

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



LUÍS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MACEIÓ
2021**

LUÍS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família (PROFSAÚDE),
vinculado ao Polo Alagoas, como requisito
para obtenção do título de Mestre em Saúde
da Família

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Divanise Suruagy
Correia

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria das Graças
Monte Mello Taveira

**MACEIÓ
2021**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Lívia Silva dos Santos – CRB-4 – 1670

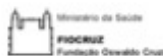
S586a Silva, Luís Felipe Soares de Lima.
Acolhimento e classificação de risco em uma Unidade de Saúde da Família / Luís Felipe Soares de Lima Silva. – 2021.
77 f.:il.

Orientadora: Divanise Suruagy Correia.
Coorientadora: Maria das Graças Monte Mello Taveiro.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas.
Faculdade de Medicina, Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 60-65
Apêndice: f. 66
Anexos: f. 67-77

1. Acolhimento – Usuário - Saúde. 2. Tecnologia - Saúde. 3. Classificação de risco.
4. Hamnização. I. Título.

CDU: 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAUDE

Defesa do Trabalho Acadêmico de Mestrado da aluna **Luís Felipe Soares de Lima Silva**, intitulado: "**Acolhimento e Classificação de Risco em uma Unidade de Saúde da Família**", orientado pela Prof^ª. Dr^ª. Divanise Suruagy Correia, e coorientado pela Prof^ª. Dr^ª. Maria da Graças Monte Mello Taveira, foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, em **13 de agosto de 2021**.

Os membros da Banca Examinadora consideraram a candidata:

(x) Aprovada () Reprovada

Banca Examinadora:

Presidente: **Prof^ª. Dr^ª. Divanise Suruagy Correia (Universidade Federal de Alagoas)**

Examinador Interno: **Prof^ª. Dr^ª. Josineide Francisco Sampaio (Universidade Federal de Alagoas)**

Examinadora Externa: **Prof^ª. Dr^ª. Luciana Carla Barbosa de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte)**

Banca Examinadora:



Divanise Suruagy Correia

Membro Presidente da Banca



Membro da Banca



Membro da Banca

Dedico este trabalho a todos os profissionais da Atenção Básica que diariamente estão em contato com todos os usuários do SUS, um grande sistema público de saúde e disponível a todos sem distinção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade de concluir mais essa etapa na vida.

Agradeço às minhas orientadoras, as doutoras Divanise Suruagy e Maria das Graças Taveira, pela paciência, os puxões de orelha e as orientações – sem elas eu não teria chegado até aqui. Juntos somos mais fortes, juntos vamos mais longe.

Agradeço também o privilégio e a oportunidade de ter amigos nessa caminhada.

Agradeço ao meu amor, pela perseverança e a tarefa árdua de não me deixar desistir; pelo companheirismo, sentimento e dedicação.

Agradeço aos meus familiares, por estarem sempre presentes em minha vida.

Agradeço a todos os professores, que dedicam seu tempo e suas vidas à transformação de outras vidas.

RESUMO

Introdução: a Atenção Primária se constitui como porta de entrada do Sistema Único de Saúde. É nesse contexto que devem ocorrer os primeiros contatos de usuários e da comunidade com profissionais de saúde. O acolhimento é uma diretriz do modelo técnico assistencial com a finalidade de assegurar o acesso universal. A avaliação ou classificação do potencial risco ou de agravo à saúde do usuário deve ser baseada em protocolos e direcionada para a ordem de atendimento baseada na necessidade de cada usuário. Acolher e classificar o risco da demanda espontânea em Unidade Básica de Saúde pode favorecer o cuidado integral pelo aumento de vínculo do usuário com a equipe. A demanda espontânea é a maneira de um usuário procurar uma unidade básica de saúde sem agendamento prévio. Este trabalho discorre sobre pesquisa realizada em uma unidade de Atenção Primária à Saúde, onde fora analisada a percepção de Acolhimento e Classificação de Risco dos profissionais nela alocados. Os resultados são apresentados como um artigo e um produto, que vem a atender a necessidade mostrada nos resultados. **Objetivos:** averiguar o processo de acolhimento e classificação de risco em relação à demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família, na perspectiva dos profissionais de saúde. Elaborar um protótipo de aplicativo para fortalecer o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde. **Método:** o trabalho resulta de pesquisa qualitativa realizada com 10 profissionais de uma unidade básica de saúde, cujos dados foram coletados através de entrevistas presenciais, respeitadas as medidas de distanciamento social e demais recomendações das autoridades sanitárias durante o período pandêmico da COVID-19. A análise dos dados foi feita manualmente e seguiu as orientações de Malheiros (2011). O produto foi elaborado a partir de um protótipo do aplicativo, realizado através da plataforma *on-line* Marvel. Os protótipos são a materialização de ideias contendo um *design* mínimo para servir de base para um aplicativo definitivo. **Resultados:** os dados possibilitaram a criação de duas categorias: Acolhimento e Classificação de Risco. A categoria Acolhimento originou quatro subcategorias: No processo de trabalho; no Fluxo na unidade; Educação em Saúde como ferramenta de acolhimento; e Dificuldades em sua realização. A Classificação de Risco, segunda categoria encontrada, é realizada por vários profissionais, sem local ou protocolo definidos. Os conceitos de Classificação de Risco não são conhecidos por todos os entrevistados. **Conclusão:** a pesquisa demonstrou a inexistência de definição e protocolo sobre o acolhimento e classificação de risco implementado na unidade pesquisada. A classificação de risco não é bem compreendida por todos entrevistados. Entendemos que o produto será uma ferramenta tecnológica móvel que poderá auxiliar na melhoria do acesso dos usuários às unidades de saúde na Atenção Primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Classificação de Risco. Humanização. Tecnologia em Saúde

ABSTRACT

Introduction: Primary Care constitutes itself as an entrance to the Unified Health System (SUS). The first contact between users, community, and health professionals should happen in this context. The embracement is a guideline of the technical assistance model that aims to assure universal access. The evaluation or potential risk classification or even the grievance to user's health should be protocol-based and directed to the attendance order considering the need of every single user. To embrace and rank the risk of spontaneous demand in health basic unity can offer support to the integral care through the increase of bounds between users and the health care team. Spontaneous demand is the way a user searches the health basic unity without an appointment. This work runs on research in a primary care unity, analyzing the embracement and risk classification from the view of its professional team. Results are presented as paper and a product, to attend to the necessities identified. **Objective:** find out the embracement process and risk classification related to a family health care unity spontaneous demand, in the professional's point of view. To elaborate an app prototype to increase strength into the embracement in that unity. **Method:** the work results from qualitative research were realized with 10 basic health unity professionals, the data was collected with presential interviews, respecting the social distance and other orientations from the sanitary authorities during the Covid-19 pandemics. The analysis was processed through the online platform, Marvel. The prototypes materialize the ideas containing a minimal design to serve a basis for a definitive app. **Results:** the data enabled the creation of two categories: embracement and risk classification. The embracement category originates four subcategories: underwork process; on unities flow attendance, health education as embracement tool; and difficulties in its realization. The risk classification category is realized by many professionals, without predefined places or protocols. The concepts of risk classification aren't known by the interviewees. **Conclusion:** the research showed the inexistence of definitions and protocols on the embracement and risk classification implanted in the researched unity. The risk classification isn't well known by those interviewed. We understand that the product will be a mobile technologic tool that may help in the improvement of user's access to the health unities at Primary Care.

Keywords: User embracement. Primary Health Care. Risk rating. Humanization. Health Technology.

LISTA DE FIGURAS

QUADRO 1 – Categorias e subcategorias da pesquisa.....	29
FIGURA 1 – Tela inicial do aplicativo	52
FIGURA 2 – Termos de uso do aplicativo	52
FIGURA 3 – Início do cadastro.....	53
FIGURA 4 – Orientações para captura e reconhecimento do cartão SUS.....	53
FIGURA 5 – Confirmação da foto.....	54
FIGURA 7 – Compartilhamento de localização	55
FIGURA 8 – Confirmação da localização	55
FIGURA 9 – Convite à pesquisa satisfação	56
FIGURA 10 – Confirmação da gravação.....	56
FIGURA 11 – Recusa inicial de gravação.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADM	Administração e Planejamento em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVS	Agente de Vigilância em Saúde
CEP	Comité de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2)
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3	OBJETIVOS	18
3.1	Objetivo geral	18
3.2	Objetivos específicos	18
4	MÉTODO.....	19
4.1	Tipo e local do estudo	19
4.2	Instrumentos da pesquisa.....	19
4.3	Participantes da pesquisa e procedimentos da coleta dos dados.....	19
4.4	Procedimento de análise dos dados	21
4.5	Critérios de inclusão e exclusão	22
4.6	Riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa.....	22
4.7	Questões éticas.....	22
4.8	Confecção do produto educacional	23
5	RESULTADOS.....	24
5.1	Artigo: acolhimento e estratificação de Risco em uma Unidade de Saúde da Família	24
5.2	Produto.....	47
5.2.1	Título.....	50
5.2.2	Título em inglês	50
5.2.3	Tipo de produto	50
5.2.4	Público-alvo	50
5.2.5	Introdução.....	50
5.2.6	Objetivo	51
5.2.7	Método.....	51
5.2.8	Resultados	51
5.2.9	Conclusão	57
	Referências	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
	REFERÊNCIAS.....	60
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	66
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	67
	ANEXO B – Novo parecer consubstanciado do CEP.....	72

APRESENTAÇÃO

Sou um alagoano formado em Medicina há 11 anos. Ao longo dessa última década, tenho atuado na saúde pública, especialmente na Atenção Básica, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Contudo, minha jornada nesse espaço de prática começou bem antes, com minha mãe, Lúcia Soares – médica e um verdadeiro exemplo de profissional humana, comprometida com os pacientes e apaixonada pela profissão. Minha mãe atuou por muitos anos na Atenção Básica e, assim, conheci um pouco desse universo.

A partir do convívio com uma excelente médica, me surgiu o interesse pela Medicina, mas para ser médico tinha o vestibular, não foi fácil! Apesar de ter sido um aluno esforçado, comprometido e dedicado durante a escola, a aprovação no vestibular foi árdua, mas não desisti! Consegui êxito no quarto intento (não desistam dos seus sonhos)!

Finalmente: a Universidade. A realização de um sonho – meu e de meus pais. Mais uma vez, não foi fácil. A jornada de estudos exigia muito e, no primeiro ano da faculdade, sono, cansaço e fadiga eram companheiros inseparáveis. Sem o ritmo e dedicação que o curso demandava, não obtive aprovação na disciplina Anatomia Humana (pré-requisito para seguir com novas disciplinas no curso). Foi um baque, mas aprendi com a experiência, persisti e segui em frente.

Nesse percurso pela graduação, além do amadurecimento e crescimento proporcionados, tive a felicidade de conhecer e aprender com grandes professores. Muitos cujos ensinamentos reverberam até hoje, como a professora Sônia Maria Cavalcanti (Soninha), da disciplina de Administração e Planejamento em Saúde (ADM), uma gigante no conhecimento e na excelência, sempre exigente. Nesta disciplina, o contato com as políticas constitutivas do Sistema Único de Saúde (SUS) fizeram despertar o meu interesse. Brotava ali outra semente da paixão pelo SUS, plantada pela minha mãe e regada pela querida professora Sônia (*in memoriam*).

Após a grata experiência na disciplina, fui aprovado para a monitoria no ano seguinte. Numa das atividades mais marcantes da monitoria de ADM, aconteceu o “Julgamento do SUS”, no qual o SUS era “acusado” de negligência e descaso com a saúde da população. Dois grandes grupos foram divididos, entre acusação e defesa, em um verdadeiro duelo para, no final, o júri considerar os argumentos dos dois lados e determinar o veredito. Foi um rico momento de discussão e aprendizagem.

Durante o meu percurso formativo, tive a oportunidade de partilhar saberes com uma estudante de Psicologia (que posteriormente se tornou minha esposa), que ficava injuriada (como costumamos falar em Alagoas) quando dizia que o paciente deu “piti” (outro termo usual no Nordeste para se referir, de maneira pejorativa, a certas expressões emocionais do paciente). Ela me falava sobre a perspectiva do paciente, sobre as dores emocionais que eu ainda não entendia, já que os aspectos psicológicos do adoecimento não eram um tema explorado durante a graduação em Medicina na minha época. Essas reflexões foram modelando os meus pensamentos e atitudes, gerando em mim um maior comprometimento com o cuidado do ser humano em todos os seus aspectos. Seguimos aprendendo um com o outro até hoje.

Formado em Medicina, trabalhei em dois municípios alagoanos e um sergipano, atuei no agreste e atualmente no sertão. Com o desejo aprimorar ainda mais as minhas habilidades e adquirir novos conhecimentos, me especializei em Gestão em Saúde, também pela UFAL, em mais uma experiência incrível e transformadora. Tenho atuado na ESF por meio do Programa Mais Médicos, do Governo Federal, onde fiz mais uma especialização, dessa vez em Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

Com meu interesse pelo tema, e com o desejo ainda maior de aperfeiçoar as minhas práticas e poder contribuir mais significativamente com a realidade do meu trabalho, ingressei no Mestrado Profissional em Saúde da Família. Aqui cabe partilhar um fato: inicialmente fui aprovado, mas não classificado pelo número restrito de vagas, mas, por ocasião do empenho das coordenações e por obra Divina também (eu creio!), uma vaga do Brasil foi remanejada para o polo Alagoas. Era a minha vaga!

