhendo-o em qualquer lugar e espaço, inclusive reservando vagas para as consultas de demanda espontânea.

Pode-se observar que a atenção à demanda espontânea é importante para satisfazer o usuário e deve fazer parte das atribuições de todos os

trabalhadores da UBS. Por isso, é imprescindível que os profissionais se reúnam com regularidade para tratar da avaliação e da organização do processo de acolhimento e de atendimento à demanda espontânea, além de definir a modelagem que a UBS vai utilizar para essas tarefas, quais instrumentos de trabalho irão utilizar e quais o papel de cada profissional nas diversas etapas do cuidado (BRASIL, 2000).

O atendimento à demanda espontânea e, especialmente, às urgências e emergências abrange ações que devem ser executadas em todos os pontos da saúde, entre eles, os serviços da Atenção Primária (BRASIL, 2013). Na Atenção Primária, esse atendimento deve ter como base os princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as pessoas e as equipes de Atenção Básica, legitimando-se como a porta de entrada prioritária e preferencial para às redes de atenção do SUS. Tudo isso porque o atendimento à demanda espontânea e o atendimento das urgências de uma UBS diferenciam-se do atendimento de uma unidade de pronto-socorro ou de pronto-atendimento, pois a Atenção Primária trabalha em equipe.

Tabela 6 - Dados dos profissionais de saúde relativos à queixa, ao tipo de atendimento e ao procedimento do agendamento no ciclo II do PMAQ do município de Forquilha – CE, 2013-2014

Variáveis	Continua	
	n	%
1. A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações?		
Queixas mais frequentes no idoso	4	50,0
Problemas respiratórios	4	50,0
Queixas mais frequentes no adulto	4	50,0
Queixas mais frequentes na criança	5	62,5
Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico	5	62,5
Traumas e acidentes	2	25,0
Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação	5	62,5
Dengue	3	37,5
Outros	1	12,5

Tabela 6 - Dados dos profissionais de saúde relativos à queixa, ao tipo de atendimento e ao procedimento do agendamento no ciclo II do PMAQ do município de Forquilha – CE, 2013-2014

	Conclusão	
2. A equipe realiza atendimento de:		
Dor torácica	8	100,0
Crise convulsiva	8	100,0
Nefrolitíase	7	87,5
Crise de asma	8	100,0
Crise hipertensiva	8	100,0
Hiperglicemia em diabéticos	8	100,0
Casos suspeito de dengue	8	100,0
Não realiza atendimento a urgências e a emergências	2	25,0
3. Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?		
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	2	25,0
Em qualquer dia da semana, em horários específicos	1	12,5
Dias específicos fixos, em qualquer horário	1	12,5
Dias específicos fixos, em horários específicos	2	25,0
Outro(s)	2	25,0
4. Como os usuários são agendados?		
Marcado por bloco de horas	1	12,5
Fila para pegar senha	7	87,5
5. O agendamento pode ser feito:		
Presencial	8	100,0
Por telefone	8	100,0
Via internet	8	100,0
6. Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?		
Sim	2	25,0
Não	2	25,0
Não sabe/não respondeu	4	50,0

Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. II Ciclo, 2013-2014.

Em relação ao quesito de a equipe possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea, foram

apresentadas as seguintes situações: queixas mais frequentes na criança (62,5%), problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico (62,5%), captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação (62,5%), queixas mais frequentes no idoso (50%), problemas respiratórios (50%), queixas mais frequentes no adulto (50%), Dengue (37,5%), traumas e acidentes (25%) e outros atendimentos (12,5%).

Em relação ao atendimento, foram relatados os seguintes tipos: dor torácica (100%), crise convulsiva (100%), crise de asma (100%), crise hipertensiva (100%), hiperglicemia em diabéticos (100%), casos suspeito de dengue (100%) e Nefrolitíase (87,5%).

Em relação à forma de como são agendadas as consultas na unidade de saúde, 25% dos entrevistados responderam em qualquer dia da semana, em qualquer horário; 25% em dias específicos fixos, em horários específicos; 12,5% em qualquer dia da semana, em horários específicos; 12,5% em dias específicos fixos, em qualquer horário e 25% afirmam outras formas de agendamento.

Quanto à forma de como os usuários são agendados, 87,5% responderam que era através de fila para pegar senha e 12,5% responderam ser marcado por bloco de horas. Quanto à via, o agendamento pode ser feito de forma presencial (100%), por telefone (100%) ou via internet (100%).

Quanto à possibilidade de, na unidade de saúde, o usuário ter a opção de escolher por qual equipe será atendido, 25% responderam que sim, 25% responderam que não e 50% não sabiam ou não responderam.

Assim como nesse estudo, Gonçalves (2012) em sua pesquisa ressalta que a implantação do acolhimento e da classificação de risco são de suma importância para nortear o fluxo do usuário na rede assistencial, e destacam esses dispositivos como viabilizadores de um atendimento mais rápido aos pacientes graves; de uma humanização da assistência que perpassa pelo acolher, escutar e dialogar; da oportunidade de realizar a educação em saúde, ou seja, exatamente as três possibilidades que os sujeitos dessa pesquisa utilizam-se para atribuir importância a implantação do acolhimento e da classificação de risco.

O fato desses sujeitos afirmarem a importância da implantação do acolhimento e da classificação de risco está atrelado às possibilidades de qualificação da assistência nos serviços de urgência e emergência que esses dispositivos tendem a proporcionar. Godoy (2010) menciona o acolhimento com

avaliação e classificação de risco como “luz” para as dificuldades e os problemas existentes nos serviços de urgência e emergência e como possibilitadores de reflexão profissional sobre as suas ações, gerando novas alternativas e possibilidades na prática, colaborando desta forma, para uma melhoria da qualidade da assistência aos usuários. Dessa forma, diante dessas considerações, nota-se que é preciso discutir a melhor forma de estabelecer um fluxo de atendimento resolutivo, de modo que se mantenha o foco nas necessidades do usuário e, ao mesmo tempo, contemple a realidade administrativa de cada instituição (BELLUCCI JÚNIOR e MATSUDA, 2012).

O termo humanização na saúde passou a ser representado pela palavra “Acolhimento” consistindo assim, em uma ferramenta para lidar com os problemas da qualidade do acesso e da recepção dos usuários no serviço de saúde. Logo, humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS funciona como intermédio para qualificação das práticas do cuidado em saúde (BARBOSA, 2011; ANDRADE, ARTMANN e TRINDADE, 2011).

5.2 Dados relativos aos usuários da atenção primária nos dois ciclos da PMAQ

Tabela 7 - Satisfação dos usuários do serviço de saúde e tempo de espera para primeira escuta relativos aos ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2011-2014

Variáveis	Continua				Valor p
	Ciclo I		Ciclo II		
	n	%	n	%	
1. O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/ recebido(a) ao procurar o serviço?					
Muito bom	4	9,3	8	40,0	0,004
Bom	13	30,2	7	35,0	
Razoável	5	11,6	3	15,0	
Ruim	21	48,9	2	10,0	
2. Desde a sua chegada à unidade de saúde, quanto tempo o(a) senhor(a) espera para conversar sobre seu problema com algum profissional de saúde?					
10 Minutos	0	0,0	6	23,1	0,006
20 Minutos	0	0,0	6	23,1	
25 Minutos	1	4,5	0	0,0	

Tabela 7 - Satisfação dos usuários do serviço de saúde e tempo de espera para primeira escuta relativos aos ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2011-2014

	Conclusão			
30 Minutos	8	36,4	7	26,9
40 Minutos	2	9,1	2	7,7
60 Minutos	8	36,4	4	15,4
120 Minutos	2	9,1	0	0,0
180 Minutos	1	4,5	1	3,8

Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. I Ciclo, 2011-2012; II Ciclo, 2013-2014.

Em relação aos usuários do sistema de saúde de Forquilha, Ceará, especificamente na Atenção Primária à Saúde, quanto à satisfação dos usuários do serviço de saúde, quando interrogado sobre o que acha sobre a forma como é acolhido(a)/recebido(a) ao procurar o serviço de saúde do município, houve uma evolução positiva na opinião dos usuários, sendo muito bom (9,3% - 1º Ciclo e 40% - 2º Ciclo), bom (30,2% - 1º Ciclo e 35% - 2º Ciclo), razoável (11,6% - 1º Ciclo e 15% - 2º Ciclo) e ruim (48,9% - 1º Ciclo e 10% - 2º Ciclo).

Em relação ao tempo de espera, desde a chegada à unidade de saúde, para conversar sobre o problema com algum profissional de saúde, a maioria respondeu 30 minutos (36,4 % - 1º Ciclo e 26,9% - 2º Ciclo), 60 minutos (36,4% - 1º Ciclo e 15,4% - 2º Ciclo), observando-se uma significativa melhora para a primeira escuta no 2º Ciclo da PMAQ, considerando-se o tempo de 10 minutos (23,1%) e 20 minutos (23,1%) para a realização da primeira escuta.

É interessante analisar como vem sendo acolhido os usuários nos serviços investigados, pois o Acolhimento não se limita apenas a uma recepção cordial, mas extrapola esse conceito, incluindo a escuta ativa do usuário (MOIMAZ *et al.*, 2010). Isso foi verificado em nossos dados quando o usuário demonstrou estar satisfeito com o serviço conforme demonstrado na tabela 7, no qual houve considerável mudança na satisfação do usuário quando se compara os dois ciclos, e semelhantemente apontado na literatura, pois qualificar a relação trabalhador-usuário é essencial e deve ocorrer por intermédio de padrões humanitários, de solidariedade e de cidadania, pois essa relação pode incidir sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade, favorecendo a reorganização dos serviços e a qualidade da assistência prestada (MEDEIROS *et al.*, 2010).

O acolhimento aponta para o exercício da empatia a partir do desafio cotidiano da alteridade e se apresenta na possibilidade de contribuição tanto para melhoria das práticas do cuidado, quanto para a legitimação do sistema público de saúde, visto que há, nesse processo, um arranjo de ações mantidas através de diálogo, de atitudes e de organização de práticas de promoção, de prevenção, de atenção e de assistência nas unidades de saúde (GUERRERO *et al.*, 2013).

No que tange ao processo de qualificação do modelo de assistência, o acolhimento se apresenta como uma das principais diretrizes operacionais para asseverar e materializar os princípios do SUS, em particular os da integralidade da atenção à saúde, universalização do acesso e equidade. Vale ressaltar que a proposta do acolhimento está articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços de saúde, visando à humanização desses serviços. Da mesma forma, é preciso compreender que o sentido e a prática do Acolhimento são abrangentes e perpassam os mais variados campos e processos de produção de saúde que implicam, ainda, a produção de subjetividades (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, entende-se que ações e serviços de saúde devam estar adaptados às circunstâncias e às realidades locais, especificamente, à população para a qual se destina a atenção, aos recursos disponíveis e aos atores participantes, considerando assim a tríade a qual participa dos processos, sendo os atores, os usuários, os profissionais e a gestão em saúde.

