**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

FÁTIMA APARECIDA CARVALHO DE ANDRADE

**ACOLHIMENTO: FERRAMENTA PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Ribeirão Preto
2020**

FÁTIMA APARECIDA CARVALHO DE ANDRADE

ACOLHIMENTO: FERRAMENTA PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências,
no Programa de Pós-Graduação Mestrado
Profissional em Tecnologia e Inovação em
Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação
no cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Adriana Mafrá
Brienza.

Ribeirão Preto

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Andrade, Fátima Aparecida Carvalho

Acolhimento: ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária. Ribeirão Preto, 2020.

123p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Área de concentração: Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Adriana Mafra Brienza

1. Acolhimento. 2. Processo de Enfermagem. 3. Atenção Primária à Saúde.

ANDRADE, Fátima Aparecida Carvalho. Acolhimento: ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências, no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovada em:_____/_____/_____

Presidente

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Comissão Julgadora

Prof. _____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho primeiramente a **Deus**, com infinita gratidão pelas bênçãos que me concede a cada dia, a coragem para continuar, em meio a tantos obstáculos, com o firme propósito: “Tudo posso naquele que me fortalece”.*

*Aos meus pais, **Benedicto e Aracy** (ambos in memoriam), que estiveram presentes em todos os momentos da minha formação; apoio incansável e amor incondicional. Mesmo ausentes fisicamente, continuam tendo destacada importância em minha vida.*

*Ao meu esposo, **Claudir**, companheiro de todas as horas, pessoa admirável com quem amo compartilhar a vida; aos meus filhos, **André Felipe e Ana Flávia**, sempre me incentivando nesta incansável caminhada, sabendo da importância do crescimento tanto profissional como pessoal.*

*A todos os **profissionais** da UBS João Thiago de Camargo, principalmente **Miriam Magda, Sonia Melo, Miriam Fernandes, Elza Macedo, Ana Amorim, Renata Amorim, Luzia Ito**, que me apoiaram e participaram na realização deste trabalho.*

*À minha amiga enfermeira **Adriana B. Lanfredi**, que muito contribuiu para o meu aprendizado, mulher forte e admirável, com uma competência incontestável.*

*Aos amigos do Mestrado Profissional **Gustavo H. P. De Assis, Talita Menossi Cotrim e Aline R. da Silva**, pessoas admiráveis, profissionais competentes, que muito contribuíram para o meu aprendizado.*

*Aos familiares, principalmente minha irmã **Ana Paula Carvalho de Souza Lima**, minha cunhada **Zilá Zinhani de Carvalho**, e meu cunhado **Carlos de Andrade**, sempre presentes nos momentos difíceis, de superação e de alegria, que não nos deixam sentir só.*

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a **todos** que contribuíram para a realização deste estudo, em especial:*

*À minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Adriana Mafra Brienza**, a quem sou grata pelo apoio, perseverança e competência, sempre orientando com palavras de otimismo, de firmeza e paciência, tornando possível a realização deste trabalho.*

*Às minhas gestoras **Bibiana M. Chamacheli da Silva e Me. Sueli Regina Alves de Melo**, da Secretaria Municipal de Saúde, que valorizaram, apoiaram e incentivaram o Mestrado Profissional em Enfermagem em todos os momentos que se fizeram necessários para a realização deste trabalho no município de Monte Alto.*

*À **Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP-RP)**, pela oportunidade oferecida e por concretizar este processo de mestrado.*

*Às Coordenadoras do Programa de Pós-Graduação no Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), **Prof.^a Dr.^a Silvia Matumoto e Prof.^a Dr.^a Fernanda Ludmila Rossi Rocha**, pelo incentivo profissional, pelo esforço e pela dedicação em coordenar este Programa de Excelência.*

*À **Prof.^a Dr.^a Silvia Matumoto**, da EEUSP-RP, e ao **Prof. Dr. Joab Jefferson da S. Xavier**, pela confiança e pelo aceite em participar de meu Exame de Qualificação, mostrando excelência em seus conhecimentos para a coerência deste estudo.*

*Aos enfermeiros da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Monte Alto, **Rosemary Ap. P. Beltrame, Jaqueline L. B. Nobre, Wagner A. C. De Grandi, Murilo Cesar de O. Silva, Joice D. Ferreira Mello, Ana Carolina L. De Azevedo e Alisson Trevisan**, que participaram da coleta de dados, tornando possível a realização deste trabalho, e aos demais participantes, pela disponibilidade e colaboração neste presente estudo.*

À Prof.^a Dr.^a Alessandra Mazzo, à Prof.^a Dr.^a Mirelle Inácio Soares e à Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo I. Coelho, pelo apoio e incentivo no despertar desta proposta.