Mais uma vez, não foi uma jornada fácil. Conciliar trabalho e estudo, principalmente em se tratando do nível Mestrado, foi uma tarefa árdua. Mesmo assim, à medida que os conhecimentos foram adicionados, facilitaram a minha prática e ampliaram mais ainda meu olhar para as situações de saúde, incluindo o tema da minha pesquisa: acolhimento.

O acolhimento é um processo chave no cuidado em saúde, promovendo o vínculo e permitindo o bom andamento da assistência. Mas, infelizmente, ainda é comum ouvirmos queixas de usuários quanto às deficiências no acolher durante o atendimento da unidade. Com isso surgiu uma inquietação com o processo de

acolhimento, o que me motivou a verificar como ele acontece na unidade básica em que trabalho para que, uma vez analisado o processo, contribuições possam ser implementadas no intuito de melhorar a assistência ofertada à população da localidade (zona rural de município do Sertão alagoano).

O mestrado foi uma etapa importante de minha vida. Estamos passando por uma pandemia desde 2020, um período que exigiu modificações e adaptações no dia a dia das pessoas, nos processos de trabalho e, acima de tudo, resiliência. A conciliação entre as tarefas de trabalho e as acadêmicas, repito, demandou perseverança, coragem e disciplina.

Espero que este Trabalho de Conclusão do Mestrado (TCM) possa trazer contribuições ao discutir o acolhimento na ESF, bem como fomentar novas pesquisas para preencher as eventuais lacunas por ele deixadas.

De acordo com o sábio provérbio chinês, toda caminhada começa com um primeiro passo. Foram muitos passos para chegar até aqui e como estou feliz por ter chegado, por ter aprendido tanto e com tantas pessoas.

O TCM ora apresentado é composto por um artigo e um produto educacional, ambos oriundos da pesquisa intitulada: Acolhimento e classificação de risco em uma unidade de saúde da família. Na primeira parte será apresentado o artigo e na segunda o produto.

Por fim, espero que o presente estudo possa contribuir diretamente, com a realidade do local onde trabalho, e indiretamente, através da inspiração e legado deixado por este trabalho. Vamos que vamos!

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS é como se denomina o serviço de saúde público, gratuito e universal do Brasil. É regulamentado pela Lei Federal n. 8080/1990 e deve garantir atendimento integral a todos os cidadãos e em todos os níveis de complexidade.

A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção à saúde do SUS e se constitui como a porta de entrada do sistema. É nesse contexto que devem ocorrer os primeiros contatos entre usuários, comunidade e profissionais de saúde. Por isso, é fundamental que todos os trabalhadores atuantes na Atenção Primária sejam capacitados e treinados para a oferta de um serviço de qualidade e excelência, sendo o acolhimento parte importante desse processo (BRASIL, 2017).

A avaliação ou classificação de risco é definida como a estratificação, por meio de protocolos, do potencial risco ou agravo à saúde do usuário. Nela é definida a prioridade do atendimento, que se baseia na necessidade apresentada pelo usuário. Essa ferramenta é uma maneira de fortalecimento do princípio da equidade, observando que a maior atenção deverá ser dispensada a quem mais necessitar naquele momento (BRASIL, 2013a).

A demanda espontânea está descrita como um dos modos do usuário procurar uma Unidade Básica de Saúde. Esse modo deve contemplar o usuário que não tem nenhuma consulta agendada para aquele dia, mas necessita de uma avaliação da equipe de saúde. Geralmente relaciona-se às condições ou agravos de natureza agudas na saúde e eventualidades de um tratamento iniciado na Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2011).

De acordo com os princípios do SUS, e conforme sua Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é uma diretriz do modelo técnico assistencial, cuja proposta é reorganizar e reorientar a assistência nos serviços de saúde para garantir o atendimento humanizado, a resolubilidade das questões do usuário e assegurar o acesso universal. Não se restringe, portanto, à recepção do usuário, pois engloba todo o contexto da atenção assim que o mesmo adentra o sistema de saúde (COUTINHO *et al.*, 2015; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Acolher, segundo o dicionário *on-line* Michaelis (2018) significa: “[...] dar crédito a, dar ouvido a, levar em consideração; admitir alguém em seu convívio;

deferir algo (pedido, opinião, requerimento); atender, escutar, ouvir.” O acolhimento como ação ou efeito de acolher demonstra uma atitude de aproximação e inclusão:

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010, p.18).

Acolher efetivamente pode auxiliar o usuário a construir sua própria saúde com autonomia, além de aperfeiçoar o trabalho profissional, melhorar a saúde dos usuários e, por conseguinte, sua qualidade de vida. É fundamental ouvir os usuários com atenção, respeitar o saber e as experiências deles e levar em consideração toda a fala que estes trazem. Muitas vezes o trabalho em saúde significa acolher sem receber de volta o acolhimento, por parte do usuário (CARLOS *et al.*, 2017; VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Quando realizado de maneira eficiente, o acolhimento pode possibilitar ações de intervenção no escopo de atuação de uma equipe de Atenção Primária, diminuindo o risco de automedicação, reduzindo deslocamento desnecessário à outra localidade e reduzindo a procura desnecessária por níveis de atenção de maior complexidade (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Assim, o acolhimento e a classificação de risco da demanda espontânea em UBS pode ser uma maneira de favorecer o cuidado integral, por meio de fortalecimento de vínculo do usuário com a equipe e, conseqüentemente, contribuir para a adesão ao tratamento e continuidade da assistência.

Este Trabalho de Conclusão do Mestrado (TCM) é composto por um artigo e um produto educacional, ambos oriundos de pesquisa intitulada "Acolhimento e Classificação de Risco em uma Unidade de Saúde da Família". A pesquisa buscou responder a seguinte pergunta: como ocorre o processo de acolhimento e classificação de risco em relação à demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O sistema de saúde pública do Brasil é chamado de SUS – Sistema Único de Saúde. É gratuito e disponível a todos em território brasileiro e é considerado um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Foi regulamentado em 1990 através da Lei Federal n. 8080, que contém os princípios e diretrizes das ações em saúde, bem como sua organização, gestão, competências e atribuições de todas as esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) (BRASIL, 1990, 2021).

Após esse período inicial de infraestrutura, garantia de acesso e definição de processos de financiamento, O Ministério da Saúde – MS enquanto ordenador Federal do SUS, implementou estratégias de dimensão qualitativa no âmbito da gestão e cuidado, traduzida através da Política Nacional de Humanização – PNH (FREITAS *et al.*, 2021).

Ainda de acordo com Freitas (2021), a proposta da PNH é efetivar os princípios do SUS por promover mudanças nos modelos de atenção e gestão. Nela os avanços técnico-científicos na área de saúde devem estar em conjunto com avanços nas relações humanas entre profissionais, instituições e comunidade.

O acolhimento é uma das diretrizes da PNH, sendo importante para a qualidade do atendimento em todos os níveis de atenção à saúde. Na Atenção Primária, a organização do acolhimento é uma ação que deve ser implementada seguindo a orientação da PNH, de modo a:

[...] promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos prioritizados, e buscando adequação da capacidade resolutiva. (BRASIL, 2013a, p. 25).

Desse modo, o acolhimento com classificação de risco é um dispositivo importante da PNH. Está pautado em atitudes que podem potencializar a humanização do serviço e promover mudanças no modelo de atenção à saúde, por reorganização dos processos de trabalho e aprimorar a atenção através da escuta qualificada (BREHMER; VERDI, 2010; CAMARGO *et al.*, 2020; COUTINHO *et al.*, 2015).

Dentre tais mudanças, uma diz respeito à prioridade do atendimento. Esta é estabelecida a partir da necessidade do usuário (gravidade ou sofrimento

apresentados) e não pela ordem de chegada à unidade de saúde. A escuta e a atenção à demanda dos usuários são fundamentais para que haja resolubilidade nas questões destes (BRASIL, 2013b; COUTINHO, 2015; SENA *et al.*, 2015).

O acolhimento pode ser entendido de diversas maneiras. Segundo o Glossário Humaniza SUS, acolhimento é a:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (BRASIL, 2013a, p. 35).

A classificação de risco, identificada também como avaliação de risco no mesmo glossário, é definida como uma mudança no paradigma do atendimento tradicional. Não é valorizada apenas a ordem de chegada, mas enquanto conjunto de critérios executados, através de profissionais treinados, mediante uso de protocolos estabelecidos. A avaliação do paciente é baseada no risco, sofrimento e possível agravo à saúde deste, com a resolução de cada caso sendo individualizada e mediante a priorização daquele que mais precisa (BRASIL, 2013b; MORELATO *et al.*, 2021).

A intervenção definida por prioridade baseada na avaliação da necessidade do usuário e estruturada, seja por atendimento imediato ou agendado, é uma materialização do princípio da equidade. Nele é fundamental tratar de maneira diferente os desiguais – ou seja, cada usuário deve ser tratado de acordo com sua necessidade e a estratificação de risco é ferramenta importante de garantia desse acesso equitativo (BRASIL, 2011).

Apesar de ser discutido na PNH como um dispositivo importante, o acolhimento com avaliação de risco na Atenção Primária ainda é um processo incipiente, cujo destaque remete a um passado recente. O modelo de atendimento baseado apenas na ordem de chegada precisa ser revisto e modificado urgentemente, sendo esta uma questão que merece atenção e precisa ser amplamente discutida. Estudos sobre a incorporação do acolhimento na APS podem contribuir na promoção das mudanças necessárias no acolhimento aos usuários (COUTINHO, 2015).

Para tanto, o acolhimento com classificação de risco demanda qualificação profissional com a definição de protocolos assistenciais. Esse aprimoramento deve visar a qualificação da escuta e ampliar o conceito de acolhimento para além da triagem no processo de trabalho (COSTA *et al.*, 2018; COUTINHO, 2015; ROSSATO *et al.*, 2018).

A procura dos usuários por uma Unidade Básica de Saúde de maneira não agendada e sem marcação prévia é definida como demanda espontânea. Esta modalidade está geralmente relacionada às condições agudas de saúde, à não efetividade de planos terapêuticos e às condutas tomadas anteriormente na unidade. Pode demandar mudança na estratégia de cuidado e reorganização na atenção prestada ao usuário (BRASIL, 2011).

Por isso o acolhimento da demanda espontânea na APS é fundamental. A demanda agendada, nas Unidades Básicas de Saúde, geralmente não é fonte de conflito. A demanda espontânea, imediata e não agendada, tem poder de contemplar as individualidades, eventualidades e imprevistos. Principalmente pelo fato de o usuário não escolher quando vai adoecer e nem quando vai necessitar de atenção, por se sentir desamparado, frágil ou abandonado. O usuário também não tem como prever quando o seu quadro clínico vai piorar (BRASIL, 2011).

Em estudo que avaliou a satisfação do usuário com relação ao acolhimento em UBS de uma capital do nordeste foi evidenciado que o grau de satisfação do usuário com o serviço foi mais elevado quando houve facilidade no acesso e no agendamento das consultas – o que gerou mais insatisfação nos usuários foi o tempo de espera pelo atendimento (LIRA *et al.*, 2018).

Já em relação aos profissionais, diversas foram as dificuldades relatadas por estes no emprego do acolhimento, dentre as quais: pressão dos usuários para o atendimento imediato, sobrecarga de trabalho na equipe, desconhecimento do tema e adequação entre teoria e prática do acolhimento nas Unidades de Saúde. A atenção voltada ao modelo curativo cartesiano também se mostrou como uma dificuldade no processo de trabalho (ROSE *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2008).

Outro estudo, também realizado em uma capital do nordeste, na mesma linha de avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na ESF, apontou que a maioria dos usuários entrevistados estava satisfeita, referindo-se a uma acolhida amigável e ao fato de que eram escutados pelos profissionais da equipe. Os usuários insatisfeitos queixaram-se da estrutura das Unidades de Saúde. O estudo

destacou a importância da escuta qualificada para o acolhimento (LUCENA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, para uma melhor abordagem ao indivíduo na Atenção Primária, há a necessidade do emprego de tecnologias leves e ferramentas como: acolhimento, trabalho com grupos, atendimento em consultório e visita domiciliar. Estas foram definidas como características fundamentais para o bom funcionamento de uma equipe de saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Para Costa *et al.* (2017), o emprego do acolhimento em uma UBS pode depender de fatores externos, dentre eles: a política no município; a gestão local, estadual e federal; características da população em geral e estrutura do ambiente de trabalho.

O acolhimento é um dispositivo fundamental para os processos de saúde. O impacto não é apenas para o bom funcionamento do serviço, mas, e sobretudo, para a saúde pública, por possibilitar para o usuário um cuidado integral, ampliado e equitativo. Quando o usuário é acolhido o tratamento proposto é mais eficaz, pois se fundamenta no vínculo estabelecido pelo acolhimento, gerando confiança no profissional, que o atende de maneira acolhedora. O acolhimento é fundamental para o bom diálogo e a boa interação com os usuários (BRASIL, 2009b; COUTINHO, 2015; ROSE *et al.*, 2015; SILVA, ALVES, 2008).