O acolhimento estabelecido no primeiro contato, a partir do diálogo, torna-se, então, uma dimensão importante nas práticas em saúde, integrando os diferentes sujeitos, articulando diferentes espaços de cuidado e ampliando as possibilidades de trânsito pela rede de saúde disponibilizada. Com isso, a ênfase desloca-se de uma abordagem instrumental para uma abordagem mais relacional, priorizando a materialidade e a substancialidade do encontro. Dessa forma, o diálogo apresenta-se como um elemento de mediação entre sujeitos e a rede de atenção à saúde a partir da perspectiva do Acolhimento efetivo. Diante dessa premissa, a compreensão do acolhimento amplia-se, convertendo-se num lugar de encontro entre trabalhadores e usuários, que reporta tanto a um espaço físico disponível para o cuidado, quanto a um espaço simbólico de relações sociais e de diferentes percepções e de demandas de cuidado (GUERRERO *et al.*, 2013).

A promoção do vínculo com os usuários, pela implementação de práticas de acolhimento, é considerada potencializadora do cuidado direcionado às necessidades dos usuários. Assim sendo, o bom tratamento ao usuário e o bom relacionamento com a comunidade são valorizados na medida em que esclarecem ao usuário as rotinas e os procedimentos, os fluxos e os limites de atendimento (GUERRERO et al, 2013). Em algumas unidades de saúde há o estabelecimento de mecanismos de negociação com os usuários para que, de igual para igual, os atores envolvidos tomem decisões sobre casos urgentes, critérios de priorização e distribuição de vagas. Neste sentido, há uma valorização das práticas de humanização do serviço pelo estímulo à autonomia, à emancipação e à comunicação no SUS. Dentre as mudanças desencadeadas no SUS, uma das mais significativas é a proposta de uma maior integração entre trabalhador e usuário. Além de estabelecer vínculos e relações de cooperação e corresponsabilidade na consolidação do sistema, essa integração tem implicado na transformação e na reestruturação do modelo comunicacional vigente, ampliando as possibilidades de diálogo entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços prestados. Percebe-se, com isso, que o acolhimento, que vai redimensionar o sentido de encontro e de diálogo, estabelecendo e fortalecendo vínculos e reforçando a credibilidade no sistema e nos serviços prestados (CAVALCANTE, 2009).

Tabela 8 - Dados dos usuários do serviço de saúde relativos ao Acolhimento no Ciclo I do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2011-2012

Variáveis	Continua	
	n	%
1. Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?		
Sim	22	91,7
Não	2	8,3
2. As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?		
Sim, sempre	13	59,1
Sim, algumas vezes	8	36,4
Não	1	4,5

Tabela 8 - Dados dos usuários do serviço de saúde relativos ao Acolhimento no Ciclo I do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2011-2012

Continuação

3. O (a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?		
Sim, sempre	24	100,0
4. Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o(a) senhor(a) procurou atendimento?		
Sim	20	83,3
Não	1	4,2
Não teve problema de urgência	3	12,5
5. Onde o(a) senhor(a) procurou atendimento?		
Nesta unidade de saúde	17	85,0
Em outra unidade de saúde	1	5,0
Hospital público	2	10,0
6. O(a) senhor(a) conseguiu ser atendido(a) nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?		
Sim	15	88,2
Não	2	11,8
7. Quanto tempo esperou para ser atendido(a)?		
2 Minutos	1	6,7
5 Minutos	6	40,0
10 Minutos	5	33,3
15 Minutos	1	6,7
20 Minutos	1	6,7
30 Minutos	1	6,7
8. Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?		
Porque não atende à urgência	1	33,3
Porque a unidade estava fechada no momento da urgência	2	66,7
9. Se já precisou, o(a) senhor(a) conseguiu fazer algum destes atendimentos nesta unidade de saúde:		
Extrair uma unha	3	12,5
Fazer sutura	3	12,5

Tabela 8 - Dados dos usuários do serviço de saúde relativos ao Acolhimento no Ciclo I do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2011-2012

	Conclusão	
Fazer curativo novo	9	37,5
Extraír dente	18	75,0

Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. I Ciclo, 2011-2012.

Em relação aos entrevistados no 1º Ciclo, na maioria das vezes que o usuário vai à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, 91,7% consegue ser escutado.

A implantação do acolhimento e da classificação de risco traz a humanização como concessão fundamental para o funcionamento do serviço, considerando a valorização dos diferentes sujeitos por meio da escuta qualificada e posteriormente resolução dos problemas (GONÇALVES, 2012).

Nesse sentido, o Acolhimento já é um conceito de uso frequente utilizado para indicar a expressão das relações as quais se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. Todavia, não está pautado em uma simples relação de prestação de serviço, vai muito além disso, o Acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada (BRASIL, 2013).

Tomando por base tal conceito, verifica-se que o desenvolvimento do Acolhimento como uma ferramenta, um princípio e uma diretriz tecnológica essencial para a reorganização dos serviços em saúde, caracterizando-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica (AB) e aos demais níveis do sistema. Portanto, o Acolhimento está diretamente relacionado com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários. A organização dos serviços adequadamente ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando sua privacidade, favorecendo a qualificação da assistência prestada e podendo intervir de maneira positiva no estado de saúde do indivíduo e da coletividade (GUERRERO *et al.*, 2013).

Conforme a tabela 8, na última vez que o usuário teve algum problema de saúde que considerou como urgência, 83,3% procurou atendimento, 4,25% não procurou atendimento e 12,5% não tiveram problemas de urgência. Desses atendimentos, 85% foram na UBS, 10% em hospital público e 5% em outra unidade de saúde. Dos usuários que não foram atendidos na UBS da área adscrita, 66,7%

justificaram que a unidade estava fechada no momento da urgência e 33,3% justificaram que a UBS não atende à urgência.

Em relação ao tipo de atendimento, 75% responderam ter utilizado o atendimento para extrair dente; 37,5% para fazer curativo; 12,5% para fazer sutura e 12,5% para retirada de unha.

O Acolhimento também se desdobra no âmbito organizacional e no âmbito político, em um campo predominantemente gerencial. As expressões desta dimensão dão conta do Acolhimento tanto no sentido de organização interna do sistema e da política de atenção à saúde, como também no sentido de cumprimento do preceito legal de direito à saúde (GUERRERO *et al.*, 2013).

A reorganização dos serviços de saúde, a qualificação da assistência prestada, a facilitação e ampliação do acesso são ações que buscam garantir uma participação cidadã junto ao sistema público de saúde. Como tecnologia das relações nas ações de saúde, este tema considera a necessidade de respeito e de relações afetivas no trabalho, a resolubilidade no atendimento e o acesso às informações entre os membros da equipe e entre estes e os usuários (MORAES E BERTOLOZZI, 2011) e isso está claramente observado na pesquisa, pois conforme apresentado na tabela 8, pois, quanto às orientações que os profissionais dão para o usuário, na unidade, atendem às necessidades 59,1% responderam que sim, sempre; 36,4% responderam que sim, algumas vezes e 4,5% responderam que não.

Logo, o Acolhimento, enquanto um posicionamento ou uma postura do serviço de saúde, trata-se de uma manifestação pró-ativa. A incorporação de uma postura de acolhimento passa pela decisão do serviço em dar uma resposta à demanda do usuário, desde uma orientação verbal ao atendimento clínico propriamente. Dessa forma, a escuta de queixas, medos e expectativas, a identificação de riscos e de vulnerabilidades e a responsabilização são ações que remetem a esta dimensão (GUERRERO *et al.*, 2013).

Dessa forma, é capaz de fortalecer o vínculo do serviço com os usuários pelo reconhecimento direto dos profissionais, que têm a responsabilidade de cuidar da saúde individual e comunitária. O usuário identifica o profissional de saúde e a equipe com quem ele estabeleceu vínculo. No âmbito coletivo, quando o serviço tem como postura o acolher, a comunidade estabelece o vínculo, aproximando-se da equipe e da unidade de saúde, pois confere segurança aos usuários, permitindo que

os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à sua saúde.

O vínculo também está intimamente ligado às necessidades de autonomia/autocuidado e ao empoderamento dos atores sociais envolvidos no Acolhimento, pois, ao reforçar a relação de confiança entre serviço e usuário, é possível fortalecer potencialidades para o enfrentamento do processo saúde-doença (MORAES e BERTOLOZZI, 2011).

Mais do que colocar o Acolhimento em prática nos diferentes setores das unidades de saúde, faz-se necessário trabalhar conceitualmente o Acolhimento, como referencial teórico-humanístico que fundamenta as relações entre serviços de saúde e seus usuários. O Acolhimento, enquanto tecnologia relacional, não pode prescindir do treinamento dos trabalhadores para humanizar a atenção, promovendo a execução de todas as atividades que o englobam, tendo em vista a satisfação dos usuários (BREHMER E VERDI, 2010).

Assim, o Acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada: pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilização do potencial dos demais profissionais.

A questão do Acolhimento aos usuários, fundamentado em uma estratégia técnica de recepção, triagem e encaminhamento, contrapõe-se ao discurso de um Acolhimento ideal advindo dos princípios da PNH. Gestores e trabalhadores compreendem o processo de acolher como uma premissa do novo modelo de atenção à saúde, entretanto, podem destoar da retórica do direito à saúde e da prática do descumprimento da garantia constitucional (BREHMER E VERDI, 2010).

Ao analisar o Acolhimento à demanda espontânea, as variáveis significantes para o modelo do Brasil foram o usuário ser escutado sem ter hora marcada para resolver qualquer problema e sentir-se respeitado pelo profissional em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião (PROTASIO, 2014), isso foi encontrado no estudo, conforme demonstrado na Tabela 8, pois 91,7% dos entrevistados responderam que, na maioria das vezes que vai à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado,

bem como quanto ao usuário se sentir respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião, 100% responderam sentir-se respeitado.

Protasio (2014) encontrou que, quando o usuário não se sente respeitado pelos profissionais, ou se sente algumas vezes, quanto aos seus hábitos culturais, costumes e religião, diminui-se a chance de obter a satisfação em relação a quem sempre se sente respeitado pelos profissionais. Esses resultados confirmam os achados obtidos por Bastos *et al.* (2013), o qual constataram que o usuário ser bem tratado pelo profissional de saúde representou uma probabilidade cinco vezes maior de estar satisfeito com a última consulta. Uma pesquisa realizada em Vespasiano, Minas Gerais, perguntou aos usuários sobre qual os benefícios das equipes de saúde da família e encontrou que quem citou um bom relacionamento profissional-paciente, tem uma chance 4,8 vezes maior de obter a satisfação de quem não citou (PEREZ, *et al.*, 2013). Cabe mencionar também o trabalho de Llena, Clemente e Forner (2011) que constataram que quanto aos aspectos relacionados ao atendimento recebido, a satisfação geral foi influenciada significativamente pelo tratamento recebido pelos profissionais, principalmente no interesse do profissional em servir, ouvir e assistir ao paciente.