Aos participantes da banca de defesa desta dissertação, pelas contribuições necessárias ao aperfeiçoamento desta temática.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e ao Conselho Federal de Enfermagem (COFen) através do Edital nº27/2016 de Apoio a Programas de Pós-Graduação da Área de Enfermagem - Modalidade Mestrado Profissional.

Ao apoio técnico da equipe do Centro de Desenvolvimento e Qualificação (CDQ) para o SUS- Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) de Ribeirão Preto.

Muito obrigada!

*“A educação é a arma mais poderosa que você
pode usar para o mundo.
Devemos promover a coragem onde há medo,
promover o acordo, onde existe o conflito e
inspirar esperança onde há desespero.”
(Nelson Mandela)*

RESUMO

ANDRADE, Fátima Aparecida Carvalho. **Acolhimento: ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária**. 2020. 123f. Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

O Sistema Único de Saúde é um sistema nacional e de caráter universal com base na concepção de saúde como direito de cidadania. No Brasil, os termos Atenção Primária de Saúde e Atenção Básica são utilizados como equivalentes, sendo associados às noções de vinculação e responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado. Objetivou-se analisar o acolhimento realizado por enfermeiros da Atenção Primária fundamentado na Sistematização da Assistência da Enfermagem na Atenção Primária em Saúde. Especificamente, viabilizar a aproximação do conhecimento do enfermeiro sobre o acolhimento no que diz respeito à sua vivência do trabalho, bem como analisar mecanismos facilitadores e dificultadores do acolhimento por meio da SAE. Este estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa usou técnica de grupo focal por meio de encontro único com sete enfermeiros da Atenção Primária em Saúde no município de Monte Alto, sendo posteriormente empregada a análise de conteúdo para constituir unidades temáticas, a saber: Construção Coletiva; Relações entre as equipes, trabalhador, usuário e a Sistematização da Assistência de Enfermagem; e o Modelo Assistencial. O estudo revelou que a construção da Atenção Primária em saúde no município configura-se predominantemente “jovem”, pois muitos dos participantes não vivenciaram a implantação do SUS na década de 1990, como ocorreu em muitos municípios. O acolhimento foi utilizado como ferramenta da SAE, na qualificação de escuta, construção de vínculos, produção de saúde, articulação do processo de trabalho em equipe e do referenciamento ético para a organização dos serviços, da equipe e do modo de cuidar. Como produtos deste trabalho, evidenciou-se: um protocolo; um introdutório das Equipes de Saúde da família; Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros com apoio do Núcleo de Educação Permanente e Humanização. Considerou-se que, para promover o acolhimento e a Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da Atenção Primária em Saúde, é necessário reconhecer a singularidade dos atores sociais e promover sua autonomia. Legitimamos a importância de induzir processos de implantação, implementação e avaliação quando o sentido do trabalho existe pelos saberes construídos pela equipe e usuários da saúde.

Palavras-chave: Acolhimento. Processo de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

ANDRADE, Fátima Aparecida Carvalho. **User reception: tool for the systematization of nursing care in primary health care.** 2020. 123f. Master's Dissertation - Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