Assim, diante do exposto, evidencia-se que o emprego do acolhimento com classificação de risco em Unidades Básicas de Saúde é essencial. Benéfico para os usuários por fortalecer a equidade, definindo riscos, vulnerabilidades e prioridades; benéfico para os profissionais por conter diretrizes para o trabalho em saúde. Acima de tudo, tende a fortalecer a atenção integral ao usuário por demandar uma visão ampliada do contexto que o usuário está inserido. Dessa forma, a resposta àquela demanda do usuário é mais adequada e individualizada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Averiguar o processo de acolhimento e classificação de risco em relação à demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família, na perspectiva dos profissionais de saúde.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar os motivos da procura à UBS pelos usuários;
2. Descrever o fluxo dos usuários na unidade;
3. Delinear estratégias de enfrentamento e busca de solução das questões enfrentadas pelos profissionais da UBS quanto ao acolhimento e classificação de risco;
4. Apresentar a participação dos trabalhadores nas ações da Unidade de Saúde;
5. Confeccionar um produto técnico educacional, a ser elaborado de acordo com os resultados da pesquisa.

4 MÉTODO

4.1 Tipo e local do estudo

Este trabalho resulta de um estudo exploratório realizado por meio de análise qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma UBS situada em um município do sertão Brasileiro. A Unidade de Saúde pesquisada é o local de trabalho do pesquisador e está situada em Zona Rural do município. Contempla duas Equipes de Saúde da Família e dispõe de 31 profissionais no total.

4.2 Instrumentos da pesquisa

O instrumento de pesquisa utilizado foi um roteiro de entrevista contendo 10 questões que abordaram o processo de acolhimento na unidade:

- Por que as pessoas procuram a Unidade de Saúde?
- Como as pessoas são recebidas na UBS; como você identifica que é feito o acolhimento nessa UBS?
- Como você faz para acolher os usuários; quais os problemas você identifica na execução do acolhimento nessa UBS?
- Que sugestão poderia dar para resolver esse problema?
- Que fatores positivos você observa no acolhimento desta UBS?
- Quais necessidades você percebe em relação ao acolhimento nesta UBS?
- Como é o fluxo do paciente na UBS?
- O que você acha da classificação de risco?
- Como ela deve ser feita e como acontece na UBS?
- Como é a participação dos profissionais nas ações da UBS?

4.3 Participantes da pesquisa e procedimentos da coleta dos dados

Para a realização do estudo, foram contatados os responsáveis pela UBS, no intuito de explicar a pesquisa, procedendo-se a obtenção da autorização para que o estudo pudesse se processar na Unidade.

Todos os profissionais da UBS foram convidados a participar da pesquisa, no entanto, participaram do estudo 10 profissionais de uma das Equipes de Saúde da Família atuantes na Unidade Básica selecionada, sendo 2 enfermeiras, 1 técnica de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde (ACS). O convite para participar da pesquisa foi feito presencialmente pelo pesquisador, após explicação acerca dos objetivos e da metodologia da pesquisa, em oportunidade anterior ao dia da entrevista. Outro momento que antecedeu a entrevista foi a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando foi explicado que a participação no estudo era voluntária, com os participantes tendo a liberdade de recusar a participação ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem quaisquer prejuízos. Sanadas todas as dúvidas, foi realizada a assinatura do TCLE e cada participante recebeu uma cópia do documento na íntegra. A confidencialidade dos participantes foi garantida.

No projeto inicial, a previsão era de que o procedimento de coleta de dados se realizasse por meio da técnica de grupo focal. Contudo, em razão da pandemia de COVID-19, este procedimento teve de ser alterado para entrevista presencial individual, considerando os decretos estaduais e municipais que proibiram aglomerações.

Assim, a coleta dos dados ocorreu através da técnica de entrevista presencial e individual, realizada por entrevistador externo, pois o pesquisador faz parte da equipe pesquisada. A entrevista ocorreu em data e horário de melhor conveniência dos participantes, em sala ampla e com boa ventilação, na qual foi possível garantir sigilo, conforto e confidencialidade para os participantes.

Nesse local estiveram presentes apenas o entrevistador externo e o participante, ambos utilizando máscaras cirúrgicas (previamente fornecidas pelo pesquisador) e mantendo distância de, no mínimo, dois metros entre si. Na sala havia pia com água corrente e sabão líquido para higienização das mãos, bem como álcool em gel a 70% INPM, com o qual todos os participantes higienizaram as mãos ao adentrar na sala de entrevistas.

Cada entrevista durou aproximadamente quarenta e cinco minutos, usando o roteiro de entrevistas elaborado pelo pesquisador. O processo foi gravado e depois transcrito para análise dos dados. A referência a cada entrevistado foi codificada através da função exercida na UBS; os ACS foram codificados pelas siglas de AC1 a AC7, as enfermeiras como ENF1 e ENF2 e a técnica de enfermagem T1.

4.4 Procedimento de análise dos dados

A análise dos dados ocorreu de forma manual, conforme as orientações de Malheiros (2011), em quatro fases. A primeira fase consistiu na organização dos dados, onde foram identificadas as ideias emergidas das respostas à questão norteadora. Nessa fase foi realizada a pré-análise, através de leitura aprofundada, visando encontrar categorias que surgissem da fala dos pesquisados. Para tanto, todos os dados foram transcritos em um quadro, com a transcrição das respostas sendo elaborada em *ipsis literis*. Esta fase corresponde à identificação da unidade de contexto.

A fase seguinte levou à criação de um segundo quadro, no qual foram descritas as ideias explícitas (categorias provisórias) e implícitas (focos), e à posterior identificação dos sentidos, considerando os três princípios de Malheiros (2011). O primeiro princípio corresponde à exclusão, de modo que, quando um dado ou conjunto de dados for pertinente à uma categoria, será excluído automaticamente das demais. O segundo princípio é o da pertinência, que consiste no fato de que, quando um dado não pode ser adicionado a uma categoria por falta de escolha, é fundamental que seja pertinente à categoria selecionada. O terceiro princípio é o da objetividade, que considera que, quando ligado a uma categoria, é fundamental que o dado esteja claro para evitar influência da subjetividade na organização dos resultados da pesquisa.

A terceira fase (terceiro quadro) procurou responder à pergunta da pesquisa por meio das unidades de registro, relacionando a fala com o foco ou o tema. Nesta fase foi verificado o sentido da inferência obtida, bem como foram buscados no texto exemplos que confirmaram como se chegou ao resultado, que é a unidade de registro (palavra ou frase).

A quarta fase consistiu na elaboração de outros dois quadros. O primeiro contendo a interpretação dos focos e suas unidades de registros, com posterior elaboração de síntese para cada foco, e o segundo correspondendo à elaboração de ideias pertinentes às categorias e suas respectivas subcategorias.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais atuantes na UBS no momento da pesquisa, sendo excluídos do estudo aqueles que estavam atuando há menos de 2 meses na Unidade ou que retirassem seu consentimento após assinatura do TCLE. Nenhum profissional retirou o consentimento após assinatura e três profissionais foram excluídos por estarem trabalhando há menos de 2 meses na UBS.

4.6 Riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa

Os possíveis riscos do estudo englobaram ansiedade e constrangimento em se expressar, além de algum desconforto físico e daqueles inerentes ao período pandêmico estabelecido pela disseminação da COVID-19. O pesquisador tomou medidas para minimizar os riscos e proporcionar um ambiente seguro, confortável e acolhedor para os participantes.

Dentre os benefícios advindos da pesquisa, pode-se citar a promoção do compartilhamento dos resultados e algumas sugestões dos participantes sobre processo de trabalho, contribuindo para possíveis melhorias no serviço, e a confecção de um produto educacional, requisito obrigatório para conclusão do Mestrado Profissional.

4.7 Questões éticas

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e inicialmente aprovado sob o parecer de número 3.976.586 e CAAE 30523720.6.0000.5013, mas, em razão da pandemia de COVID-19, foi recebida uma recomendação de alteração do procedimento de coleta de dados. Após realização de emenda do projeto de pesquisa com as alterações solicitadas, este foi novamente aprovado, desta vez sob o parecer de número 4.198.138. Desse modo, a pesquisa foi iniciada conforme as recomendações das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ressalta-se ainda que, devido à pandemia da COVID-19, a pesquisa de campo foi realizada respeitando os decretos sobre a

pandemia: Decretos Estaduais nº 69.529 e 69.530 de 18 de março de 2020, bem como o Decreto Estadual nº 69.541, de 19 de março de 2020.

4.8 Confeção de produto educacional

De acordo com as orientações do Mestrado Profissional em Saúde na Família é requerida a confecção de um produto educacional a ser desenvolvido de acordo com os resultados da pesquisa. Tendo em vista que o acolhimento foi tema central do Trabalho de Conclusão do Mestrado, surgiu a proposta de confecção de protótipo de aplicativo “Acolhimento Digital”, que é um desenho inicial contendo design e telas de interação, para que, possam servir como base para criação de aplicativo móvel. Esse aplicativo quando implementado teria o propósito de agilizar o processo de acolhimento em Unidade Básica de Saúde, fornecendo previamente para os profissionais da UBS os dados básicos dos pacientes anteriormente à chegada destes para atendimento na UBS para que houvesse direcionamento correspondente à demanda do usuário. Caso fosse identificado que aquele usuário tem agendamento para aquele dia, direcionar-se-ia para a recepção; caso não houvesse agendamento prévio, o seguimento seria para o processo de acolhimento da UBS.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em forma de artigo científico e da exposição e descrição de protótipo de aplicativo denominado "Acolhimento Digital".

5.1 Artigo: acolhimento e estratificação de Risco em uma Unidade de Saúde da Família

Luís Felipe Soares de Lima Silva
Divanise Suruagy Correia
Maria das Graças Monte Mello Taveira

RESUMO

Introdução: a Atenção Primária se constitui como porta de entrada do Sistema único de Saúde (SUS). É nesse contexto que devem ocorrer os primeiros contatos de usuários e comunidade com profissionais de saúde. O acolhimento é uma diretriz do modelo técnico assistencial cuja finalidade é assegurar o acesso universal. A avaliação ou classificação do potencial risco ou de agravo à saúde do usuário é baseada em protocolos e direciona para a ordem de atendimento, embasando-se na necessidade de cada usuário. A demanda espontânea é a maneira de o usuário procurar uma Unidade Básica de Saúde sem agendamento prévio. Acolher e classificar o risco da demanda espontânea em Unidade Básica de Saúde pode favorecer o cuidado integral pelo aumento de vínculo do usuário com equipe. **Objetivo:** averiguar o processo de acolhimento e classificação de risco em relação à demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família. **Método:** pesquisa de análise qualitativa, realizada com 10 profissionais da Unidade Básica de Saúde. Os dados foram coletados através de entrevistas presenciais respeitando as medidas de distanciamento social recomendadas pelas autoridades sanitárias, com roteiro elaborado pelo pesquisador e conduzido por pessoa externa à Unidade. A análise dos dados foi feita manualmente na busca de categorias. **Resultados:** surgiram duas categorias, a primeira delas contando com quatro subcategorias. A primeira categoria foi Acolhimento com subcategorias: No processo de trabalho, Realização do fluxo na UBS, Educação em Saúde como ferramenta e Dificuldades na realização; a segunda categoria foi Conhecimento da Classificação de Risco. O Acolhimento com classificação de risco é realizado por vários profissionais, sem local determinado nem protocolo definido. O primeiro acolhimento acontece na recepção, podendo acontecer também na triagem. A demanda espontânea foi mencionada como realizada por dois entrevistados, sem fluxo ou protocolo definido. Os conceitos de classificação de risco não são conhecidos por todos os entrevistados. A frequente necessidade de capacitação para os profissionais da UBS foi mencionada pelos entrevistados, podendo denotar ausência de acolhimento dos profissionais pela gestão. **Conclusão:** a pesquisa demonstrou ausência de protocolo implementado sobre o acolhimento e demanda espontânea na unidade pesquisada. A classificação de risco não é compreendida por todos os entrevistados e seu

conceito demonstrou estar ligado apenas ao processo de triagem, evidenciando necessidade de capacitação, sensibilização e conscientização por parte dos profissionais.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Classificação de Risco. Humanização.

ABSTRACT

Introduction: Primary Care is a gateway to the Unified Health System (SUS). It is in this context that the first contacts of users and the community with health professionals should take place. User embracement is a guideline of the technical assistance model with the purpose of ensuring universal access. The assessment or classification of the potential risk or harm to the user's health is based on protocols and directs to the priority of care based on the needs of each user. Spontaneous demand is a way for a user to seek a basic health unit without prior scheduling. User embracing and classifying the risk of spontaneous demand in a basic health unit can favor comprehensive care by increasing the user's bond with the team. **Objective:** to investigate the process of user embracement and risk classification in relation to spontaneous demand in a family health unit. **Method:** qualitative analysis research, with 10 professionals from the basic health unit. Data were collected through face-to-face interviews respecting the measures of social distancing recommended by the health authorities, with a script prepared by the researcher and conducted by a person outside the unit. Data analysis was performed according to Malheiros' guidelines. **Results:** user embracement with risk classification is performed by several professionals without a specific location or defined protocol. The first reception takes place at the reception and may also take place at the screening. Spontaneous demand was mentioned as performed by two respondents, with no defined flow or protocol. Risk rating concepts are not known to all respondents. The frequent need for training for UBS professionals was mentioned by the interviewees, which may denote the lack of user embracement of professionals by the management. **Conclusion:** the research showed that there was no definition or protocol on the host implemented in the researched UBS. The risk classification is not understood by all the professionals interviewed and spontaneous demand was mentioned by only two interviewees, and it can be deduced that there is also no specific protocol related to spontaneous demand, evidencing the need for training, awareness on the part of professionals.