Ainda, conforme a tabela 8, quando se refere ao tempo de atendimento, 88,2% dos usuários conseguiram ser atendidos na unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada, esperando de cinco minutos (40%) a dez minutos (33,3%) para serem atendidos.

A classificação de risco objetiva, justamente, otimizar o tempo de espera conforme a gravidade da condição clínica dos usuários, de modo a tratar mais rapidamente os sintomas mais intensos, diminuindo assim, as chances de um prognóstico com impactos negativos, resultantes de atraso no tratamento. Sendo assim, consegue garantir que os procedimentos terapêuticos sejam iniciados em momento oportuno (SOUZA *et al.*, 2014).

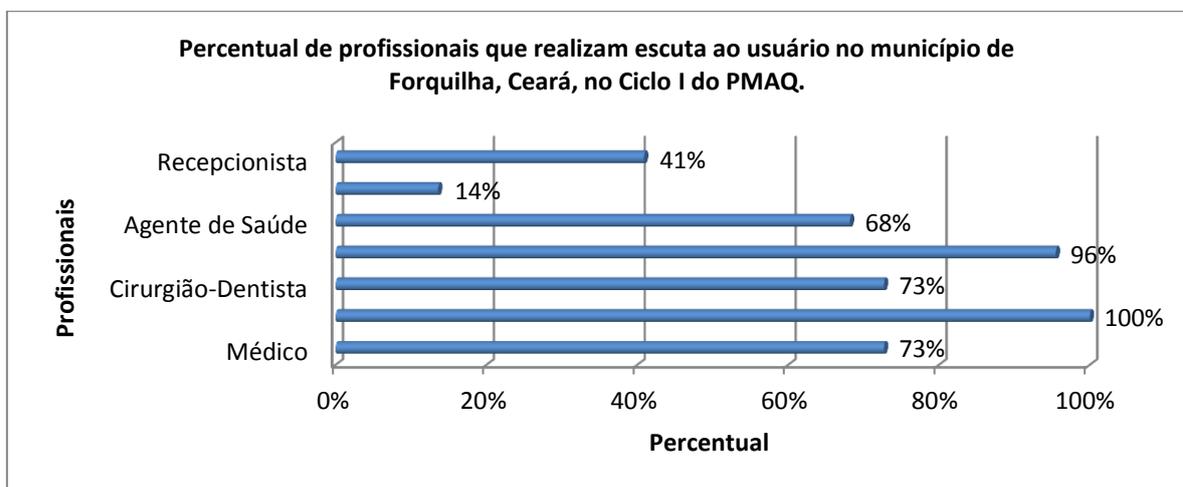
Nonnenmacher, Weiller e Oliveira (2012), reafirmam em seu estudo que a classificação de risco vem para priorizar o atendimento dos usuários graves, não excluindo a demanda espontânea do serviço de urgência e emergência. Essa estratégia permite informar ao usuário a expectativa de atendimento e o tempo de espera reduzindo-lhe a ansiedade e ampliando o seu nível de satisfação.

A classificação de risco é colocada em prática através das escalas e de protocolos, o que confere aos profissionais que o fazem, maior segurança e controle

da situação. Para utilização desses instrumentos é indispensável o conhecimento clínico que permite o profissional reconhecer os usuários que sofrem com agravos agudos e precisam de intervenção médica e de enfermagem rápida ou imediata, reduzindo-se assim o risco das mortes evitáveis e também aqueles que podem ser seguramente encaminhados, na certeza que receberam atendimento. Essa estratégia fornece aos profissionais uma confiança no seu trabalho por saber que, quem está do lado de fora, pode esperar um pouco mais pelo atendimento (NASCIMENTO *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2014).

Assim, as contribuições vêm juntas para garantir aos usuários uma assistência de qualidade completa, não só pela vertente de tornar o processo de atendimento mais ágil, rápido e dinâmico aos usuários em condições graves, mais vem proporcionar a todos uma humanização integral de atenção à saúde (BRASIL, 2009). As possibilidades que permeiam o Acolhimento e a classificação de risco são várias e tendem sempre a contribuir para uma assistência de qualidade, resgatar a humanização no atendimento ao cliente e proporcionar um atendimento mais seguro, propiciando também aos profissionais da área da saúde a autonomia, reconhecimento por sua atuação, tornando-se indispensável no atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família a partir de um planejamento participativo e de uma programação autônoma para a aquisição de resultados significativos no atendimento à demanda de risco e vulnerabilidades de saúde.

Gráfico 4 - Percentual de profissionais que realizam escuta ao usuário no município de Forquilha, Ceará, no Ciclo I do PMAQ



Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. I Ciclo, 2011-2012.

Para Merhy *et. al* (2016), o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Isso está bastante evidenciado nos achados do estudo, pois conforme demonstra o gráfico 4, verifica-se a escuta ao usuário por parte dos profissionais do serviço, sendo os profissionais responsáveis por essa escuta o/a enfermeiro(a) (100%), Técnico/auxiliar de enfermagem ou de saúde bucal (95,5%), médico (72,7%), cirurgião dentista (72,7%), agente comunitário de saúde (68,2%), recepcionista (40,9%) e vigilante (13,6%), inserindo-o no contexto da dinâmica do serviço.

Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como Acolhimento, qualidade e acesso. Assim, acesso e Acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado (MERHY, 2016). Com a expansão e reestruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, como garantia da Carta Magna de 1988, em que os municípios têm assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus munícipes, sobretudo, da rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou nuances qualitativas.

A acessibilidade permite que os usuários cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, atendendo às necessidades de quem busca o cuidado ou a assistência em saúde (CLEMENTINO, 2015). Ressalta-se, portanto, a importância e a necessidade da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de diversos aspectos. No contexto atual de construção do SUS, é fundamental que sejam potencializados caminhos para melhor acolher as pessoas no sistema de saúde.

Assim, o Acolhimento como diretriz operacional apresenta-se como possibilidade de arguir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários, em que local, em que circunstâncias, qual finalidade e resultados (FRANCO TB, MERHY EE, 2011). O Acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a

exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Nesse sentido, é fundamental a avaliação de experiências como a Estratégia Saúde da Família a partir do olhar de profissionais e usuários sobre que acesso e que Acolhimento estão sendo produzidos no cotidiano de suas práticas.

Tabela 9 - Dados dos usuários do serviço de saúde relativos ao Acolhimento no ciclo II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2013-2014

Variáveis	Continua n	%
1. O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?		
Sim	20	74,1
Não	7	25,9
2. No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo para resolver o seu problema?		
Sim	15	75,0
Não	5	25,0
3. Qual o profissional que atendeu o(a) senhor(a) na última vez quando veio sem hora marcada?		
Médico	5	25,0
Enfermeiro	10	50,0
Auxiliar/técnico de enfermagem	3	15,0
Outro(s)	1	5,0
Não sabe/não respondeu/não lembra	1	5,0
4. O senhor(a) sabe se esta unidade atende urgência?		
Sim, atende	12	63,2
Não atende	7	36,8
5. O senhor(a) conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite?		
Sim	12	100,0
6. O(a) senhor(a) sabe se esta unidade de saúde faz algum destes atendimentos?		
Retira furúnculo	1	4,8
Retira unha	2	9,5
Retira "corpo estranho" do ouvido	2	10,0

Tabela 9 - Dados dos usuários do serviço de saúde relativos ao Acolhimento no ciclo II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2013-2014

	Conclusão	
Dar ponto	3	13,0
Retira ponto	16	61,5
Faz curativo	16	61,5
Faz nebulização	14	56,0
Faz injeção	20	83,3

Fonte: Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. II Ciclo, 2013-2014.

Já para o 2º Ciclo do Pmaq no município de Forquilha, Ceará, quando interrogados sobre a necessidade de ir na UBS sem hora marcada, 74,1% dos usuários responderam que sim e 25,9% responderam que não. No momento em que o usuário foi recebido 75% responderam que foi realizado algo para resolver o seu problema enquanto 25% responderam que não.

Em relação ao profissional que atendeu o usuário na última vez que procurou a UBS sem hora marcada, relataram que os profissionais foram o(a) enfermeiro(a) (50%), o médico (25%), auxiliar/técnico de enfermagem (15%), outro tipo de profissional (5%) e alguns não souberam identificar o profissional que o atendeu (5%).

Em relação ao tipo de atendimento, 63,2% sabem que a UBS atende urgência, enquanto que 36,8% relataram que a unidade não atendia urgência, porém 100% dos usuários responderam contar com a UBS caso necessitasse de atendimento em urgência.

Dos procedimentos de urgência habituais foram apontados a aplicação de injeção (83,3%), curativo (61,5%), retirada de ponto (61,5%), nebulização (56%), sutura (13%), retirada de corpo estranho no ouvido (10%), retirada de unha (9,5%), retirada de furúnculo (4,8%).

Tabela 10 – Dados dos usuários do serviço de saúde relativos ao Acolhimento à gestante no ciclo II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2013-2014

Variáveis	Continua	
	n	%
1. A senhora teve algum problema ou urgência durante a gravidez?		
Sim	2	50,0

Tabela 10 – Dados dos usuários do serviço de saúde relativos ao Acolhimento à gestante no ciclo II do PMAQ do município de Forquilha, Ceará, 2013-2014

	Conclusão	
Não	2	50,0
2. Onde procurou atendimento?		
Nesta unidade de saúde	1	50,0
Pronto-atendimento 24 horas	1	50,0
3. Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?		
Porque a unidade estava fechada no momento da urgência	1	100,0
4. A senhora conseguiu ser atendida nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?		
Sim	1	100,0
5. Qual o profissional atendeu a senhora?		
Enfermeiro	1	100,0

Fonte: Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. II Ciclo, 2013-2014.

Em relação às usuárias em período de gestação, 50% apontou ter problemas de urgência durante a gravidez, dessas, 50% procurou a UBS e 50% procurou uma unidade de Pronto Atendimento. Das usuárias que procuraram o PA, 100% justificaram que a UBS se encontrava fechada no momento da urgência. 100% das gestantes conseguiram atendimento na UBS sem hora marcada e 100% foram atendidas pelo profissional enfermeiro.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o Acolhimento no pré-natal implica a recepção da mulher na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, promovendo a continuidade da assistência, quando necessário.