The Sistema Único de Saúde (SUS) is the Brazilian national health system based on the principles of universality and health as a right of citizenship. In Brazil, the terms Primary Health Care and Basic Care are both commonly used as equivalent, related to the concepts of linking, accountability, accessibility, broad and integral care, resolvability and emphasis in the care management. This paper analyzed the reception executed by nurses of the Primary Health Care underpinned on the Systematization of the Nursing Assistance (SNA) in the Primary Health Care. Specially, to enable an approximation of the nurse knowledge about the reception related to their professional experience, such as analyze mechanisms that make easier or harder the reception by the SNA. In addition, this descriptive qualitative exploratory research used the focus group technique in one meeting with seven nurses of the Primary Health Care in Monte Alto, municipality of São Paulo state. Later, we proceeded to the content analysis in order to construct the following thematic points: Collective Construction; Relations between the teams, workers and user of the SNA; and the Assistance Model. This study revealed that the construction of the Primary Health Care in this municipality is considered “young” because a considerable part of the participants of this investigation did not experience the SUS implementation in the 1990s, as occurred in many municipalities. The reception was applied as a tool of the SNA, in the qualification of the users listening, to construct affective links, to promote health, in the integration of the teamwork processes and the establishment of ethic parameters for the organization of the services, the team and the manner to promote the health care. As products of this research, we point out: a protocol; an introduction for the teams of the Health Family Program; and the Systematization of the Assistance of Nursing for nurses supported by the Group of Continuing Education and Humanization. In order to promote the reception and the SNA in the perspective of the Primary Health Care, we consider that it is necessary to recognize the singularity of the social agents and to promote their autonomy. Thus, we legitimate the importance to induce processes of implantation, implementation and assessment when the meaning of the work exists throughout the knowledge constructed by the health team and the users.

Keywords: Reception. Nursing process. Systematization of Nursing and Primary Health Care.

RESUMEN

ANDRADE, Fátima Aparecida Carvalho. **Acogida del usuario: herramienta para la sistematización de la atención de enfermería en atención primaria.** 2020. 123f. Disertación de maestría - Escuela de Enfermería Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

El Sistema Único de Salud es un sistema nacional y de carácter universal fundamentado en la concepción de salud como derecho de ciudadanía. En Brasil, los términos de la Atención Primaria de Salud y Atención Básica son utilizados como equivalentes, vinculados a las nociones de vinculación y responsabilidad, accesibilidad, atención amplia e integral, resolubilidad y protagonismo en la gestión del cuidado. Así, el objetivo de esta investigación fue analizar la acogida realizada por enfermeros de la Atención Primaria bajo la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en la Atención Primaria en Salud. De manera específica, intenta viabilizar la aproximación del conocimiento del enfermero acerca de la acogida en lo que respecta a su vivencia del trabajo, como también analizar mecanismos facilitadores y dificultadores de la acogida por medio de la SAE. Este estudio descriptivo exploratorio de enfoque cualitativo ha utilizado la técnica de grupo focal a través de cita única con siete enfermeros de la Atención Primaria en Salud en el municipio de Monte Alto; en seguida, ha sido utilizada la análisis de contenido para la constitución de unidades temáticas, a saber: Construcción Colectiva; Relaciones entre los equipos, trabajador, usuario y la Sistematización de la Asistencia de Enfermería; y el Modelo Asistencial. La investigación ha demostrado que la construcción de la Atención Primaria en salud en el municipio se muestra predominantemente “joven”, pues grande parte de los participantes no han vivenciado la implantación del SUS en los años 1990, como pasó en muchos municipios. La acogida ha sido utilizada como herramienta de la SAE, en la calificación de la escucha, construcción de vínculos, producción de salud, articulación del proceso de trabajo en equipo y de la referencia ética para la organización de los servicios, del equipo y de la manera de cuidar. Como productos de esta investigación, se ha evidenciado: un protocolo; um documento introdutorio de los Equipos de Salud de la Familia; Sistematización de la Asistencia de Enfermería para enfermeros con apoyo del Nucleo de Educación Permanente y Humanización. Se ha considerado que, para la promoción de la acogida y de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en la perspectiva de la Atención Primaria en Salud, es necesario reconocer la singularidad de los actores sociales y promover su autonomía. Por lo tanto, legitimamos la importancia de inducir procesos de implantación, implementación y evaluación cuando el sentido del trabajo existe mediante los saberes contruidos por el equipo y por los usuarios de la salud.