Keywords: User embracement. Primary Health Care. Risk rating. Humanization

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), contexto no qual devem ocorrer os primeiros contatos de usuários e da comunidade com profissionais de saúde. Por isso é fundamental que todos os trabalhadores que atuam na Atenção Primária sejam capacitados e

treinados para oferecer um serviço de qualidade e excelência, sendo o acolhimento parte importante desse processo (BRASIL, 2017).

De acordo com os princípios do SUS, bem como sua Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é uma diretriz do modelo técnico assistencial, cuja proposta é reorganizar e reorientar a assistência nos serviços de saúde para garantir o atendimento humanizado, a resolubilidade das questões do usuário e assegurar o acesso universal. Não se restringe à recepção do usuário, pois engloba todo o contexto da atenção assim que o mesmo adentra ao sistema de saúde (COUTINHO *et al.*, 2015; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; SILVA; DAVID; ROMANO, 2020).

Silva e David (2021) definem que o processo de trabalho na APS se inicia com o acolhimento, escuta e resposta para grande parte dos problemas de saúde da população. É um modo de atuar composto por ações desenvolvidas por equipe multiprofissional, responsável por determinada população inserida em um território.

Já a avaliação ou classificação de risco é definida como a estratificação, por meio de protocolos, do potencial risco ou agravamento à saúde do usuário. Nela é definida a prioridade do atendimento, baseada na necessidade apresentada pelo usuário. Essa ferramenta é uma maneira de fortalecimento do princípio da equidade, onde a maior atenção deverá ser dispensada a quem mais necessitar naquele momento (BRASIL, 2013a).

A demanda espontânea está descrita como um dos modos de um usuário procurar uma unidade básica de saúde. Esse modo deve contemplar aquele usuário que não tem nenhuma consulta agendada para aquele dia, mas necessita de uma avaliação da equipe de saúde. Está geralmente relacionado às condições ou agravos de natureza agudas na saúde, bem como às eventualidades de um tratamento iniciado na UBS (BRASIL, 2011).

Assim, o acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea em uma Unidade Básica de Saúde pode ser uma maneira de favorecer o cuidado integral, por meio de fortalecimento de vínculo do usuário com a equipe, e, por conseguinte, contribuir para a adesão ao tratamento e continuidade da assistência.

Este artigo apresenta uma análise de um estudo que se propôs a responder à pergunta: como ocorre o processo de acolhimento e classificação de risco, em relação à demanda espontânea, em uma Unidade de Saúde da Família?

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de análise qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada em uma cidade do interior em um Estado do Nordeste brasileiro.

O instrumento de pesquisa utilizado foi um roteiro de entrevista contendo 10 questões que abordaram o processo de acolhimento na Unidade:

Por que as pessoas procuram a Unidade de Saúde?

Como as pessoas são recebidas na UBS?

Como você identifica que é feito o acolhimento nessa UBS?

Como você faz para acolher os usuários?

Quais os problemas você identifica na execução do acolhimento nessa UBS?

Que sugestão poderia dar para resolver esse problema?

Que fatores positivos você observa no acolhimento desta UBS?

Quais necessidades você percebe em relação ao acolhimento nesta UBS?

Como é o fluxo do paciente na UBS?

O que você acha da classificação de risco?

Como ela deve ser feita e como acontece na UBS?

Como é a participação dos profissionais nas ações da UBS?

Os participantes do estudo foram 10 profissionais de uma equipe da ESF na UBS e que estavam em atividade no período da pesquisa. Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2020, através de entrevista presencial e individual, observados os padrões sanitários vigentes, realizada por um profissional da área da saúde que não fazia parte do quadro da UBS, pois o pesquisador faz parte da equipe pesquisada. O processo foi gravado e depois transcrito para análise dos dados. A referência a cada entrevistado foi codificada através da função exercida na UBS. Os ACS foram codificados pelas siglas de AC1 a AC7, as enfermeiras como ENF1 e ENF2 e a técnica de enfermagem como T1; a numeração não correspondeu à ordem em que foram entrevistados.

A análise dos dados ocorreu de forma manual e conforme as orientações de Malheiros (2011), obedecendo quatro fases para elaboração das categorias.

A primeira fase consistiu na organização dos dados, quando foram identificadas as ideias emergidas das respostas à questão norteadora. Nessa fase também foi realizada uma pré-análise, através de leitura aprofundada, visando criar as categorias – que não foram previamente elaboradas. A fase em questão corresponde à identificação da unidade de contexto, para o que todos os dados foram transcritos em um quadro para transcrição das respostas, processada em *ipsis literis*.

A fase seguinte correspondeu à criação do segundo quadro, onde foram descritas as ideias explícitas (categorias provisórias) e implícitas (focos) e a posterior identificação dos sentidos, considerando os três princípios de Malheiros (2011). O primeiro princípio corresponde à exclusão, de forma que, quando um dado ou conjunto de dados for pertinente a uma categoria, será excluído automaticamente das demais. O segundo princípio é o da pertinência, que consiste no fato de que, quando não pode ser adicionado à uma categoria por falta de escolha, é fundamental que o dado seja pertinente à categoria selecionada. O terceiro princípio é o da objetividade: quando um dado é ligado a uma categoria, é fundamental que esteja claro para que não haja influência da subjetividade na organização dos resultados da pesquisa.

A terceira fase (terceiro quadro) procurou responder à pergunta da pesquisa por meio das unidades de registro, relacionando a fala com o foco ou o tema. Nessa fase foi verificado o sentido da inferência obtida, bem como foram buscados no texto exemplos que confirmem como se chegou ao resultado que é a unidade de registro (palavra ou frase).

A quarta fase consistiu na elaboração de outros dois quadros. O primeiro contendo a interpretação dos focos e suas unidades de registros, com posterior elaboração de síntese para cada foco, e o segundo correspondendo à elaboração de ideias pertencentes às categorias e suas respectivas subcategorias.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado inicialmente sob o parecer de número 3.976.586 e CAAE 30523720.6.0000.5013. Em razão da pandemia da COVID-19, houve sugestão de alteração do procedimento de coleta de dados, feita emenda com as alterações recomendadas, com nova aprovação sob o parecer de número 4.198.138.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Após análise dos dados emergiram duas categorias: Acolhimento e Conhecimento da Classificação de Risco, sendo a primeira categoria com quatro subcategorias descritas no quadro abaixo.

QUADRO 1 – Categorias e subcategorias da pesquisa

Categorias	Subcategorias
Acolhimento	No processo de trabalho
	Fluxo de acolhimento na UBS
	Educação em Saúde como ferramenta
	Dificuldades de realização
Conhecimento da Classificação de Risco	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Categoria 1: acolhimento

Enquanto diretriz operacional baseada nos princípios do SUS, o acolhimento foi descrito de forma pioneira por Franco, Bueno e Merhy (1999). Nessa publicação houve o enfoque na universalidade do acesso, a reorganização dos processos de trabalho com o deslocamento do eixo centrado no médico para uma equipe interdisciplinar e multiprofissional. Como consequência dessa mudança, haveria uma escuta mais qualificada, melhoria do vínculo entre profissionais e usuários e, acima de tudo, resolubilidade das questões do usuário, com um olhar mais humano, solidário e empático (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Mais tarde, em 2003, com o surgimento da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS, o acolhimento é fortalecido oficialmente pelo Ministério da Saúde. Na PNH o acolhimento é uma diretriz de grande relevância para o pleno funcionamento do SUS, onde todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde são protagonistas e os serviços de saúde são reorganizados com base na problematização dos processos de trabalho (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Ainda dentro da PNH, o acolhimento deve ser realizado em todos os níveis de atenção à saúde. No caso estudado, a Atenção Primária, sua prática visa promover a ampliação ao acesso, buscando a eliminação de lista de esperas e filas, com uma

atenção embasada na classificação de riscos e adequação da capacidade resolutive (BRASIL, 2013b; MORELATO *et al.*, 2021).

Nesse sentido, de acordo com Silva, David e Romano (2020), a organização da APS a partir do acolhimento requer que os profissionais ponderem sobre quais serviços a UBS tem ofertado para atender às demandas de saúde da população daquele território. Devem ser definidos quais profissionais da equipe irão receber o usuário, como eles serão avaliados em vulnerabilidade e risco, quais fluxos e protocolos serão utilizados para encaminhamento e a maneira como será organizada a agenda dos profissionais.

Componente indispensável para a assistência em saúde, o acolhimento também contribui para o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário e favorece a adesão ao tratamento, aspectos importantes para a relação de cuidado e para a continuidade da assistência (BRASIL, 2013b; COUTINHO *et al.*, 2015; MITRE, ANDRADE, COTTA, 2012).

Esta categoria apresenta o detalhamento sobre acolhimento em suas quatro subcategorias, a serem abordadas a seguir.

Subcategoria: acolhimento no processo de trabalho

Esta subcategoria traz a questão do Acolhimento no Processo de Trabalho da UBS estudada. As falas a seguir exemplificam a subcategoria:

Então o meu acolhimento eu sempre pergunto; Como você está? como tem passado os dias? como é que está a família? Tudo para depois tentar saber qual é o problema, seja físico, o que é que levou a procurar a Unidade de Saúde de fato? (...) Às vezes é preocupação, alguma situação familiar. E se a gente não acolher, não tiver o cuidado de ter esse olhar, esse olhar como um todo, de a gente ver uma pessoa como um todo (ENF1).

O paciente quando chega na UBS quando eu estou aqui na UBS, sempre eu dou atenção a ele. Por conta que, querendo ou não, se não tem uma atenção de outro profissional, eu como Agente de Saúde daquele paciente, eu vou lá acolho aquele paciente (ACS2).

A PNH enfatiza o preparo e qualificação dos trabalhadores como fundamental no processo de acolhimento dos usuários na UBS. Nesse aspecto, é fundamental a qualificação contínua e apropriação de conteúdos no dia a dia em uma UBS, seja do cotidiano da prática clínica, de gerenciamento ou de educação (BRASIL, 2013a; MORELATO *et al.*, 2021).

Na mesma direção, o acolhimento deve pôr em evidência os profissionais ACS e os Agentes de Vigilância em Saúde (AVS), fundamentais para a criação e fortalecimento do vínculo profissional com a comunidade. Os ACS são fundamentais na identificação e diagnóstico na situação de saúde, bem como no planejamento baseado na realidade local, além de serem essenciais para a integralidade da atenção, principalmente em serviços cujo foco recai no indivíduo, na família e na comunidade (SILVA; DAVID; ROMANO, 2020).

No presente estudo houve destaque para os tipos de patologias que são acolhidas pelos profissionais e a procura dos usuários pela UBS, quando prioritariamente para um acolhimento relacionado à saúde mental. Foi recorrente nas falas a afirmação da busca, por parte dos usuários, pelo atendimento médico sem aparente queixa física, mas com necessidade de acolhimento por um profissional, e que isso lhes traria diminuição de seu sofrimento mental:

As pessoas procuram a Unidade de Saúde em uma forma de melhoria na saúde. Só que hoje mesmo a procura maior está sendo pela questão mais psicológica, a saúde mental. Boa parte da população está doente mental e por isso eles procuram mais (ACS6).

Tenho percebido que eles procuram porque simplesmente quer conversar (...) às vezes é uma carência de ter uma conversa, às vezes é um problema em casa, com a família, e só quer sair dali e quer alguém para conversar (T1).

Na verdade, elas procuram quando elas se sentem assim, (...) e está passando por um problema em casa. Não tem com quem se expresse na maioria das vezes. As pessoas não buscam uma consulta médica e sim uma pessoa para conversar e eu já vi acontecer muito isso. Aí vem para conversar com o médico, se acalmar mais (ACS5).

Cerca de 25% da população mundial é acometida de algum transtorno mental em alguma fase da vida, e tal situação pode corresponder a 20% de toda a demanda da APS. Dessa forma, deve-se oferecer acolhimento integral, entendendo o ser humano como um ser indissociável de seu contexto social, político, histórico, familiar e ambiental (PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020).

É importante ressaltar que a pandemia de COVID-19 (OPAS, 2020) demandou a reorganização das agendas dos profissionais, bem como da maneira como as atividades são realizadas, tendo impacto direto em todas as ações rotineiras de uma UBS, incluindo o acolhimento (ENGSTRON, 2020). Além de

provocar na comunidade, e na população em geral, alterações relacionadas à saúde mental.

A sobrecarga de trabalho, a escassez de equipamentos de proteção individual e a disponibilidade de drogas específicas para combater a COVID-19 são fatores que podem contribuir para o esgotamento mental dos trabalhadores da saúde (LAI *et al.*, 2020). Também foram descritos sintomas como: depressão, ansiedade, insônia e estresse nesses profissionais (AKINTUNDE *et al.*, 2021).

O estudo de Brooks *et al.* (2020) define quarentena como a separação e restrição do movimento de pessoas expostas à uma doença contagiosa para verificar se elas adoecem e, por conseguinte, reduzir o risco de infecção de outras pessoas. Ainda de acordo com o referido estudo, os principais agentes estressores em relação à população ligados à quarentena são: a duração incerta da mesma; o medo da infecção (de se contaminar e de contaminar os outros); a frustração e o sentimento de isolamento do resto do mundo; recursos insuficientes (financeiros, alimentares ou de vestuário) e informação inadequada, confusa ou insuficiente (por parte das autoridades públicas).