O cuidado pré-natal é um dos principais constituintes do Pacto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe de indicadores formais para o seu monitoramento. A forma como é desenvolvido pode ser indicativa da qualidade dos serviços de saúde e, assim, ao ser avaliado, considerando-se sua realização em unidades da Estratégia Saúde da Família, pode-se ter, conseqüentemente, a avaliação do próprio modelo de atenção (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação na história da Saúde Pública. No Brasil, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidades materna e perinatal, tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, essas políticas têm se fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal. Um atendimento acolhedor em caso de urgência, para a gestante também deve ser um objeto de atenção dentro da ABS e, conseqüentemente, poderia diminuir agravos materno e infantil (BRASIL, 2012).

Para ampliar a qualidade do cuidado pré-natal, implantou-se no Brasil, no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde. O PHPN propõe os seguintes critérios: realização de seis consultas de pré-natal para gestações a termo, sendo a primeira no primeiro trimestre; imunização contra o tétano; exames laboratoriais básicos (incluindo HIV e sífilis); procedimentos clínico-obstétricos; e consulta puerperal (42 dias pós-parto) (ANDREUCCI e CECATTI, 2011). Essas recomendações já foram utilizadas por estudiosos brasileiros para caracterizar e avaliar a atenção ao pré-natal, principalmente com foco em elementos específicos: indicadores de cobertura, recursos materiais, protocolos de tratamento, satisfação das usuárias e resultados da atenção (BRASIL, 2010).

Avaliar a qualidade da atenção pré-natal é importante pelo seu potencial para evitar óbitos infantis e maternos (MENDOZA-SASSI, *et al.*, 2011). É a avaliação do processo de um programa de saúde que analisa realmente o seu funcionamento, pois contempla os cuidados efetivamente fornecidos e recebidos na assistência. Assim, são igualmente importantes tanto as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica, quanto as atividades dos pacientes na procura e na utilização dos tratamentos disponibilizados (BRASIL, 2012), inclusive tendo Atenção Primária como um potencial indicador no transcurso da assistência, pois já desenvolve o vínculo e a longitudinalidade das gestantes da área adscrita. Ademais, a desobediência às normas e rotinas do programa, principalmente a inadequação dos registros das consultas, tem sido apontada pela própria literatura como um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal (COUTINHO, 2015).

Na rede básica de saúde, os profissionais são responsáveis pela assistência pré-natal de toda a clientela que utiliza aquele serviço, o que significa a necessidade de uma formação em atenção pré-natal de qualidade, neste estudo, os resultados mostram que na maioria das Unidades Básicas de Saúde o cuidado pré-natal de urgência é realizado por profissionais da Enfermagem (100%). Este resultado se mostra em consonância com a pesquisa de Narchi (2010), na qual a assistência pré-natal, incluindo a urgência era realizada por Enfermeiro especialista em modalidades específicas.

Longe de representar uma abstração ou utopia de materialização difícil, o Acolhimento traduz-se por gestos simples com forma cordial de atendimento, na qual os profissionais chamam as gestantes pelo nome, informam sobre condutas e procedimentos a serem realizados por intermédio de uma linguagem adequada, escutam e valorizam as narrativas das usuárias, garantem sua privacidade, dentre outras atitudes humanizadoras passíveis de serem operadas, se respeitada a ética da alteridade (CARVALHO ; FREIRE; BOSI, 2009).

Silva, Andrade e Bosi (2014) acreditam que o local de atendimento à assistência pré-natal deva ter fácil acesso no que concerne à realização e marcação de consultas, para que a atenção não seja postergada a ponto de afetar adversamente a identificação e manejo de possíveis problemas. Assim, a facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde, juntamente com o acolhimento, favorece o estabelecimento da relação de confiança e de vínculo entre profissionais e a comunidade, contribuindo para melhor adesão ao projeto terapêutico proposto.

Conforme se observa, o acesso funcional designa a primeira etapa a ser alcançada pela gestante, quando parte em busca da satisfação de suas necessidades na assistência pré-natal (SILVA, ANDRADE E BOSI, 2014). Sabe-se o quão relevante é o início da assistência pré-natal, bem como sua continuidade, para que o desfecho da gestação seja favorável, tanto para a mãe quanto para o bebê. Portanto, o acesso é fundamental para legitimar a efetivação do SUS como política pública em defesa da vida nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2006).

A interação pautada na humanização e no Acolhimento contribui para que a gestante mantenha vínculo com os serviços de saúde durante todo o período gestacional, reduzindo consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas. Além disso, a assistência gestacional, quando mediada por diálogo e respeito entre

profissionais de saúde e gestantes, representa o primeiro passo para o parto humanizado (LANDERDAHL et al., 2007).

6 CONCLUSÕES

Nesse estudo foram analisados todos os limites e as possibilidades encontrados no Acolhimento e na classificação de risco compreendidos nas quesitações do recorte Acolhimento dos Ciclos I e II do PMAQ-AB no município de Forquilha, Ceará, tendo dois enfoques diferentes: a primeira, parte das respostas dos profissionais de saúde e a segunda visão é a dos usuários do serviço de saúde do mesmo município.

Evidencia-se que os profissionais e os usuários são os principais atores do Acolhimento e da classificação de risco. Percebe-se que o estudo desse instrumento propiciou a identificação evidente que o município vem conseguindo cumprir a proposta do ministério da saúde dos últimos anos que é organizar os serviços de Acolhimento de Atenção Básica através do atendimento às urgências com classificação de risco e vulnerabilidade na Atenção Primária em Saúde, fortemente rompendo assim com a hegemonia de cuidado curativo centrado na atenção hospitalar.

Além disso, constata-se que é fundamental a criação de um mecanismo de informações aos usuários sobre a disposição dos serviços de saúde e suas funções, ocorrendo da mesma forma com o acolhimento e a classificação de risco. Sugere-se que as informações percorram em todas as mídias (televisão, rádio, jornais impressos, internet, folder distribuídos dentro dos próprios estabelecimentos de saúde), com o objetivo de disseminar a informação o maior número de usuários possíveis.

Quanto à percepção dos profissionais de saúde que responderam ao questionário do PMAQ em ambos os ciclos, verificou-se que, quanto à implantação do Acolhimento, tornou uma realidade no município com 100% de adesão a partir do 2º Ciclo. No entanto, quando se refere aos turnos em que o Acolhimento é realizado, permaneceu a unanimidade de 100%, em ambos os Ciclos, mas com uma queda de 10% no turno da tarde referente ao Ciclo II em relação ao Ciclo I. Igual redução foi verificada em relação à frequência com que esse Acolhimento ocorre, sensivelmente, na qual era realizado, na maior parcela, durante os cinco dias por semana no 1º Ciclo, passando a uma menor frequência, entre três dias e cinco dias por semana no 2º Ciclo.

Quanto à existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para Acolhimento à demanda espontânea/urgência, observou-se um grande avanço entre os dois ciclos, sendo uma evolução no uso de protocolos com definição das referidas diretrizes. Ainda sobre o protocolo de Acolhimento, observou-se que houve aumento no que se refere à consideração de queixas mais frequentes dos usuários bem como problemas por ciclos de vida.

Quando se compara os dados dos profissionais de saúde relativos à dinâmica da Equipe da AB frente ao Acolhimento nos Ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, verificou-se que houve uma melhoria na capacitação dos profissionais em avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, todavia, mesmo com melhoria na capacitação, verificou-se uma diminuição na realização do Acolhimento com observância no risco e vulnerabilidade dos usuários entre os ciclos. Significativa redução também se verificou quanto à reserva de vaga para atendimento no mesmo dia, caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia.

Quanto ao apoio de transporte sanitário, com serviço de remoção de usuário na UBS, verificou-se uma melhoria do Ciclo I para o Ciclo II. Quanto ao serviço utilizado para essa remoção, não houve informação no Ciclo I, porém foi apontado a ambulância do serviço móvel próprio e outros serviços para o Ciclo II.

Quando se trata da comparação dos dados dos profissionais de saúde relativos ao fator tempo para resolução de demandas no Acolhimento nos Ciclos I e II do PMAQ do município de Forquilha, observou-se que em relação ao tempo que, normalmente, o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/ acolhimento foi, na maior parcela, considerando cinco e dez minutos de espera, no Ciclo I e em dez minutos no Ciclo II, podendo se estender a vinte ou trinta minutos no Ciclo II.

Verificou-se também uma queda no tempo máximo de agendamento definido pela equipe, sendo que no Ciclo I, havia a definição desse tempo para uma não definição no Ciclo II. Sobre o tempo, em dias, de espera por uma consulta agendada, foi apontado uma espera, normalmente, com maior frequência de 1 dia no Ciclo I para, igualmente espera de 1, 4 ou 5 dias no Ciclo II.

Quanto aos dados referentes aos profissionais de saúde constantes nas quesitações apenas no 1º Ciclo do PMAQ do município de Forquilha – CE, verifica-se que, para os profissionais, todos os usuários que chegam à unidade de saúde

espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas, sendo sempre acolhidos, dentre os demais profissionais, por enfermeiros, auxiliar de enfermagem ou técnico em saúde bucal, todavia há também participação, em menor frequência, dos profissionais auxiliar em saúde bucal e agente comunitário de saúde, ainda havendo a participação dos profissionais cirurgião dentista, médico e técnico de enfermagem.

É reconhecido pelos profissionais, nesse primeiro ciclo que a equipe considera, no protocolo, como queixas mais frequentes, problemas por ciclos de vida (criança, mulher, homem, idoso), problemas relacionados à saúde mental, traumas/acidentes e captação precoce de gestantes. Ainda, segundo os profissionais entrevistados, as equipes realizam avaliação de risco e vulnerabilidade no Acolhimento dos usuários e, em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir a resposta na maioria dos casos. Assim, as ações desencadeadas a partir do Acolhimento realizado apareceram: orientação, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema, solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta, medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação, prescrição de alguma medicação, agendamento de consultas para usuários na agenda do médico, marcação de consultas na agenda do dentista e marcação de consultas na agenda de outro profissional.

A equipe de atenção básica não realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses no Ciclo I do PMAQ, não havendo dado relativo ao Ciclo II nesse sentido.

Já em relação aos dados constantes apenas no 2º Ciclo do PMAQ no município de Forquilha, Ceará, para os profissionais, o Acolhimento é realizado na sala de espera ou na recepção. A maior parte das UBS apresentavam mais de uma equipe, porém conforme os profissionais entrevistados, o Acolhimento é realizado em equipe individualizada, enquanto pequena parcela afirmou que a equipe realizava o Acolhimento “conjunto” com outra equipe da UBS. Havia reserva de vagas para consultas de demanda espontânea na maior parte das equipes.

Em relação ao quesito de a equipe possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para Acolhimento à demanda espontânea, foram apresentadas as seguintes situações: queixas mais frequentes na criança, problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico, captação precoce de

gestantes e intercorrências na gestação, queixas mais frequentes no idoso, problemas respiratórios, queixas mais frequentes no adulto, Dengue, traumas e acidentes. Em relação ao atendimento, foram relatados os seguintes tipos: dor torácica, crise convulsiva, crise de asma, crise hipertensiva, hiperglicemia em diabéticos, casos suspeito de dengue e nefrolitíase.

Em relação à forma de como são agendadas as consultas na unidade de saúde, destacaram-se os agendamentos em qualquer dia da semana, em qualquer horário; em dias específicos fixos, em horários específicos, dentre outras formas de agendamento. Quanto à forma de como os usuários são agendados, dá-se através de fila para pegar senha. Quanto a via para agendamento, este pode ser feito de forma presencial, por telefone ou via internet.

Na segunda perspectiva, a visão dos usuários dos serviços, em relação à satisfação dos usuários do serviço de saúde, quando interrogado sobre o que acha sobre a forma como é acolhido (a)/recebido(a) ao procurar o serviço de saúde do município, houve uma evolução positiva na opinião dos usuários, sendo considerado muito bom ou bom. Em relação ao tempo de espera, desde a chegada à unidade de saúde, para conversar sobre o problema com algum profissional de saúde, a maioria respondeu uma média de 30 minutos, observando-se uma significativa melhora para a primeira escuta no 2º Ciclo da PMAQ, considerando-se o tempo médio de 10 minutos a 20 minutos para a realização da primeira escuta.

Na maioria das vezes em que o usuário vai à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, ele consegue ser escutado, sendo os profissionais responsáveis por essa escuta o/a enfermeiro(a), técnico/auxiliar de enfermagem ou de saúde bucal, médico, cirurgião dentista, na maioria. Quanto às orientações que os profissionais dão para o usuário, na unidade, estas atendem às necessidades do usuário. Além disso, o usuário se sente respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião.

Na última vez que o usuário teve algum problema de saúde que considerou como urgência, número considerável procurou atendimento e foram atendidos na UBS. Dos usuários que não foram atendidos na UBS da área adscrita, justificaram que a unidade estava fechada no momento da urgência.

Em relação ao tipo de atendimento, os usuários responderam ter utilizado o atendimento para extrair dente; para fazer curativo; para fazer sutura e para retirada de unha.

Já para o 2º Ciclo do PMAQ no município de Forquilha, Ceará, quando interrogados sobre a necessidade de ir à UBS sem hora marcada, a maioria respondeu positivamente.

Em relação ao profissional que atendeu o usuário na última vez que este procurou a UBS sem hora marcada, relataram que os profissionais foram o(a) enfermeiro(a), o médico, auxiliar/técnico de enfermagem, outro tipo de profissional e alguns não souberam identificar o profissional que o atendeu.

Em relação ao tipo de atendimento, a maioria sabe que a UBS atende urgência, e os usuários contam com a UBS caso necessitasse de atendimento em urgência.

Dos procedimentos de urgência habituais foram apontados a aplicação de injeção, curativo, retirada de ponto. Em relação às usuárias em período de gestação, 50% apontou ter problemas de urgência durante a gravidez, dessas, 50% procurou a UBS e 50% procurou uma unidade de Pronto Atendimento. Das usuárias que procuraram o PA, 100% justificaram que a UBS se encontrava fechada no momento da urgência. 100% das gestantes conseguiram atendimento na UBS sem hora marcada e 100% foram atendidas pelo profissional enfermeiro.

No processo de consolidação do modelo de atenção à saúde, de reorganização das práticas de cuidado e de qualificação da assistência, o Acolhimento tem se configurado como diretriz contributiva à materialização dos princípios do SUS. Na perspectiva das boas práticas, o Acolhimento converte-se num ponto de intersecção entre diferentes sujeitos e práticas de cuidado na AB. Representado através do bom trato, bom relacionamento com a comunidade, vínculo, escuta seguida de orientação, ele desdobra-se em diferentes dimensões, como: diálogo, postura e reorganização dos serviços.

O Acolhimento não é uma prática isolada, mas um conjunto de práticas que se traduz em atitudes que as pessoas tomam nas interações que se estabelecem no ambiente dos serviços de saúde.

O Acolhimento na dimensão reorganização do serviço de saúde, situado em um campo predominantemente gerencial, expressa tanto a organização interna do sistema e da política de atenção à saúde, quanto o exercício de uma participação cidadã junto ao sistema público de saúde. Contudo, a compreensão a respeito do modelo de atenção à saúde em desenvolvimento destaca-se como imperativo para realização de uma atenção acolhedora

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A.M.; DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre vol.33, n.4,. Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2016.
- ACOSTA, A. M.; LIMA, M.A.S. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. Goiânia**, 2013 abr/jun;15(2):564-73. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a31.pdf. Acesso: 13 ago. 2016.
- ALBINO, M. R.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Rev. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 182-194, Out 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2016.
- ALDANA, J. M.; PIECHULEK, H.; AL-SABIR, A. A satisfação do cliente e a qualidade do serviço da Comunidade Integrada em Bangladesh. **Boletim da Organização Mundial de Saúde**, v. 79, n. 6, p 502-507, jan. 2001.
- ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z. A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 1115-1124, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700043&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2016.
- ANDRADE, C. S.; FRANCO, T.B. F.; COELHO, V. S. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.10, n.2, p. 106-115, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/02acolhimento.pdf>. Acesso em: 20 jul. 216.
- ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, Jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2016.

ARAÚJO, Y.B. et al. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros.

Perspectivas on line: Ciências Biológicas e da Saúde. Campo dos Goytacazes. 15 (4), 25-49, 2014. Disponível em: http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/566. Acesso em: 14 set. 2016.

ARRUDA, C e SILVA DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 5, p. 758-766, Out. 2012 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2016.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 10 mar. 2016.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 91-108.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. A Construção de um processo interdisciplinar e humanização à luz de Freire. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. 3, p. 427-434, Sept. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2016.

BARBOSA, A. M. M. **Atuação dos enfermeiros no acolhimento a criança no serviço de urgência e emergência de um hospital universitário.** 2011. 57f.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35953/000816093.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BARBOSA S. P. et al. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Rio de Janeiro: Persona, 1977.

BASTOS, G.A.N. et al. Fatores que influenciam a satisfação do usuário de um serviço ambulatorial em uma população de baixa renda : um estudo de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 114-124, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100114&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 18 abr. 2016.

BEATO, M. F. et al. A Importância da Classificação de Risco em um Pronto Socorro. In: XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 2011, **Anais eletrônicos...** São Paulo: Universidade Vale do Paraíba. 2011. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/RE_0137_0103_01.pdf. Acesso em: 20 jun. 2016.

BELLUCCI, J. J.; MATSUDA, L.M. Implantação Do Sistema Acolhimento Com Classificação E Avaliação De Risco E Uso Do Fluxograma Analisador. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 217-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-406, mar./ago, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>. Acesso em: 14 set. 2016.

BOHN, M. L. S. **Classificação de risco Manchester**: opinião dos enfermeiros do Serviço de emergência do hospital de clínicas de Porto Alegre. 2013. 62f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/69756>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196** de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

_____. 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 (DF): MS; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com classificação de risco**. Brasília, 2004. (Série Cartilhas da PNH).

_____. Ministério da Saúde. **O processo de trabalho em saúde**: curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. [S.l.]: Fiocruz, 2005. p. 67-80.

_____. Ministério da Saúde. **Ambiência**: Humanização dos “Territórios” de encontros do SUS: Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Brasília: Fiocruz: Ministério da Saúde, 2006. p 36-45.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.– 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília (DF): MS; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): MS; 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12** - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Brasília; 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, p.1-53, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília, p. 110, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2014.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. Acesso em: 05 ago. 2014.

_____. Caderno de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. n. 28, Volume I. MS. Brasília: 2013.

_____. Caderno de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. n. 28, Volume II. MS. Brasília: 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca. Relatório final. Brasília: Ministério

da Saúde, 2004 a. 232 p. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorios_12.pdf>. Acesso em:
24 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção da Saúde**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2048** de 02 de novembro de 2002. Dispões sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento das práticas de produção da saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 16 ago.2014.

_____. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2016.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

CAVALCANTE, F.J.B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2016.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: perspectiva interdisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2006. p. 259-278.

CECIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: <http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20Quadril%e1tero%20da%20Forma%e7%e3o%20para%20a%20c1rea%20da.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.

CLEMENTINO, F.S. et al. Acolhimento na Atenção Básica: Análise a partir da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Revista Saúde e Ciência on line**, 2015; 4(1): 62-80. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasauedeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/viewFile/229/160>. Acesso em: 14 mar. 2016.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1532-1531, set./out., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2016.

CORDEIRO, J. W. **A gestão de riscos na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

COUTINHO, L.R.P. **Acolhimento aos usuários na atenção primária à saúde**. 2015.95f. Dissertação, (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Larissa%20Coutinho.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

CRUZ, M.M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p. 180-196. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=435v>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

CRUZ, M. M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 38, N. ESPECIAL, P. 124-139, OUT 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DESLANDES, S F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.v9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

DOURADO, E.M. R. **Análise da política de atenção às urgências**: uma proposta. Dissertação. 2013. 155f. (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17663/1/2013_ElianaMariaRibeiroDourado.PDF. Acesso em: 10 fev. 2015.

DUARTE, M. M.; SILVINO, Z. R. ACREDITAÇÃO HOSPITALAR X QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], oct. 2010.>. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/858>>. Acesso em 24 mar. 2015.

FAIMAN, C.S. et al. Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais de saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v.27, n. 2, p. 257, ab./jun, 2003. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0104-7809&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FORTES, P.A.C.; MARTINS, C.L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial, p. 31-39, dez., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2015.

FARIA, H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon: UFMG: Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

FEIJÓ, V.B.E.R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola. 2010. 112 p. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/113.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n6/03.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

FONTANELLA, B.J.B.; MAGDALENO, J.R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 63-71, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2016.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319>. Acesso em: 08 abr. 2016.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília,[S.l.], v. 6, n. 2, abr. 2012. ISSN 1982-8829. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos. In: Merhy et al. **Trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O reconhecimento da produção subjetiva do cuidado. **Rev Salud colectiva**, vol.7, no.1, Lanús, Argentina, jan./abr. 2011. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/251>. Acesso em: 19 maio 2016.

FREITAS, M.L.A.; MANDÚ, E.N.T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.23, n. 2:200-5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, F. S. F. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco**. 2010. 155p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

GONÇALVES, L. C. **Acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência de uma capital do nordeste**. 2012. 124f. Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012. Disponível em: <http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Lucyanna%20Campos.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, RJ: EAD, Ensp, 2011. 480 p. p.153-190. Disponível em: < <http://goo.gl/sWytzp>>. Acesso em: 15 out. 2015.

GUARDINE, R. Ética do Acolhimento. **Revista Thot**, São Paulo, v.77, p.63-69,2002.Disponível em:<http://www.palathena.org.br/revista_thot.php>Acesso em: 12 abr. 2015.