Além do descrito acima, foi evidenciada a importância do papel da UBS no acolhimento de pacientes com outras condições de adoecimento, principalmente as doenças crônicas (grupos prioritários), que podem ter o quadro agravado na ausência de assistência devida. Essa evidência surgiu através das seguintes falas:

Se não fosse uma Unidade Básica de Saúde, talvez aí a gente teria, eu coloco de forma geral muitas mortes por problemas de saúde por não descobrimento das doenças (ACS2).

O pessoal está procurando mais questão de gestante, realização do pré-natal e mulheres, muita procura de mulher, aumentou de um jeito, em questão de saúde sexual e reprodutiva. Tem muita gente procurando para a citologia, para vários fatores. E acho que mais principalmente, a questão de hipertenso e diabético. Eu acho que é assim (ENF1).

A maioria procura porque elas precisam de atendimento por conta de problemas de saúde, mesmo como hipertenso, diabético e as gestantes (T1).

O paciente também procura a Unidade para ser ouvido e acolhido em todas as suas dores (físicas, psicológicas e sociais), uma vez que todos os problemas de saúde derivam de um ambiente que pode predispor ou causar enfermidades (STARFIELD, 2002). Esse fato evidencia a necessidade de que seja acolhido

através da atenção integral e o papel da UBS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para dar resposta adequada, contínua e eficaz às necessidades dos usuários (BELFORT; COSTA; MONTEIRO, 2021; CABRAL *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirma o papel fundamental da APS como centralizadora das ações da RAS. Acolher o usuário integralmente pode significar o envolvimento de outro setor ou dispositivo não pertencente ao quadro das secretarias de saúde (BRASIL, 2017; PEREIRA, AMORIM, GONDIM, 2020).

A variedade de questões, pretextos e propriedades dos indivíduos que buscam o acolhimento demanda respostas diferentes da equipe. Para os profissionais, o acolhimento é tido como componente importante para organização da demanda e do processo de trabalho, que requer empenho e atenção deles (SOUZA *et al.*, 2008).

Subcategoria: fluxo do acolhimento na UBS

Observamos nas falas dos profissionais que o fluxo do acolhimento na UBS ocorre, na maioria das vezes, em um primeiro momento na recepção, seguindo o fluxo com o usuário encaminhado para a triagem e depois ao profissional médico, enfermeiro ou cirurgião dentista:

O primeiro acolhimento dele é na recepção, a recepção é o coração, né? Começa por lá, depois a triagem. Depois vai para a sala do médico, da enfermeira, do dentista (ACS1).

É relativo. O acolhimento primeiro, sempre é na recepção, depois, passa pela triagem. Então, sucessivamente... (T1).

De início vem através do Agente de Saúde, que marca a consulta do paciente, principalmente nesse período de COVID-19 né? O ACS marca a consulta do paciente na visita na casa dele, o paciente quando chega na Unidade passa pela recepção, depois vai para triagem se for atendido pelo médico ou pela enfermeira ou por outro profissional qualquer, da triagem vai para profissional. É um procedimento muito simples, não é dificultoso para paciente entender e eu acredito que é uma forma bem favorável para o atendimento do paciente (ACS2).

Há um fluxograma padrão definido para os usuários assistidos na Atenção Primária (BRASIL, 2011). Nele se parte do pressuposto de que o primeiro contato do

usuário acontece com a recepção e que, caso aconteçam situações imprevistas, deve-se dispor de local adequado para investigação, percepção e posterior tomada de decisão (acolhimento). Destaca-se, ainda, a necessidade de um contexto envolvendo: tipo da equipe envolvida nesse acolhimento, número de equipes de AB na Unidade e capacitação técnica do profissional envolvido (BRASIL, 2011).

O profissional ligado ao fluxo de acolhimento deve ter a capacidade de escutar e analisar todas as demandas, compreender a oferta de serviços da UBS e dialogar com outros profissionais da Unidade. Deve sempre levar em consideração a necessidade do usuário e acolhê-lo naquele momento (BRASIL, 2011).

Esse acolhimento pode acontecer em diversos locais e na UBS pesquisada, por exemplo, inicia-se na recepção. Contudo, encontramos citação da realização também em outro local, como na visita domiciliar, conforme observado na fala do ACS 2 acima.

Nesse sentido, e de acordo com Oliveira *et al.* (2010) e Coutinho *et al.* (2015), o acolhimento não é atividade exclusiva de uma profissão determinada. Todos os profissionais devem estar capacitados e comprometidos com a população, seja qual for sua área de atuação. Da mesma forma, não deve ser feito apenas na entrada do serviço de saúde, corroborando com as falas acima.

Scholze, Duarte e Silva (2009) definem que o acolhimento não deve se limitar a um espaço físico ou a uma mudança na postura profissional, pois engloba organização multidisciplinar, análise aprofundada para refletir e problematizar os processos de trabalho, tempo e remuneração adequados para as intervenções, além de infraestrutura apropriada para garantir o êxito da intervenção clínica

É interessante que os profissionais conversem e definam a forma como os diversos profissionais deverão participar do processo de acolhimento:

Quem vai receber o usuário quando este chegar na unidade? Como aferir o risco e a vulnerabilidade? De imediato, o que fazer? Qual o tempo de agendar consulta médica? Como fazer para preparar a agenda dos profissionais e quais outros cuidados precisam ser implementados? É imperativo aumentar a competência clínica da equipe para escutar de forma ampliada, distinguir riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011; SILVA; DAVID; ROMANO, 2020).

Subcategoria: educação em saúde como ferramenta de acolhimento

Os entrevistados apontaram a necessidade de a população ser orientada e informada a respeito do que é acolhimento, reconhecendo que surgem, nos espaços da Atenção Básica, oportunidades para que seja realizada a educação em saúde como ferramenta de acolhimento:

[Devemos] explicar (...) como deve ser feito o acolhimento. Eu acho que vai ter muita gente que não vai saber... não tem nenhuma luz, um início de que caminho se deve tomar para isso, para esse acolhimento, porque eu acho que é muito abrangente, envolve muitas coisas. Então acho que a primeira necessidade é explicar, eles terem o conhecimento do que é que é. Eu acho que a maior necessidade é essa (ENF1).

O que é que tem? (...) como podemos aprender? como são as demandas? e assim a gente vai trabalhando de forma que deixe claro a todo mundo porque muitas vezes o paciente vem aqui (...) E não sabe como funciona (...) Mas quando a gente faz uma sala de espera que explica que tem essa demanda que tem aquela outra (...) Vai ter uma resposta, já acalma mais as pessoas e sabe que existe uma atenção, apesar de não poder fazer tudo naquele momento, mas existe uma atenção ali que vai chegar ao seu atendimento. Ele [o paciente] não se sente meio esquecido (ACS7).

O conceito de educação em saúde foi pauta de debates internacionais e nacionais desde as Conferências de Alma-Ata (1978) e Ottawa (1986), ambas enfatizando a promoção da saúde e assistência primária. No Brasil, a partir da Reforma Sanitária nos anos 1980 do século passado, surgiu uma nova perspectiva da educação em saúde, com um olhar voltado para a melhoria da qualidade de vida das pessoas através do compartilhamento de saberes entre os profissionais de saúde e a população (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Essa aproximação entre profissionais de saúde e população é materializada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsável pela execução, organização e fortalecimento da APS. Seu eixo norteador é a PNAB, cujas diretrizes envolvem práticas orientadas por necessidades locais e regionais, pelos determinantes sociais em saúde, considerando o indivíduo inserido em seu contexto familiar e comunitário (FERTONANI *et al.*, 2015; CABRAL *et al.*, 2020).

Oliveira e Wendhausen (2014) definem a educação em saúde como um meio de trabalho para auxiliar a comunidade a refletir sobre a sua realidade, sobre as

ações necessárias para obter uma vida saudável e sobre si, principalmente no contexto da ESF.

A literatura apoia a fala dos entrevistados, evidenciando a participação dos profissionais nas atividades de educação em saúde como forma de acolhimento aos usuários:

Fazemos também sempre sala de espera na unidade para esclarecer a todos como é que funciona o acolhimento naquela unidade. O que é que tem? o que é que... como podemos aprender? como são as demandas? e assim a gente vai trabalhando de forma que deixe claro a todo mundo porque muitas vezes o paciente vem aqui (...) e não sabe como funciona (ACS7).

[Os profissionais] são bem participativos. Tem um ou outro que é mais [participativo] (...) Mas no geral, sempre quando tem alguma coisa na unidade, eu vejo todos eles engajados (ENF1).

Subcategoria: dificuldades na realização do acolhimento

Nessa subcategoria identificamos vários fatores citados pelos pesquisados que interferem ou dificultam a realização do acolhimento. Foram citados como entraves na realização na UBS: o número escasso de funcionários, dificuldade de parceria e relacionamento entre os componentes da equipe, dificuldade em passar informação para os usuários pelos pesquisados, além da ausência de educação continuada que possibilitasse a qualificação dos profissionais. Alguns exemplos:

O problema é muitos usuários e poucos profissionais para acolherem. E às vezes o profissional não consegue separar problemas pessoais e acaba interferindo diretamente no usuário. Uma coisa que eu aprendi é que o usuário está sempre certo, desde que eu tenho que me preocupar em mostrar para ele para ele identificar que ele pode até estar equivocado, mas eu acho que o maior problema é esse: é a comunicação entre o profissional que acolhe e o usuário (ENF2).

Há necessidade de aumentar o número de funcionários. Porque um técnico eu acho pouco. Porque no acolhimento quem mais fica na verdade é a categoria de enfermagem que mais acolhe. Para o profissional médico, o paciente já vai feito todo o pré-acolhimento. Então hoje nossos profissionais apesar de um número reduzido acolhem muito bem, mas nós necessitamos de melhorias (ENF2).

Apesar do acolhimento ser algo inerente ao ser humano, ainda não é possível defini-lo com clareza. Seu conceito está ligado mais à prática concreta do que apenas ao discurso (BRASIL, 2011). Deve ser compreendido, acima de tudo, como um processo de trabalho e garantir a escuta de todos os usuários com atenção e responsabilização, o estabelecimento de uma relação de vínculo com estes, bem como deslocar o eixo centrado no médico para o de uma equipe multiprofissional. É fundamental que seja pautado por princípios de solidariedade, ética, humanização e empatia (COUTINHO *et al.*, 2015; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; LACERDA *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Gostaríamos de destacar que a enfermagem tem se mostrado essencial para a ampliação e concretização da ESF, em sua proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Esses profissionais possuem atribuições que vão desde a organização das atividades de acompanhamento do usuário até a execução da assistência ao indivíduo, família e comunidade. Devem, fundamentalmente, buscar essa atuação de forma acolhedora (LACERDA *et al.*, 2019; MORELATO *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Outro aspecto de possível identificação nas falas é que a dificuldade de parceria entre os componentes da equipe é um dos fatores que dificultam a realização do acolhimento adequado pela equipe da ESF. Essa dificuldade na parceria se manifesta quando não há a cooperação dos profissionais nos momentos em que o cargo e/ou função não são determinantes na escuta. Um trabalho em equipe exige que todos os profissionais de saúde se auxiliem em suas atribuições dentro de uma UBS.

Para ser uma boa equipe, todos tem que trabalhar unidos, né? Independente de qualquer situação. Mais compreensão, mas parceria. Isso que faz uma equipe andar uma equipe fazer um bom trabalho é a parceria, a união, a força (ACS3).

Um ambiente de trabalho em saúde contempla várias atividades diferentes. A associação de saberes, a parceria e harmonia no ambiente de trabalho são fundamentais para a prática dessas atividades, visando sempre a cooperação interprofissional para potencializar as ações de promoção de saúde (ARRUDA *et al.*, 2018; MACHADO *et al.*, 2018).

Para que essas ações obtenham êxito, elas demandam articulação intra e intersetorial em um ambiente saudável e foco na equidade. Esse estímulo à cooperação visa ampliar a atuação da equipe de saúde sobre os determinantes condicionantes de saúde e estão de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014).

A falta de informação e conseqüente dificuldade de relacionamento com os usuários surgiu no estudo como fator impeditivo da realização de um bom acolhimento. Essa afirmação é corroborada pela seguinte fala:

Eu acho que precisa muito de uma boa atenção, precisa mais de atenção, de mais informações, de estar transmitindo aquelas informações aos pacientes para eles [se] sentirem mais à vontade. Seja na demora, seja na questão da entrega de uma medicação, na questão da parte do curativo, na parte da triagem. Estar sempre passando informação porque assim não é um bom acolhimento, não temos isso (ACS6).

A comunicação é apontada como instrumento essencial para o cuidado em saúde, pois gera impacto nas relações interpessoais, tanto entre profissionais quanto com os usuários. Ruídos e falhas na comunicação podem ocasionar situações de conflito, insatisfação com o atendimento e baixa adesão ao tratamento. Por outro lado, a comunicação eficaz promove fortalecimento de vínculo e confiança repercutindo na qualidade da assistência (COUTINHO *et al.*, 2015; CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014; DECETY, 2020).

Na percepção dos entrevistados, a qualificação profissional é um fator preponderante em relação ao acolhimento em uma UBS. Esse fato pode denotar uma deficiência da gestão na oferta de qualificação com relação ao processo de acolhimento para os profissionais ora pesquisados:

Eu acho que a capacitação é um pilar muito importante porque nós sabemos principalmente quem está diretamente na área da saúde que o talvez hoje fosse o certo amanhã já isso já pode ter uma outra visão e precisasse mudar. A gente necessita capacitação para os profissionais (ENF2).