GUERRERO, P. et al. O Acolhimento como boa prática na Atenção Básica à Saúde. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 132-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2016.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 493-502, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500002>. Acesso em: 25 out. 2014.

IBGE. **Cidades Recenseamento 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em; 10 abr. 2015.

KAWATA, L.S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 313-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/15.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2015.

KÖCHE, J.C. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 24. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

LANDERDAHL, M.C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-111, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15>. Acesso em: 10 fev. 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. 5. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **A soma qualitativa**. Disponível em <<http://www.fsp.usp.br/quali-saude>> Acesso em: 12 abr. 2015.

LEFÈVRE, A.M.C.; CRESTANA, M.F.; CORNETTA, V.K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização. **Rev Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.12, n.2, p.68-75, jul-dez 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n2/07.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

LLENA, C.; CLEMENTE, G.F.L. Parental Satisfaction with Children's Primary Dental Care in Valencia, Spain. **Primary Dental Care**, v. 18, n. 1, p. 25-30, jan. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21214976>. Acesso em: 12 mar. 2015.

MACHADO, M.H. et al. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final – Região Nordeste. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/perfil_medico.pdf. Acesso em: 10 mar. 2015.

MALTA, D.C.; MERHY, E. E. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS**: produção científica doutorado e mestrado (DF), 2002, p.69-101.

MARQUES, I.R.; SOUZA, A.R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 141-4, jan./fev 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1a24.pdf>> Acesso em: 22 jun. 2014.

MARTINS, M.C.F. **Humanização das relações assistenciais de saúde**: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 240f. Dissertação. (Mestrado Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/SilviaMatumoto.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015

MEDEIROS, F.A. et al. Acolhimento em uma unidade de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 12, n. 3, p 402-413, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>. Acesso em: 08 out. 2015.

MELO, M.C.B. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, supl. 4, p. 3-11, 2008.

MENDOZA-SASSI, Raul A. et al . Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-796, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2015.

MERHY, E.E. et al. A integralidade desde a perspectiva do cuidado em saúde: uma experiência do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev Salud Colectiva**, vol.12 n.1 Lanús, Argentina, Jan./Mar. 2016. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/874>. Acesso em: 14 abr. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). et al. **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MITRE, S. M. et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):2071-2085, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção dos usuários do SUS sobre cuidados em saúde pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p 1419-1440, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2015.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 2010; 44(3):597-604. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2015.

MORAES, P.A.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 2011 Mar; 45(1):19-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na zona leste da cidade de São Paulo–Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 2010; 44(2):266-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2015.

NASCIMENTO, E.R.P. et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de enferm**. UERJ. Rio de Janeiro, p. 84-88, jan.-mar. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2016.

NASCIMENTO, E.R.P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 13, n. 4, p. 597-603, out/dez 2011b. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf> >. Acesso em: 10 ago. 2016.

NONNENMACHER, C.L.; WEILLER, T.H.; OLIVEIRA, S.G. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 14, n. 3, p. 541-549, jul/set 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a10.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

OLIVEIRA, E. N. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: concepções de um grupo de trabalhadores. **Cadernos ESP**, Ceará 6(1): 42-53, jan./jun. 2012.

OLIVEIRA, E.B.; SOUZA, N.V.M. Estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. **Rev. enferm. UERJ**; 20(4): 457-462, out.-dez. 2012. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/bde-25307>. Acesso em: 14 mar. 2015.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface comunicação, saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n.27, p.749-762, out./dez, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2015.

PACHECO, M. A. B. P. (Org.). **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência – RUE**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA - São Luís, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/UNIDADE_4.pdf. Acesso em: 14 mar. 2015

PALÁCIOS, M.; REGO, S.; SCHRAMM, F.R. A regulamentação brasileira em ética em pesquisa envolvendo seres humanos. In: MACHADO, R. M.; CARVALHO, D. M.; BLOCK, C. K.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PASCHE, D.F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS: formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2014.

PASSOS, E. (Org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. 2.ed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, A.D.A. et al. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 55-61, mar., 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9049>. Acesso em: 08 jun. 2015.

PEREIRA, RPA. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família**. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm. Acesso em: 10 jul. 2014.

PEREZ, L. G. et al. Satisfação do profissional e da comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 403-413, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/76644>>. Acesso em: 1º ago. 2014.

PINTO, H. A.; KOERNER, R.S.; SILVA, D.C.A. Prioridade traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica. Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.rededepesquisasaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhoresrecursos-para-a-atencao-basica/>>. Acesso em: 23 set. 2016.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora, **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 358-372, out. 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/RSD_AB_WEB_031114.pdf. Acesso em: 23 set. 2016.

PINTO, H. A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. 2014.231f. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/108955>. Acesso em: 20 ago. 2016.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS: **Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

PRODANOV, C.C. & FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PROTASIO, A.P.L. **Fatores associados à satisfação dos usuários quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do primeiro ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB**. 2014. 175f. Dissertação (Mestrado em modelos de decisão e saúde) –Universidade Federal da Paraíba - UFPB/CCEM: João Pessoa, 2014. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/6561>. Acesso em: 20 ago. 2016.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003; 19:27-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2016.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. **Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva - Secretaria executiva da Rede IDA; Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/artigo03.asp>. Acesso em: 10 jul. 2016.

ROSSI, F.R & LIMA, M.A.D.L. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2016.

SAES, S.O.; RAYS, J.; GATTI, M.A.N. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. **Salusvita**, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-666321>. Acesso em: 14 maio 2016.

SANTOS, E.M. et al. Sensibilização e enredamento: contribuições para a institucionalização do monitoramento e avaliação como uma prática de gestão reflexiva. In: LIBONATI, A; GARCIA, D.; EITLER, K. (Org.). **Comunicação e transformação social 2**: Canal Futura - 15 anos na estrada. São Leopoldo: Unisinos, 2012.

SANTOS, F.S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 603-613, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P. Classificação de Risco em emergências- um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 14-17. 2011. Disponível em:<<http://revista.portalcofen.gov.br>> Acesso em: 10 abr. 2016.

SILVA, M.Z.N.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, Out-Dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SILVA, J.A.G.; MASCARENHAS, M.T.M.(Org.). **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade**: aspectos conceituais e metodológicos. São Paulo: Ícone; 2014, p. 241- 57.

SILVA, J.A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da Atenção Básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In:PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. 320p.

SIMÕES, A. L. **Trabalho e saúde de equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus**. 2014. 105f. Tese (Doutorado em Ciências da área de Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/simoesald.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2015.

SKALINSKI, L. M.; PRAXEDES, W. L.A. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**. Maringá, v. 25, no. 2, p. 305-316, 2003. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/2185-6027-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2185-6027-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 10 maio de 2015.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5,n.4,p.493-503, out./dez. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768>>._Acesso em: 22 abr. 2015.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 24, supl1, p. 5100-5110, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

SOUZA, C.C. et al. Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências. **Invest. educ. enferm.** Medellín, v. 32, n.1, p. 78-86, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2015.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a porta. In: **Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Pág: 207-246.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A.Org. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/Instituto de Medicina Social; 2003. p. 89-111.

TESSER, C.D.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov, 2010;15(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2015.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística** (recurso eletrônico)/ Sonia Vieira. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 202p.

XIMENES NETO, F.R.G. et al. Percepção dos enfermeiros sobre a prática profissional na estratégia saúde da família. **Biblioteca Lascasas**, 2009; 5(5). Disponível em: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0468.php>>. Acesso em: 14 set. 2015.

XIMENES NETO, F.R.G.; SAMPAIO, J.J.C. Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família. **Gerencia y Políticas de Salud**, [S.l.], v. 11, n. 22, jun. 2012. ISSN 1657-7027. Disponível: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/3296/2501>>. Acesso em: 14 set. 2015.

ZANELATTO, D.M.; PAI, D.D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Paraná, v. 9, n. 2, p. 358-365, abr/jun. 2010. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9390/6087>. Acesso em: 14 maio 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Presidência

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

O abaixo assinado se compromete a manter total sigilo em relação às informações a que tiver acesso junto ao banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): avaliação externa do Estado do Ceará, especificamente o município de Forquilha, objeto de sua dissertação de mestrado intitulada **“ACOLHIMENTO HUMANIZADO COM AVALIAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: uma proposta analítica sob a perspectiva na melhoria da qualidade e do acesso”**, desenvolvida no MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF/RENASF, na Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

O abaixo assinado compromete-se a usar as informações a que tiver acesso apenas com o propósito análise dos dados para a dissertação de mestrado, não as revelando a qualquer título ou sob nenhum pretexto a terceiros. As publicações provenientes deste estudo devem constar o nome dos coordenadores estaduais e regionais da avaliação externa do PMAQ-AB.

A obrigação de sigilo não prevalece sobre informações que estejam sob domínio público antes da data de assinatura do presente instrumento, ou que se tornarem públicas pelo Ministério da Saúde (MS), ou por instituto competente em âmbito nacional, internacional por ele autorizado.

O descumprimento de quaisquer das obrigações previstas no presente termo sujeita os abaixo assinados às sanções de cunho civil, criminal e administrativo cabíveis, inclusive ação indenizatória aos detentores dos direitos que hajam sido violados.

E, PARA TODOS OS EFEITOS, firma o presente termo na presença das testemunhas abaixo-assinadas.

Sobral, 28 de outubro de 2015.

Flávio Araújo Prado

FLÁVIO ARAÚJO PRADO

CPF: 692.694.163-72

Testemunhas:

1) *Solange Araújo Prado*
Solange Araújo Prado
CPF: 695.135.033-72

2) *Francisca Albuquerque Prado Araújo*
Francisca Albuquerque Prado Araújo
CPF: 461.240.123-91

APÊNDICE B – PLANEJAMENTO DE VARIÁVEIS PARA CRUZAMENTO DE DADOS CONFORME COMUNICABILIDADE ENTRE CICLO I E CICLO PLANEJAMENTO DE GRUPOS:

ACOLHIMENTO			
Grupo 1: Implantação e Execução			
Profissionais		Usuários	
1º Ciclo	2º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo
Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?	
	Em que local é realizado o acolhimento?		
Em quais turnos é feito o acolhimento?	Em quais turnos é realizado o acolhimento? Poderá escolher somente uma opção		
Com que frequência acontece?	Quantos dias por semana acontece?		
Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?			O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?
Quais profissionais participam do acolhimento?		Quais são os profissionais que lhe escuta?	
			Qual o profissional que atendeu o(a) senhor(a) na última vez quando veio sem hora marcada?
		O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/ recebido(a) ao procurar o serviço?	Quando o senhor(a) vem a unidade sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)?
			No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo para resolver o seu problema?
		As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?	
		O(a) senhor(a) se	

		sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?	
Grupo 2: Existência de protocolos e estratificação de risco no atendimento em urgência/emerg à demanda espontânea			
A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência?	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações?		
O protocolo de acolhimento à demanda espontânea considera: queixas mais frequentes, problemas por ciclos,...	A equipe realiza atendimento de: dor torácica, crise hipertensiva, ...	Se já precisou, o(a) senhor(a) conseguiu fazer algum destes atendimentos nesta unidade de saúde:	
Grupo 3: Atendimento urgência/emerg à demanda espontânea (critérios de organização da dinâmica do serviço de saúde)			
A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde?		Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o(a) senhor(a) procurou atendimento?	O senhor(a) sabe se esta unidade atende urgência?
			O senhor(a) conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite?
			Por que não conta com esta unidade de saúde para o atendimento de urgência?
			O(a) senhor(a) sabe se esta unidade de saúde faz algum destes atendimentos?
		Onde o(a) senhor(a) procurou atendimento?	
	Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	O(a) senhor(a) conseguiu ser atendido(a) nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?	
Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação		

dos usuários?	de risco e vulnerabilidade dos usuários?		
A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?		
Em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir a resposta?			
Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado:			
A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?			
Grupo 4: Sobre as parcerias e as ofertas disponíveis ao usuário quando ele busca a unidade de saúde: Tempo de espera			
Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/ acolhimento?	A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?	Desde a sua chegada à unidade de saúde, quanto tempo o(a) senhor(a) espera para conversar sobre seu problema com algum profissional de saúde?	A senhor sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes?
Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia?	O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?		
A equipe controla o tempo de espera para atendimento dos usuários?	A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?		
Quanto tempo ele normalmente espera por este atendimento?	Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?	Quanto tempo esperou para ser atendido(a)?	
		Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?	
	Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta?		

Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada?			
A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento?			
Quanto tempo ele normalmente espera por esta consulta?	Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?		
	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?		
	Como os usuários são agendados?		
	O agendamento pode ser feito: presencial...		
A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário?	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário?		
Qual?	Qual?		
	Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?		

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORQUILHA
Cuidar da Cidade é Cuidar do Povo

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Pelo presente instrumento de autorização, em resposta à solicitação de pesquisa, recepcionada por esta secretaria nesta data, no que tange a pesquisa intitulada **ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: uma proposta analítica sob a perspectiva na melhoria da qualidade e do acesso**, de autoria do mestrando Flávio Araújo Prado, manifesto-me DEFERINDO o pleito, desde que sejam preservadas a identidade de todos os cidadãos envolvidos na pesquisa, sem prejuízo da observância de todos os preceitos legais que digam respeito à pesquisa mencionada.

Assim, solicito, ao final da pesquisa, que seja encaminhada para a atenção Primária ligada a esta secretaria, cópia da pesquisa.

Forquilha, 10 de outubro de 2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORQUILHA

Margarida Maria F. A. Prado
SEC. DE SAÚDE

Margarida Maria Félix Albuquerque Prado

Secretária de Saúde de Forquilha- Ceará



Paço Municipal Deputado Cesário Barreto de Lima, Avenida Criança Dante Valério, 481
CNPJ: 07.673.106/0001-03 | CGF: 06.920.191-09
Fones: (88) 3619-1167 / Fax: (88) 3619-1810 | www.forquilha.ce.gov



ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)/2012- CICLO I

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde (questões utilizadas na pesquisa)

Categoria: Acolhimento à Demanda Espontânea

II.15		Acolhimento à demanda espontânea		
II.15.1	Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.14.)	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.15.2	Em quais turnos é feito o acolhimento? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Manhã		
		Tarde		
		Noite		
II.15.3	Com que frequência acontece? (O entrevistador deverá ler as opções.)	Um dia por semana		
		Dois dias por semana		
		Três dias por semana		
		Quatro dias por semana		
		Cinco dias por semana		
		Mais de cinco dias por semana		
II.15.4	Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.15.5	Quais profissionais participam do acolhimento? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Médico		
		Enfermeiro		
		Cirurgião-dentista		
		Técnico de enfermagem		
		Auxiliar de enfermagem		
		Técnico em saúde bucal		
		Auxiliar em saúde bucal		
		Agente comunitário de saúde		
		Outro(s)		
Nenhuma das anteriores				
II.15.6	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência?	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.15.7	O protocolo de acolhimento à demanda espontânea considera: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado	Sim	Não	Queixas mais frequentes
		Sim	Não	Problemas por ciclos de vida (criança, mulher, homem, idoso etc.)

	que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Problemas relacionados à saúde mental
		Sim	Não	Traumas/acidentes
		Sim	Não	Captação precoce de gestantes
				Outro(s)
				Nenhuma das anteriores
II.15.8	A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.15.9	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.15.10	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários? (Se NÃO, passar para a questão II.15.12.)		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.15.11	Em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir a resposta?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.15.12	Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)			Marca usuários na agenda do médico
				Marca usuários na agenda do enfermeiro
				Marca usuários na agenda do dentista
				Marca usuários na agenda de outro profissional
				Orientação, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema
				Solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta
				Medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação
				Prescrição de alguma medicação
				Outro(s)
				Nenhuma das anteriores
Sobre as ofertas disponíveis ao usuário quando ele busca a unidade de saúde:				
II.15.13	Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/ acolhimento?		Minutos	
			Não sabe/não respondeu	
II.15.14	Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.17.)		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	

II.15.14/1	Existe documento que comprove?	Sim		
		Não		
II.15.15	A equipe controla o tempo de espera para atendimento dos usuários? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.17.)	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.15.16	Quanto tempo ele normalmente espera por este atendimento?	Minutos		
		Não sabe/não respondeu		
II.15.17	Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada? (Se NÃO, passar para a questão II.15.20.)	Sim		
		Não		
II.15.18	A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.20.)	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.15.19	Quanto tempo ele normalmente espera por esta consulta?	Dias		
		Não sabe/não respondeu		
II.15.20	A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?	Sim		
		Não		
II.15.20/1	Existe documento que comprove?	Sim		
		Não		
II.15.21	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário? (Se SIM, passar para a questão II.15.22. Se NÃO, passar para o bloco II.16.)	Sim		
		Não		
II.15.21/1	Qual? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Ambulância do SAMU
		Sim	Não	Ambulância não integrante do SAMU
		Não sabe/não respondeu		
		Outro(s)		
		Nenhuma das anteriores		

ANEXO C- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)/2012- CICLO I

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário.

Categoria: Acolhimento à Demanda Espontânea

III.7		Acolhimento à Demanda Espontânea	
III.7.1	Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)? (Se NÃO ou NUNCA PRECISOU IR À UNIDADE SEM HORA MARCADA, passar para a questão III.7.6.)		Sim
			Não
			Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada
			Não sabe/não respondeu
III.7.2	Quais são os profissionais que lhe escuta?		Médico
			Enfermeiro
			Cirurgião-dentista
			Técnico/auxiliar de enfermagem ou de saúde bucal
			Agente comunitário de saúde
			Vigilante
			Recepcionista
			Outro(s)
III.7.3	Desde a sua chegada à unidade de saúde, quanto tempo o(a) senhor(a) espera para conversar sobre seu problema com algum profissional de saúde?		Minutos
			Não sabe/não respondeu
III.7.4	O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/ recebido(a) ao procurar o serviço?		Muito bom
			Bom
			Razoável
			Ruim
			Muito ruim
III.7.5	As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?		Não sabe/não respondeu
			Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
III.7.6	O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?		Não sabe/não respondeu
			Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
III.7.7	Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o(a) senhor(a) procurou atendimento? (Se NÃO ou NÃO)		Não sabe/não respondeu/não lembra
			Não teve problema de urgência
			Não
			Sim

	TEVE PROBLEMA DE URGÊNCIA, passar para a questão III.7.13.)			
III.7.8	Onde o(a) senhor(a) procurou atendimento? (Se NÃO marcar NESTA UNIDADE DE SAÚDE, pular para a questão III.7.12.)		Nesta unidade de saúde	
			Em outra unidade de saúde	
			Hospital público	
			Hospital particular	
			Consultório particular/Clínica particular	
			Pronto-atendimento 24 horas	
			Pronto-socorro 24 horas	
			Outro(s)	
III.7.9	O(a) senhor(a) conseguiu ser atendido(a) nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada? (Se NÃO, passar para a questão III.7.13.)		Sim	
			Não	
III.7.10	Quanto tempo esperou para ser atendido(a)?		Minutos	
			Médico	
			Enfermeiro	
			Auxiliar/técnico de enfermagem	
			Não sabe/não respondeu	
			Outro	
III.7.12	Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?		Porque precisa chegar cedo	
			Porque precisa pegar ficha	
			Porque não atende sem consulta marcada	
			Porque não tem profissional na unidade	
			Porque não atende à urgência	
			Porque a unidade estava fechada no momento da urgência	
			Outros	
Sobre os atendimentos nesta unidade de saúde responda:				
III.7.13	Se já precisou, o(a) senhor(a) conseguiu fazer algum destes atendimentos nesta unidade de saúde:	Sim	Não	Retirar um abcesso (furúnculo)
		Sim	Não	Extrair uma unha
		Sim	Não	Retirar “corpo estranho” do ouvido
		Sim	Não	Fazer sutura (dar ponto)
		Sim	Não	Fazer curativo novo
		Sim	Não	Extrair (retirar) dente
				Não sabe/não respondeu/não lembra

Categoria: Acolhimento Específico à gestante

III.12		Acolhimento Específico à gestante	
III.12.1	A senhora teve algum problema ou urgência durante a gravidez? (ex.: sentiu-se mal, dor) (Se NÃO, ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU/NÃO LEMBRA, passar para o bloco III.13.)		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12.2	Onde procurou atendimento? (Se for nesta unidade de saúde, passar para a questão III.12.4.)		Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Hospital público
			Hospital particular
			Clínica/consultório particular
			Pronto-atendimento 24 horas
			Pronto-socorro 24 horas
			Policlínica
			Não procurou atendimento
III.12.3	Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento? (Finalizar e passar para o bloco III.13.)		Porque precisa chegar cedo
			Porque precisa pegar ficha
			Porque não atende sem consulta marcada
			Porque não tem profissional na unidade
			Porque não atende à urgência
			Porque a unidade estava fechada no momento da urgência
			Outro(s)
III.12.4	A senhora conseguiu ser atendida nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12.5	Quanto tempo esperou para ser atendida?		Minutos
			Não sabe/não respondeu
III.12.6	Qual o profissional atendeu a senhora?		Enfermeiro
			Auxiliar/técnico de enfermagem
			Não sabe/não respondeu
			Outro(s)

ANEXO D - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)/2013 – CICLO II

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde (questões utilizadas na pesquisa)