Eu sinto a necessidade de uma capacitação para os recepcionistas que estão recepcionando as pessoas. (...) No meu ponto de vista um profissional para trabalhar na recepção ele tem que estar bem qualificado porque está lidando com muitas opiniões, pessoas diferentes, pessoas que vem realmente porque estão necessitando (ENF2).

A qualificação profissional possibilita uma atuação adequada em qualquer assistência, o que demonstra sua importância na área da saúde (COUTINHO *et al.*, 2015). Por sua vez, o acolhimento se destaca na qualificação do atendimento ofertado na área da saúde. A multiprofissionalidade e intersetorialidade andam juntas para possibilitar ao usuário um atendimento integral e justo.

A integralidade deve ser sempre incluída na qualificação das práticas na APS. Através dela, amplia-se o olhar para o indivíduo além da prática curativa, por considerar o usuário inserido em um contexto social, familiar e comunitário. É fundamental a articulação integrada entre todos os dispositivos de produção de saúde do território para contemplar as necessidades dos usuários (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2014).

Assim, os dados demonstram a necessidade de educação permanente para todos os profissionais, particularmente aqui, no tocante ao processo de acolhimento nas UBS. A padronização da informação e o uso de uma linguagem adequada a cada usuário é fundamental para que haja melhoria nas condições do atendimento e acolhimento fornecidos, bem como para tornar o ambiente de trabalho seguro para o profissional de saúde com a adoção de protocolos assistenciais (COSTA *et al.*, 2018).

Apesar de toda literatura sobre o tema, Coutinho *et al.* (2015) afirmam que o processo de acolhimento ainda não está definido integralmente nos modelos de atenção à saúde, sendo essa uma provável justificativa para as dificuldades encontradas em sua execução.

CATEGORIA 2: Conhecimento sobre a classificação de risco

A classificação de risco surge como uma categoria que se evidencia desconhecida em seus princípios, até mesmo sua ausência foi citada por parte de alguns entrevistados, como vemos nas falas a seguir:

Então o que é que eu percebo? não tem essa classificação de risco, tem a questão de prioridades. Por exemplo: se tiver uma gestante, ela vai primeiro, se tiver um idoso, ele vai primeiro. Se alguém tiver com uma dor muito forte ele vai primeiro. Mas eu vejo que é questão de preferências [preferencial] e não de classificação de risco (ENF1).

Na verdade, pelo meu conhecimento e pelo que eu vejo aqui na unidade aqui não é feita nenhuma classificação de risco (ACS2).

Na reunião de equipe nunca foi falado de classificação de risco não. É aquele azul, vermelho, não é isso? Não tem classificação de risco aqui não (ACS5).

Foram descritos alguns procedimentos que são aplicados, considerando-se situações de maior vulnerabilidade, no direcionamento do fluxo a ser seguido pelo usuário, não sendo considerados os princípios da classificação e risco estabelecidos pela PNH:

Eu atendo por ordem. Mas no caso, se alguém chegar a passar mal, tem alguma coisa que eu observe que está mais precisado eu peço para vir na frente. E se realmente precisar passar no médico antes, eu explico para as outras pessoas perguntam se pode. Porque eu não tenho esse direito de colocar, mas assim eu pergunto essa pessoa está assim, está precisando, vocês permitem? Permitem, beleza, tudo bem! (T1).

Quando o usuário chega e ele tem situações de saúde diferenciadas quando alguém chega com dor, desconforto e outra pessoa chega com outro problema, manchas. Como fica a organização desse atendimento? Se é um idoso, gestante, há alguma classificação sobre quem precisa de uma atenção mais imediata ou não. A assistência é mais rápida (ACS6).

A classificação de risco é uma ferramenta que garante o acolhimento do cuidado imediato do usuário com grau de risco elevado; fomenta informações sobre a condição de saúde e o tempo de espera; propicia trabalho em equipe; melhora as condições de trabalho através de discussão e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta o contentamento dos usuários e promove acordo entre os serviços da rede assistencial (BRASIL, 2009a e 2013b). Conceito desconhecido pela maioria dos entrevistados, considerando suas colocações.

Nesse mesmo sentido, a classificação de risco é um dispositivo de fortalecimento da equidade. Através de treinamento e protocolo estabelecido, a ordem do atendimento deve ser definida pela condição clínica ou agravo que demande prioridade – ou seja, deve priorizar a atenção a quem mais precisar naquele momento. Parte integrante do acolhimento, constitui elo fundamental da assistência à saúde (COSTA *et al.*, 2018; MORELATO *et al.*, 2021).

Costa *et al.* (2018) e Rossato *et al.* (2018) definem que a classificação de risco é primordial para a reorganização do modelo de atenção burocrático e baseado apenas na ordem de chegada dos usuários nas UBS. Através da classificação de risco pode-se contemplar as especificidades e definir prioridades de atendimento, garantindo a efetividade do atendimento, melhoria da rede assistencial e inclusão do usuário na entrada do sistema de saúde.

Não observamos essa compreensão nas falas da maioria dos profissionais entrevistados, com apenas um demonstrando compreender o real motivo da aplicação da classificação de risco em uma UBS – um indicativo da necessidade de revisão do processo de aprendizagem sobre classificação de risco.

Já existe uma classificação disponível que relaciona a avaliação do risco e vulnerabilidades. Nela são descritos os modos de intervenção necessários e as situações são classificadas em não agudas e agudas, sendo aplicadas as condutas correspondentes. Nos casos de não agudas, deve-se proceder orientações e agendamento de intervenções. O atendimento deve ser imediato nos casos de alto risco de morte. Para os casos de risco moderado, o atendimento deve ser feito com prioridade e no mesmo dia; em casos de vulnerabilidade ou risco biológico aumentados a atenção deve ser priorizada (BRASIL, 2011).

O entendimento do fluxo de acolhimento com classificação de risco é limitado para os profissionais entrevistados. Foi explicitado apenas o passo a passo do usuário na UBS, iniciando com sua chegada, acesso à recepção e encaminhamento ao atendimento pelo profissional de saúde; indicando haver desconhecimento de um fluxograma estabelecido pelo Ministério da Saúde desde 2011.

A Portaria n.º 2048 (2002) diz que, para operar na classificação de risco, o profissional de saúde precisa ter capacitação específica e aplicar o protocolo preestabelecido. A falta de treinamento pode levar a erros na classificação dos usuários, podendo provocar falsas classificações, pondo em risco a saúde da população que procura esse tipo de atendimento. Os entrevistados parecem desconhecer a existência desta portaria.

Podemos inferir que a classificação de risco se conforma como uma etapa fundamental do acolhimento, mas que é necessário apoiar e qualificar os profissionais para que se concretize essa estratégia, que colabora na organização das redes de cuidado e possibilita que os usuários sejam acolhidos com resolutividade e humanização.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram quais protocolos devem ser revistos na UBS estudada em relação ao acolhimento e classificação de risco. Urge oferecer educação continuada aos profissionais envolvidos para que seja ofertado um serviço mais qualificado aos usuários. Os conceitos sobre o tema pesquisado não são devidamente compreendidos por todos os entrevistados.

Percebe-se, através das falas, o empenho dos profissionais em acolher os usuários, cada um à sua maneira, a despeito da falta de treinamento específico em acolhimento. Houve ainda a descrição de procedimentos envolvendo priorização de atendimento aos agravos de grande vulnerabilidade, direcionando o fluxo de atendimento dos usuários.

Este estudo mostra-se relevante por apresentar uma análise sobre o acolhimento e classificação de risco em uma UBS na percepção dos profissionais – uma vez que há pouca literatura disponível sobre essa temática –, o que pode trazer contribuições para a melhoria da qualidade da assistência ao usuário, promovendo e potencializando uma atenção integral e mais resolutiva, considerando-se a semelhança de realidades nas UBS da região estudada.

REFERÊNCIAS

AKINTUNDE, T. Y. *et al.* Bibliometric analysis of global scientific literature on effects of COVID-19 pandemic on mental health. **Asian Journal Of Psychiatry**, v. 63, p. 1-9, set. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102753>. Acesso em: 30 jul. 2021.

ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 1, p. 1309-1323, out. 2018. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A560415382/AONE?u=capes&sid=bookmark-AONE&xid=2effa0f5>. Acesso em: 29 jul. 2021.

BELFORT, I. K. P. *et al.* Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. **Aps em Revista**, v. 3, n. 1, p. 3-8, 1 abr. 2021. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v3i1.139>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/139/83>. Acesso em: 8 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em: 5 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.446 de 11 de Novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab_28v1.pdf. Acesso em: 8 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 8 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 21 ago. 2021

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 01 jul. 2021.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30460-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30460-8.pdf). Acesso em: 30 jul. 2021.

CABRAL, E. R. de M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of Medicine And Health**,

v. 3, p. 1-12, 11 abr. 2020. Disponível em:
<https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87/130>. Acesso em: 6 jul. 2021.

CORIOLOANO-MARINUS, M. W. V.; QUEIROGA, B. A. M. de.; RUIZ-MORENO, L.; LIMA, L. S. de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TztQ9sMg/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2021.

COSTA, A. B. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). **Enfermería actual de Costa Rica**, v. 18, n. 35, p. 13, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n35/1409-4568-enfermeria-35-103.pdf>
Acesso em: 20 mai. 2020.

COUTINHO, L. R. P. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n.105, p. 514-524, 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200514&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 9 fev. 2020.

DECETY, J. Empathy in Medicine: what it is, and how much we really need it. **The American Journal Of Medicine**, v. 133, n. 5, p. 561-566, mai. 2020. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>. Acesso em: 8 jul. 2021.

ENGSTROM, E. **Observatório Covid-19 Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**: recomendações para a organização da atenção primária à saúde no sus no enfrentamento da covid-19. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em:
https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enf. Acesso em: 7 jul. 2021

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 31 jul. 2021.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999. Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> . Acesso em: 5 fev. 2020.

FREITAS, Francisco Bruno Queirós de *et al.* Prática de saúde na atenção básica na perspectiva da política de humanização num município cearense. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 02-18, 9 abr. 2021. Revista de Saude Publica do Parana. <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2020v3n2p02>. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/390/174>. Acesso em: 21 ago. 2021.

LACERDA, A. S. B. *et al.* Embracement with risk classification: relationship of justice with the user. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1496-1503, dez.

2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/7jh9XPTXx3SPcvKfX9Bkh3f/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

LAI, J. *et al.* Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **Jama Network Open**, v. 3, n. 3, p. 1-12, 23 mar. 2020. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>. Acesso em: 27 nov. 2020.

MALHEIROS, B. T. **Metodologia da pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. 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**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/dhnYdpYZcHGrRQDgYpH5fCh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MORELATO, C. S. *et al.* Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses learning needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, p. 1-9, mai. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/rsHFg736xfJhrMGwRsdvCjq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

OLIVEIRA, B. R. *et al.* Access first contact in primary health attention for children. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, 2012. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3923>. Acesso em: 26 jun. 2021

OLIVEIRA, E. R. A. de. *et al.* Acolhimento em Saúde e desafios de sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 12, n. 2, 2010.

Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/205>. Acesso em: 7 jul. 2021.

OLIVEIRA, L. M. L. de *et al.* Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev Aps**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 362-373, dez. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14297/7735>. Acesso em: 7 jul. 2021.

OLIVEIRA, S. R. G. de; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 129-147, abr. 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/cT8XkfzhnrXpVj66mkVzMGt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 8 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Brasil. **Folha informativa: COVID-19** (doença causada pelo novo coronavírus). Brasília, DF, 2020. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 4 jun. 2021.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. F. N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QcsvKsRhyv3DTrqQy63Gmzp/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2021.

ROSSATO, K. *et al.* Acolhimento com classificação de risco na Estratégia de Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 1, p. 144–156, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26655/pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v.13, n.31, p.303-314, 2009.

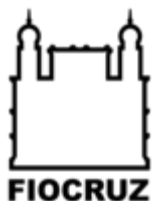
SILVA, T. F. da; DAVID, H. M. S. L.; ROMANO, V. F. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 1-16, 11 ago. 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2326/1559>. Acesso em: 26 jul. 2021

SILVA, T. F. da; DAVID, D. M. S. L. Reception, Social Networks and Production of Basic Health Care in the City of Rio de Janeiro, Brazil. **Redes**, v. 32, n. 1, p. 67-81, 9 jan. 2021. Disponível em: <https://revistes.uab.cat/redes/article/view/v32-n1-silva-david/pdf-879-pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

SOUZA, E. C. F. de. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FfXvbyY4mGmKMzmWb75DTwn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2021.

5.2. Produto



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



LUÍS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA

**PROTÓTIPO DE APLICATIVO PARA ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA – ACOLHIMENTO DIGITAL**

**Maceió
2021**

LUÍS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA

**PROTÓTIPO DE APLICATIVO PARA ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA – ACOLHIMENTO DIGITAL**

Produto desenvolvido a partir dos resultados obtidos no Trabalho de conclusão do Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE), vinculado ao Polo Alagoas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Divanise Suruagy
Correia

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria das Graças
Monte Mello Taveira

**Maceió
2021**

SUMÁRIO

1 TÍTULO	50
2 PÚBLICO-ALVO	50
3 TIPO DE PRODUTO	50
4 INTRODUÇÃO	50
5 OBJETIVO	51
6 MÉTODO.....	51
7 RESULTADOS.....	51
8 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS.....	57

5.2.1 Título

Protótipo de aplicativo para acolhimento em uma unidade de Saúde da Família – Acolhimento Digital

5.2.2 Título em inglês

App prototype for user embracement in a family health unit – Digital user embracement

5.2.3 Tipo de produto

Protótipo de aplicativo.

5.2.4 Público-alvo

Trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.2.5 Introdução

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) de rigor fundamental para a atenção à saúde. Na Atenção Primária, o acolhimento deve ser implementado nos moldes da PNH, ampliando o acesso à Atenção Básica e aos outros níveis de atenção ao sistema, organizando o atendimento baseado na priorização dos riscos e adequando a capacidade de resolução da Unidade de Saúde (BRASIL, 2013a).

Quando associado à classificação de risco, o acolhimento é um dispositivo que potencializa a humanização da atenção à saúde, promove a reorganização dos processos de trabalho adicionando a escuta qualificada e direcionando as demandas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (CAMARGO *et al.*, 2020).

O advento das tecnologias móveis através dos aplicativos para celular possibilitou mais agilidade, melhoria no acesso e precisão das informações em tempo integral. Na área da saúde, associados ao profissional, constituem apoio para

complementar os processos de trabalho e agilizar os trâmites burocráticos em uma UBS (MELO *et al.*, 2020).

Assim, a proposta do aplicativo Acolhimento Digital tem por finalidade agilizar o processo de acolhimento aos usuários em uma UBS, iniciando o processo no domicílio do usuário e contribuindo para agilizar o atendimento deste ao chegar e ao sair da UBS, além de conter uma ferramenta de avaliação e opinião sobre o atendimento ofertado.

5.2.6 Objetivo

Elaborar um aplicativo móvel para facilitar o fluxo o processo de acolhimento em uma UBS.

5.2.7 Método

Um protótipo é a idealização parcial de um sistema contendo *design* mínimo com a finalidade de ofertar solução para o problema encontrado. Para materialização deste protótipo foi utilizado o *software* de prototipagem Marvel, com a criação de telas inicialmente compatíveis com o sistema operacional Android® para usuários de uma UBS interagirem antes, durante e após sua permanência na unidade.

5.2.8 Resultados

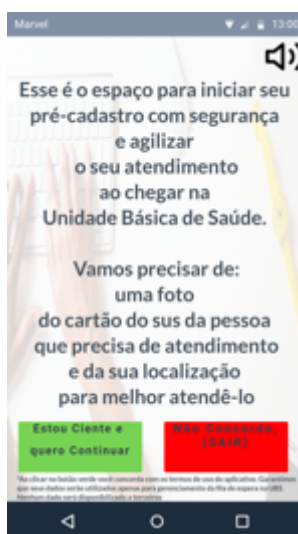
Após diversos testes e ajustes, obtivemos a criação dos seguintes desenhos de telas no protótipo de aplicativo. As telas iniciais contêm o nome do aplicativo, termos de uso e início do cadastro dos usuários (figuras 1, 2 e 3).

FIGURA 1 – Tela inicial do aplicativo

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

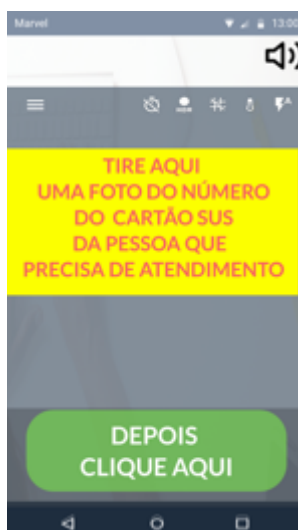
FIGURA 2 – Termos de uso do aplicativo

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

FIGURA 3 – Início do cadastro

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Neste aplicativo o usuário, em seu domicílio e com necessidade de ir à UBS, seja de forma agendada ou por demanda espontânea, fornece uma foto de seu cartão do SUS (Figuras 4 e 5). O sistema procede a identificação do número do mesmo, bem como do usuário que precisa do atendimento. Após confirmação (visual e auditiva) do reconhecimento do usuário (Figura 6), este, caso aceite, compartilha sua localização através do aplicativo até o momento de chegar na UBS (Figuras 7 e 8).

FIGURA 4 – Orientações para captura e reconhecimento do cartão SUS

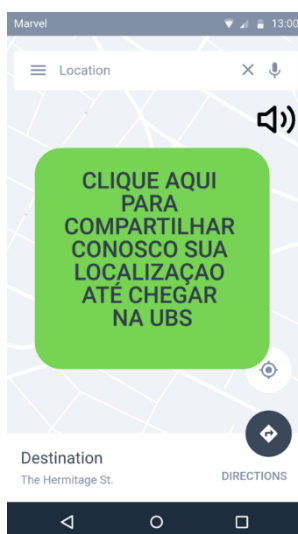
Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

FIGURA 5 – Confirmação da foto

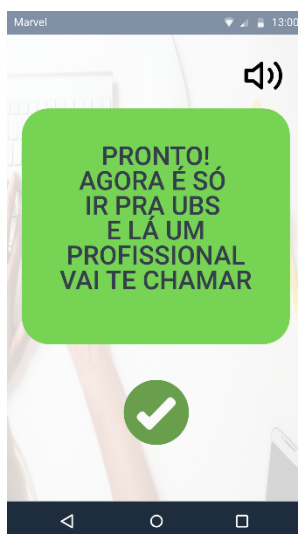
Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

FIGURA 6 – Confirmação dos dados

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

FIGURA 7 – Compartilhamento de localização

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

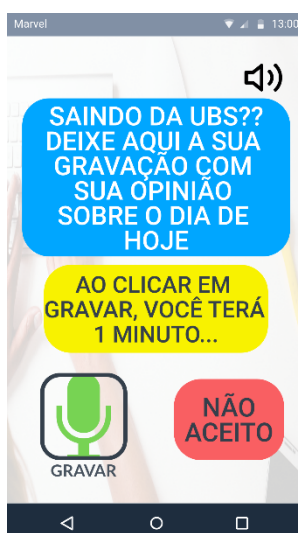
FIGURA 8 – Confirmação da localização

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

À medida que se aproxima da UBS, o profissional responsável recebe uma notificação mencionando que aquele usuário está chegando e se prepara para recebê-lo, sabendo antecipadamente, pelo número do cartão SUS, se aquele usuário tem consulta agendada ou não. Caso tenha, o usuário é encaminhado para recepção assim que chegar; caso não tenha, é encaminhado para o acolhimento “presencial”.

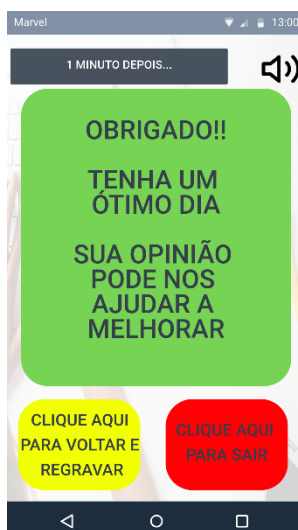
Ao final do processo, o usuário recebe uma notificação pelo aplicativo no dispositivo móvel perguntando se deseja emitir opinião através de gravação de áudio de 1 minuto. Caso aceite, a gravação é encaminhada para a coordenação da UBS; caso não aceite, o aplicativo possibilita ainda – diante de uma mudança de ideia em tempo hábil – que o usuário retorne posteriormente para fazer a gravação. Todos os menus de contexto possuem audiodescrição dos conteúdos e botões grandes com cores diferenciadas para facilidade de acesso.

FIGURA 9 – Convite à pesquisa satisfação

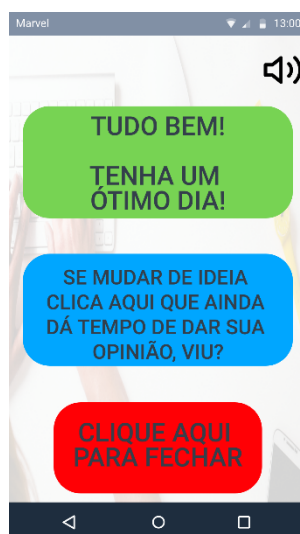


Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

FIGURA 10 – Confirmação da gravação



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

FIGURA 11 – Recusa inicial de gravação

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

5.2.9 Conclusão

Este protótipo visa aprimorar o processo de acolhimento dos usuários de Unidades Básicas de Saúde com o auxílio das tecnologias móveis disponíveis. Demanda treinamento e esforço em sua aplicação, podendo demandar também alterações variantes de acordo com as especificidades regionais.

Sua finalidade é agilizar o atendimento dos usuários com a adição de uma ferramenta de pré-cadastro e auxiliar o profissional acolhedor na tomada de decisões acerca das demandas dos usuários. Seu uso poderá contribuir para o fortalecimento da Atenção Primária como instrumento de primeiro contato dos usuários com sistemas de saúde, além de fortalecer os processos de trabalho de uma UBS, por viabilizar ferramenta de grande aplicabilidade.

5.2.10 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 8 jul. 2021

CAMARGO, Diângeli Soares *et al.* Ampliando o acesso: o acolhimento por equipe como estratégia de gestão da demanda na atenção primária à saúde (aps). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WYcC7Q6SfbxJtZ3tpXXJjNy/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2021.

SOFTWARE de prototipagem Marvel. 2021. Disponível em: <https://marvelapp.com>. Acesso em: 9 jul. 2021.

MELO, Chardsongeyca Maria Correia da Silva. *et al.* Development and Assessment of an Application for Primary Care for Users with Diabetes Mellitus. **Aquichan**, v. 20, n. 2, p. 1-14, 9 jul. 2020. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/13037/5841>. Acesso em: 21 jul. 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos possibilitou entender e concluir que todo usuário das UBS deve ter suas necessidades acolhidas e respondidas, seja de forma imediata ou agendada. O acolhimento é fundamental para a assistência em saúde, tendo em vista que os primeiros contatos do usuário com a equipe e o serviço de saúde podem impactar as impressões que terá sobre a Unidade e seus profissionais. Tais impressões podem ser determinantes para que o usuário retorne ou não à UBS, com implicação direta na assistência e na saúde do mesmo.

Nesse sentido, o acolhimento e a classificação de risco da demanda espontânea é um componente indispensável para a assistência em saúde, pois contribui para o empoderamento do vínculo entre profissional e usuário, além de favorecer a adesão ao tratamento – aspectos importantes no processo de acolhimento para a relação de cuidado e a continuidade da assistência.

Já a classificação de risco em si é um dispositivo de fortalecimento da equidade. Através de treinamento e protocolo estabelecido, a ordem do atendimento é definida pela condição clínica ou agravo que demande prioridade, ou seja, dar maior atenção a quem mais precisa naquele momento do acolhimento

Acreditamos que esta pesquisa é relevante por se tratar de tema importante e ainda pouco discutido na região estudada. Assim, podemos concluir que ainda há muito o que ser feito no intuito de aprimorar o serviço ofertado aos usuários do SUS.

Este trabalho traz contribuições que podem somar na busca pela melhoria da qualidade da assistência ao usuário, promovendo e potencializando uma atenção integral e mais resolutiva. Dentre elas o protótipo de aplicativo, que pode promover melhoras no acolhimento e gerenciamento da chegada dos usuários em uma UBS.

REFERÊNCIAS

- AKINTUNDE, T. Y. *et al.* Bibliometric analysis of global scientific literature on effects of COVID-19 pandemic on mental health. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 63, p. 1-9, set. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102753>. Acesso em: 30 jul. 2021.
- ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 1, p. 1309-1323, out. 2018. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A560415382/AONE?u=capes&sid=bookmark-AONE&xid=2effa0f5>. Acesso em: 29 jul. 2021.
- BELFORT, I. K. P. *et al.* Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. **Aps em Revista**, v. 3, n. 1, p. 3-8, 1 abr. 2021. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/139/83>. Acesso em: 8 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 8 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 8 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.446 de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 20 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 21 ago. 2021

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 01 jul. 2021.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30460-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30460-8.pdf). Acesso em: 30 jul. 2021.

CABRAL, E. R. de M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of Medicine And Health**, v. 3, p. 1-12, 11 abr. 2020. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87/130>. Acesso em: 6 jul. 2021.

CAMARGO, D. S. *et al.* Ampliando o acesso: o acolhimento por equipe como estratégia de gestão da demanda na atenção primária à saúde (aps). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WYcC7Q6SfbxJtZ3tpXXJjNy/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2021.

CARLOS, I. L. *et al.* Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência. **Rev Med Minas Gerais**, Belo horizonte. v. 27. p. 1-6. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998707>. Acesso em: 9 fev. 2020.

CORIOLO-MARINUS, M. W. V.; QUEIROGA, B. A. M. de.; RUIZ-MORENO, L.; LIMA, L. S. de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TtztQ9sMg/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2021.

COSTA, A. B. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). **Enfermería actual de Costa Rica**, v. 18, n. 35, p. 13, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n35/1409-4568-enfermeria-35-103.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

COUTINHO, L. R. P. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n.105, p. 514-524, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200514&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 9 fev. 2020.

DECETY, J. Empathy in Medicine: what it is, and how much we really need it. **The American Journal of Medicine**, v. 133, n. 5, p. 561-566, mai. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>. Acesso em: 8 jul. 2021.

ENGSTROM, E. **Observatório Covid-19 Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**: recomendações para a organização da atenção primária à saúde no sus no enfrentamento da covid-19. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enf. Acesso em: 7 jul. 2021.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 31 jul. 2021.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> . Acesso em: 5 fev. 2020.