Categoria: Acolhimento à Demanda Espontânea

II.12		Acolhimento à Demanda Espontânea	
II.12.1	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?		Sim
			Não
II.12.2	Em que local é realizado o acolhimento? Poderá escolher mais de uma opção		Sala específica
			Consultório
			Sala de espera/recepção
			Outro local
			Não há local específico
II.12.3	Em quais turnos é realizado o acolhimento? Poderá escolher somente uma opção		Manhã
			Tarde
			Noite
			Nenhuma das anteriores
II.12.4	Quantos dias por semana acontece? Poderá escolher somente uma opção		Um dia por semana
			Dois dias por semana
			Três dias por semana
			Quatro dias por semana
			Cinco dias por semana
			Mais de cinco dias por semana
II.12.5	A equipe realiza o acolhimento “conjunto” com outra equipe da UBS? (Se houver mais de uma equipe na UBS)		Sim
			Não
			Não há outra equipe na UBS
II.12.6	Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?		Sim
			Não
II.12.7	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? Poderá escolher mais de uma opção		Queixas mais frequentes no idoso
			Problemas respiratórios
			Queixas mais frequentes no adulto
			Queixas mais frequentes na criança
			Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico
			Traumas e acidentes
			Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação
			Dengue
			Outros
			Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea
II.12.8	A equipe realiza atendimento de:		Dor torácica
			Crise convulsiva

	Poderá escolher mais de uma opção		Nefrolitíase
			Crise de asma
			Crise hipertensiva
			Hiperglicemia em diabéticos
			Casos suspeito de dengue
			Não realiza atendimento a urgências e a emergências
II.12.9	O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?		Sim
			Não
II.12.10	A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?		Sim
			Não
II.12.11	Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?	_____ Dias	
II.12.12	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde? Poderá escolher somente uma opção		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
			Em qualquer dia da semana, em horários específicos
			Dias específicos fixos, em qualquer horário
			Dias específicos fixos, em horários específicos
			Outro(s)
II.12.13	Como os usuários são agendados? Poderá escolher somente uma opção		Com hora marcada
			Marcado por bloco de horas
			Fila para pegar senha
II.12.14	O agendamento pode ser feito: Poderá escolher mais de uma opção		Presencial
			Por telefone
			Pela internet
II.12.15	Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento? Poderá escolher somente uma opção		10 minutos
			20 minutos
			30 minutos
			40 minutos
			50 minutos
			60 minutos
			70 minutos
			80 minutos
			90 minutos
			100 minutos
			110 minutos
			120 minutos
			130 minutos
			140 minutos
			150 minutos
			160 minutos

		170 minutos
		180 minutos
		190 minutos
		200 minutos
		210 minutos
		220 minutos
		230 minutos
		240 minutos
		mais de 240 minutos
II.12.16	Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta? Poderá escolher somente uma opção	10 minutos
		20 minutos
		30 minutos
		40 minutos
		50 minutos
		60 minutos
		70 minutos
		80 minutos
		90 minutos
		100 minutos
		110 minutos
		120 minutos
		130 minutos
		140 minutos
		150 minutos
		160 minutos
		170 minutos
		180 minutos
		190 minutos
		200 minutos
		210 minutos
		220 minutos
		230 minutos
		240 minutos
		mais de 240 minutos
II.12.17	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.12.18	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.12.19	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário?	Sim
		Não
II.12.20	Qual? Poderá escolher mais de uma opção	Ambulância do SAMU
		Ambulância do serviço móvel próprio
		Não sabe/não respondeu
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores

II.12.21	Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

ANEXO E - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)/2012- CICLO II

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário.

Categoria: Acolhimento à Demanda Espontânea

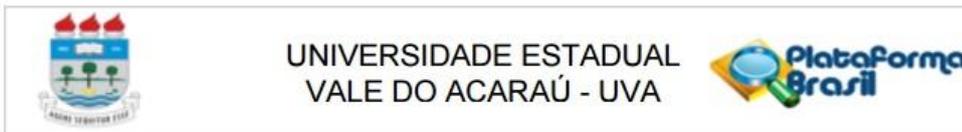
III.7		Acolhimento à Demanda Espontânea	
III.7.1	O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada? Se NÃO, passar para a questão III.7.6		Sim
			Não
III.7.2	Quando o senhor(a) vem a unidade sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Muito bem
			Bem
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.3	No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo para resolver o seu problema?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.7.4	A senhor sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes? Poderá marcar só uma opção de resposta.		10 minutos
			20 minutos
			30 minutos
			40 minutos
			50 minutos
			60 minutos
			70 minutos
			80 minutos
			90 minutos
			100 minutos
			110 minutos
			120 minutos
			130 minutos
			140 minutos
			150 minutos
			160 minutos
			170 minutos
			180 minutos
			190 minutos
			200 minutos
	210 minutos		
	220 minutos		
	230 minutos		
	240 minutos		
	mais de 240 minutos		
	Não sabe/não respondeu/não lembra		
III.7.5	Qual o profissional que atendeu o(a)		Médico

	senhor(a) na última vez quando veio sem hora marcada?		Enfermeiro
			Auxiliar/técnico de enfermagem
			Outro(s)
	Poderá marcar só uma opção de resposta.		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.6	O senhor(a) sabe se esta unidade atende urgência?		Sim, atende
			Não atende
	Se "Não atende" ou Não sabe/não respondeu/não lembra, passar para questão III.7.9.		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.7	O senhor(a) conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite?		Sim
	Se Não, abrir a questão III.7.9.		Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.8	Por que não conta com esta unidade de saúde para o atendimento de urgência?		Porque precisa chegar cedo
			Porque precisa pegar ficha
			Porque não atende sem consulta marcada
			Porque não tem profissional na unidade
			Porque não atende à urgência
			Porque a unidade estava fechada no momento da urgência
			Outro(s)
Sobre os atendimentos nesta unidade de saúde responda:			
III.7.9	O(a) senhor(a) sabe se esta unidade de saúde faz algum destes atendimentos?		Retira furúnculo
			Retira unha
			Retira "corpo estranho" do ouvido
			Dar ponto
			Retira ponto
			Faz curativo
			Faz nebulização
			Faz injeção
			Não sabe/não respondeu/não lembra
	Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		

Categoria: Acolhimento Específico à Gestante

III.14		Acolhimento Específico à Gestante	
III.14.1	A senhora teve algum problema ou urgência durante a gravidez? (ex.: sentiu-se mal, dor) Se NÃO, passar para o bloco III.15.		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.14.2	Onde procurou atendimento? Poderá marcar só uma opção de resposta. Se NESTA UNIDADE DE SAÚDE, passar para III.14.4 em diante. Se as outras opções forem marcadas, abrir a questão III.14.3 e fechar a III.14.4, III.14.5 e III.14.6.		Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Hospital público
			Hospital particular
			Clínica/consultório particular
			Pronto-atendimento 24 horas
			Pronto-socorro 24 horas
			Policlínica
			Não procurou atendimento
III.14.3	Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento? Poderá marcar só uma opção de resposta.		Porque precisa chegar cedo
			Porque precisa pegar ficha
			Porque não atende sem consulta marcada
			Porque não tem profissional na unidade
			Porque não atende à urgência
			Porque a unidade estava fechada no momento da urgência
			Outro(s)
III.14.4	A senhora conseguiu ser atendida nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.14.5	A senhora sabe quanto tempo se espera para ser atendido?		Minutos
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.14.6	Qual o profissional atendeu a senhora? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Médico
			Enfermeiro
			Auxiliar/técnico de enfermagem
			Não sabe/não respondeu/não lembra
			Outro(s)

ANEXO F - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: uma proposta analítica sob a perspectiva na melhoria da qualidade e do acesso

Pesquisador: Flávio Araújo Prado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54119816.1.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.474.581

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família modalidade em Rede, RENASF/UVA, a ser desenvolvido no município de Forquilha-CE.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

-Analisar o processo de Acolhimento na Atenção Primária à Saúde no município de Forquilha, Ceará, tendo como base o referencial ministerial da Política Nacional de Humanização.

Específicos:

- Verificar os critérios de organização da dinâmica do serviço de saúde, com ênfase no acolhimento com avaliação/classificação de risco e vulnerabilidade na Atenção Primária;
- Identificar a possível construção de pactuações para a viabilização do processo, bem como os fluxos por grau de risco, e a tradução destes na atenção, na qualidade e no acesso;
- Identificar protocolos de avaliação/classificação de risco e vulnerabilidade na Atenção Primária;

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.474.581

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes e permitem apreciação ética.

Recomendações:

Enviar relatório final até 30 dias após a conclusão do estudo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	instrumento_ae_pmaq.pdf	01/04/2016 13:51:48	Maristela Ines Osawa Chagas	Aceito
Outros	FRFlavio.pdf	14/03/2016 11:45:00	Maristela Ines Osawa Chagas	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_679242.pdf	14/03/2016 11:33:23		Aceito
Outros	TermodAutorizacaoparaPesquisa.pdf	14/03/2016 11:32:25	Flávio Araújo Prado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMPSFFlavioA.docx	14/03/2016 11:26:06	Flávio Araújo Prado	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoA.pdf	14/03/2016 10:57:52	Flávio Araújo Prado	Aceito
Outros	TermodConfidencialidade.pdf	14/03/2016 02:06:33	Flávio Araújo Prado	Aceito
Orçamento	OrcamentoProprio.docx	14/03/2016 02:00:32	Flávio Araújo Prado	Aceito
Cronograma	Cronogramadeexecucaodasetapasdesenvolvimentodoestudo.docx	14/03/2016 02:00:08	Flávio Araújo Prado	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoMPSFFlavio.docx	14/03/2016 01:55:43	Flávio Araújo Prado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040

UF: CE **Município:** SOBRAL

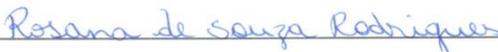
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO G – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRAFICA E GRAMATICAL

DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO GRAMATICAL

Eu, Rosana de Souza Rodrigues, professora de Língua Portuguesa, portadora de CPF 041.356.393-64, declaro para os fins de direito que se fizerem necessários que realizei a correção gramatical do Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado intitulado **Acolhimento com avaliação/classificação de risco e vulnerabilidade na Atenção Primária em Saúde: uma proposta analítica sob a perspectiva da melhoria do acesso e da qualidade**, realizado pelo autor Flávio Araújo Prado, aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste De Formação Em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Forquilha, 10 de maio de 2017



Rosana de Souza Rodrigues

CPF 041.356.393-64

Graduada em Letras com Habilitação em Língua Portuguesa

ANEXO H - DECLARAÇÃO DE FORMATAÇÃO CONFORME NORMAS ABNT

DECLARAÇÃO

Declaro para os devido fins que Eu Rejanio Aguiar Aragão CPF nº 381.141.863-72 realizei a formatação conforme as Normas da ABNT da Dissertação de Mestrado intitulada: ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: uma proposta analítica sob a perspectiva da melhoria do acesso e da qualidade. Autoria de FLÁVIO ARAÚJO PRADO.

Sobral-CE, 18 de maio de 2017



Rejanio Aguiar Aragão

CPF: 381.141.863.72