FREITAS, Francisco Bruno Queirós de *et al.* Prática de saúde na atenção básica na perspectiva da política de humanização num município cearense. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 02-18, 9 abr. 2021. Revista de Saude Publica do Parana. <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2020v3n2p02>. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/390/174>. Acesso em: 21 ago. 2021.

LACERDA, A. S. B. *et al.* Embracement with risk classification: relationship of justice with the user. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1496-1503, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7jh9XPTXx3SPcvKFx9Bkh3f/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

LAI, J. *et al.* Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **Jama Network Open**, v. 3, n. 3, p. 1-12, 23 mar. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>. Acesso em: 27 nov. 2020.

LIRA, L. B. S. de. *et al.* Acesso, acolhimento e Estratégia Saúde da Família: satisfação do usuário. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 9, p. 2334–2340, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234878/2990>. Acesso em: 7 jan. 2020.

LUCENA, L. N. *et al.* Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na estratégia da saúde da família no Recife (PE). **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 2, p. 21–37, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16837/11264>.

Acesso em: 7 jan. 2020.

MALHEIROS, B. T. **Metodologia da pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MELO, C. M. C. S. *et al.* Development and Assessment of an Application for Primary Care for Users with Diabetes Mellitus. **Aquichan**, v. 20, n. 2, p. 1-14, 9 jul. 2020.

Disponível em:

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/13037/5841>.

Acesso em: 21 jul. 2021.

MICHAELIS. **Michaelis Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2018.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. 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**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/dhnYdpYZcHGrRQDgYpH5fCh/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 28 jul. 2021.

MORELATO, C. S. *et al.* Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses learning needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, p. 1-9, mai. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/rsHFg736xfJhrMGwRsdvCjq/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 28 jul. 2021.

OLIVEIRA, B. R. *et al.* Access first contact in primary health attention for children. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, 2012. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3923>. Acesso em: 26 jun. 2021

OLIVEIRA, E. R. A. de. *et al.* Acolhimento em Saúde e desafios de sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 12, n. 2, 2010.

Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/205>. Acesso em: 7 jul. 2021.

OLIVEIRA, L. M. L. de *et al.* Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev Aps**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 362-373, dez. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14297/7735>. Acesso em: 7 jul. 2021.

OLIVEIRA, S. R. G. de; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 129-147, abr. 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/cT8XkfzhnrXPVj66mkVzMGt/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 8 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Brasil. **Folha informativa:**

COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 4 jun. 2021.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. F. N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QcsvKsRhyv3DTrqQy63Gmzp/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2021.

ROSE, R. R. P. *et al.* Acogimiento en las Unidades de Salud de la Familia según el punto de vista de los profesionales. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 1, out. 2015. ISSN 1561-2961. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/85/115>. Acesso em: 9 fev. 2020.

ROSSATO, K. *et al.* Acolhimento com classificação de risco na Estratégia de Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 1, p. 144–156, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26655/pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v.13, n.31, p.303-314, 2009.

SENA, A. L. C. *et al.* Acolhimento e satisfação do usuário na estratégia de saúde da família: uma experiência de êxito. **Rev. APS**, v. 18, n. 2, p. 134-140, abr-jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15471>. Acesso em: 9 fev. 2020.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/artigo_-_o_acolhimento_como_ferramenta_de_praticas_inclusivas_de_saude.pdf. Acesso em: 9 fev. 2020.

SILVA, T. F. da.; DAVID, D. M. S. L. Reception, Social Networks and Production of Basic Health Care in the City of Rio de Janeiro, Brazil. **Redes**, v. 32, n. 1, p. 67-81, 9 jan. 2021. Disponível em: <https://revistes.uab.cat/redes/article/view/v32-n1-silva-david/pdf-879-pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

SILVA, T. F. da.; DAVID, H. M. S. L.; ROMANO, V. F. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 1-16, 11 ago. 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2326/1559>. Acesso em: 26 jul. 2021

SOFTWARE de prototipagem Marvel. 2021. Disponível em: <https://marvelapp.com>. Acesso em: 9 jul. 2021.

SOUZA, E. C. F. de. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FfXvbyY4mGmKMzmWb75DTwn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2021.

VASCONCELOS, M. *et al.* **Módulo 4**: Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3873.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

1. Por que as pessoas procuram a unidade de saúde?
2. Como as pessoas são recebidas na UBS?
3. Como vocês identificam que é feito o acolhimento nessa UBS??
4. Como vocês fazem para acolher os usuários?
5. Quais problemas vocês identificam na execução do acolhimento nessa UBS?
Que sugestão poderiam dar para resolver esse problema?
6. Que fatores positivos vocês observam no acolhimento desta UBS?
7. Quais necessidades vocês percebem em relação ao acolhimento nesta UBS?
8. Como é o fluxo do paciente na UBS?
9. O que você acha da classificação de risco? Como ela deve ser feita e como acontece na UBS?
10. Como é a participação dos profissionais nas ações da UBS?

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: LUIS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30523720.6.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.976.586

Apresentação do Projeto:

De acordo com o pesquisador: "Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada na Unidade Básica Pedro José dos Santos situada no Distrito Piau em Piranhas-AL. Os participantes do estudo serão 12 profissionais trabalhadores da referida unidade básica de saúde. A amostra será feita por conveniência. A coleta de dados será feita através de um grupo focal com os profissionais em uma sala com ambiente agradável, acessível e silencioso, garantindo a comodidade e conforto dos participantes, bem como o sigilo das falas e a segurança de todos. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, os participantes serão convidados a participar do estudo, mediante assinatura do TCLE, consentindo de forma voluntária sua participação na pesquisa, seguindo as recomendações das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, com a garantia do cumprimento dos princípios éticos e legais que regem a pesquisa com seres humanos. Após a assinatura do TCLE, será agendado local e horário para a realização do grupo focal de acordo com a disponibilidade dos profissionais. O grupo focal será conduzido por pessoa externa à unidade de saúde, visto que o pesquisador principal faz parte da equipe pesquisada. Será utilizado um roteiro semiestruturado com questões norteadoras para motivar a discussão. O grupo focal terá as falas gravadas por meio de gravador digital, após a autorização prévia dos participantes. As falas serão posteriormente transcritas para formação do corpus textual. Após ajuste e formatação do corpus textual, este será exportado para o programa IRAMUTEQ para análise possibilitando classificação hierárquica descendente, análise de similitude

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.976.586

das palavras presentes no texto e nuvem de palavras e consequente criação de categorias no texto."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos descritos na pesquisa

Objetivo Primário:

Averiguar o processo de acolhimento e classificação de risco em relação à demanda espontânea em uma unidade de saúde da família

Objetivo Secundário:

- Identificar os motivos da procura à UBS pelos usuários
- Descrever o fluxo dos usuários na unidade
- Descrever estratégias de enfrentamento e busca de solução das questões enfrentadas pelos profissionais da UBS quanto ao acolhimento e classificação de risco
- Descrever a participação dos trabalhadores nas ações da unidade de saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador descreve os seguintes riscos e benefícios:

"Riscos:

Os possíveis riscos desse estudo podem ser ansiedade e constrangimento em se expressar e algum desconforto físico como o cansaço. O pesquisador tomará medidas para minimizar os riscos, adotando medidas para proporcionar um ambiente seguro, confortável e acolhedor para os participantes.

Benefícios:

Dentre os benefícios, a pesquisa poderá promover o compartilhamento de experiências e sugestões dos participantes a respeito dos processos de trabalho, contribuindo para possíveis melhorias no serviço e a confecção de um produto exigência do Mestrado Profissional que será planejado de acordo com os resultados da pesquisa."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa.

Pesquisa atende as recomendações das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos obrigatórios:

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1532546.pdf

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.976.586

- Declaracao_Publicizacao.pdf
- Declaracao_concordancia_SMS_direcao.pdf
- Projeto_Luis_Felipe_Soares_para_Plataforma_Brasil.docx
- Folha_de_Rosto_Luis_Felipe.pdf
- Declaracao_infraestrutura.pdf
- TCLE_Luis_Felipe.docx

Recomendações:

Sem recomendações.

- Informamos que, em virtude do atual cenário devido à pandemia da COVID-19, o pesquisador deve se comprometer a modificar seu cronograma para realizar a pesquisa em campo apenas quando possível, respeitando os decretos sobre a pandemia Decretos Estaduais nº 69.529 e 69.530, ambos de 18 de março de 2020 e o Decreto Estadual Nº 69.541, de 19 de março de 2020.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016: O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 3.976.586

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1532546.pdf	03/04/2020 11:43:17		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Publicizacao.pdf	03/04/2020 11:42:30	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_concordancia_SMS_direcao.pdf	02/04/2020 16:02:01	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luis_Felipe_Soares_para_Plataforma_Brasil.docx	02/04/2020 15:51:00	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Luis_Felipe.pdf	02/04/2020 15:50:15	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura.pdf	31/03/2020 18:55:33	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Luis_Felipe.docx	31/03/2020 18:54:10	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.976.586

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 17 de Abril de 2020

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO B – Novo parecer consubstanciado do CEP**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA****Título da Pesquisa:** ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**Pesquisador:** LUIS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 30523720.6.0000.5013**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFAL**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 4.198.138**Apresentação do Projeto:**

De acordo com o pesquisador: "Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada na Unidade Básica Pedro José dos Santos situada no Distrito Piau em Piranhas-AL. Os participantes do estudo serão 12 profissionais trabalhadores da referida unidade básica de saúde. A amostra será feita por conveniência. A coleta de dados será feita através de um grupo focal com os profissionais em uma sala com ambiente agradável, acessível e silencioso, garantindo a comodidade e conforto dos participantes, bem como o sigilo das falas e a segurança de todos. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, os participantes serão convidados a participar do estudo, mediante assinatura do TCLE, consentindo de forma voluntária sua participação na pesquisa, seguindo as recomendações das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, com a garantia do cumprimento dos princípios éticos e legais que regem a pesquisa com seres humanos. Após a assinatura do TCLE, será agendado local e horário para a realização do grupo focal de acordo com a disponibilidade dos profissionais. O grupo focal será conduzido por pessoa externa à unidade de saúde, visto que o pesquisador principal faz parte da equipe pesquisada. Será utilizado um roteiro semiestruturado com questões norteadoras para motivar a discussão. O grupo focal terá as falas gravadas por meio de gravador digital, após a autorização prévia dos participantes. As falas serão posteriormente transcritas para formação do corpus textual. Após ajuste e formatação do corpus textual, este será exportado para o programa IRAMUTEQ para análise possibilitando classificação hierárquica descendente, análise de similitude

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,**Bairro:** Cidade Universitária**CEP:** 57.072-900**UF:** AL**Município:** MACEIO**Telefone:** (82)3214-1041**E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.198.138

das palavras presentes no texto e nuvem de palavras e consequente criação de categorias no texto."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Averiguar o processo de acolhimento e classificação de risco em relação à demanda espontânea em uma unidade de saúde da família.

Objetivo Secundário:

- Identificar os motivos da procura à UBS pelos usuários;
- Descrever o fluxo dos usuários na unidade;
- Descrever estratégias de enfrentamento e busca de solução das questões enfrentadas pelos profissionais da UBS quanto ao acolhimento e classificação de risco;
- Descrever a participação dos trabalhadores nas ações da unidade de saúde;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador descreve os seguintes riscos e benefícios:

Riscos: Os possíveis riscos desse estudo podem ser ansiedade e constrangimento em se expressar e algum desconforto físico como o cansaço. O pesquisador tomará medidas para minimizar os riscos, adotando medidas para proporcionar um ambiente seguro, confortável e acolhedor para os participantes.

Benefícios: Dentre os benefícios, a pesquisa poderá promover o compartilhamento de experiências e sugestões dos participantes a respeito dos processos de trabalho, contribuindo para possíveis melhorias no serviço e a confecção de um produto exigência do Mestrado Profissional que será planejado de acordo com os resultados da pesquisa."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. Pesquisa atende as recomendações das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Pesquisador apresentou emenda para alterar a coleta de dados e abordagem ao participante devido a Pandemia do Covid-19.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos obrigatórios:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1588982_E1.pdf

EMENDA_PROJETO_LUIS_FELIPE.pdf

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.198.138

Declaracao_Publicizacao.pdf
 Declaracao_concordancia_SMS_direcao.pdf
 Projeto_Luis_Felipe_Soares_para_Plataforma_Brasil.docx
 Folha_de_Rosto_Luis_Felipe.pdf
 Declaracao_infraestrutura.pdf
 TCLE_Luis_Felipe.docx

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada. Projeto sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.198.138

relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1588982_E1.pdf	01/08/2020 19:53:53		Aceito
Outros	Carta_Resposta_ao_CEP_Luis_Felipe.docx	01/08/2020 19:52:51	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luis_Felipe_Soares_para_Plataforma_Brasil_JUL.docx	23/07/2020 15:27:38	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Luis_Felipe_jul.docx	23/07/2020 15:27:04	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA	Aceito
Outros	EMENDA_PROJETO_LUIS_FELIPE.pdf	03/07/2020 20:25:55	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Publicizacao.pdf	03/04/2020 11:42:30	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_concordancia_SMS_direcao.pdf	02/04/2020 16:02:01	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Luis_Felipe.pdf	02/04/2020 15:50:15	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura.pdf	31/03/2020 18:55:33	LUIS FELIPE SOARES DE LIMA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.198.138

MACEIO, 06 de Agosto de 2020

Assinado por:
CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com