Palabras clave: Acogida. Proceso de Enfermería. Sistematización de Enfermería y Atención Primaria de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição percentual, segundo o gênero dos integrantes do grupo focal.....	49
Figura 2	Distribuição percentual, segundo a idade dos integrantes do grupo focal.....	51
Figura 3	Distribuição percentual, segundo o tempo de formação dos integrantes do grupo focal.....	52
Figura 4	Distribuição percentual, segundo a atuação na Atenção Primária e Estratégia da Saúde da Família dos integrantes do grupo focal.....	52
Figura 5	Distribuição percentual, segundo formação de Pós-Graduação dos integrantes do grupo focal.....	53
Figura 6	Distribuição percentual, segundo vínculo empregatício dos integrantes do grupo focal.....	54
Figura 7	Unidades temáticas e categoria empírica.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CIES	Comissão de Integração Ensino Superior
CIPE	Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem
Cipesc	Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva.
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
DataSUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NEPH	Núcleo de Educação Permanente Humanizado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
Pareps	Plano de Ação Regional de humanização
PE	Processo de Enfermagem
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica

PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCOP	Registro Clínico Orientado por Problemas
RMRP	Região Metropolitana de Ribeirão Preto
RT	Responsável Técnico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO	Scientific Electronic Library Online. A Scientific Electronic Library Online
Seade	Sistema Estadual de Análise de Dados
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Temo de Consentimento Livre e Esclarecimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Trajetória Profissional

1.	INTRODUÇÃO.....	19
2.	JUSTIFICATIVA.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1	Atenção Primária no contexto do Sistema Único de Saúde...	27
3.2	Acolhimento.....	29
3.3	Processo de trabalho em saúde e em enfermagem.....	31
3.4	Sistematização da assistência de enfermagem.....	33
4.	OBJETIVOS.....	35
4.1	Objetivo Geral.....	36
4.2	Objetivos Específicos.....	36
5.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
5.1	Tipo de estudo.....	38
5.2	Cenário do estudo.....	39
5.3	Aspectos éticos.....	40
5.4	Participantes do estudo.....	41
5.5	Técnica da coleta de dados.....	42
5.5.1	Grupo Focal.....	42
5.5.1.1	<i>Moderador.....</i>	<i>43</i>
5.5.1.2	<i>Observador ou redator.....</i>	<i>44</i>
5.5.2	O acontecer do grupo focal.....	44
5.5.3	Coleta de dados.....	45
5.5.4	Análise dos dados.....	46
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
6.1	Caracterização dos Participantes.....	49
6.1.1	Participantes do grupo focal de Acolhimento e Sistematização da Enfermagem na Atenção Primária.....	49
6.2	Unidades Temáticas.....	55
6.2.1	Construção Coletiva	56
6.2.2	Relações equipe, trabalhador e usuário e Sistematização da Enfermagem	58
6.2.3	Modelo Assistencial.....	63
6.2.3.1	Sistematização de Enfermagem (SAE).....	67
7	PRODUTOS.....	71
7.1	Protocolo.....	72
7.2	Introdutório das Equipes de Saúde da Família.....	72
7.3	Sistematização de Assistência de Enfermagem para enfermeiros com apoio Núcleo de Educação Permanente e Humanização.....	73

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS.....	79
	APÊNDICES.....	90
	ANEXOS.....	102

Trajetória Profissional

Minhas atividades profissionais como enfermeira iniciaram no serviço público na década de 1980. Vivenciei experiências nos diferentes níveis da área assistencial. Nesse contexto, tive oportunidades de desenvolver atividades para o cuidado na saúde da população, apropriando-me das consultas de enfermagem e educação em saúde com grupos de pacientes com baixa adesão terapêutica. Assim, atuei em 1986 no Pronto Atendimento Médico do município de Monte Alto e, em 1988, no Pronto Atendimento do Bairro Alto no município de Matão, ambos no estado de São Paulo.

Por meio de Concurso Público Estadual, em novembro de 1989 comecei a trabalhar no Centro de Saúde I de Jaboticabal. Contudo, a pedido, fui transferida para o Centro de Saúde II de Monte Alto em abril de 1990. Desse modo, em maio de 1995, inaugurava-se mais uma unidade de saúde e, por necessidade do profissional enfermeiro, novamente me transferiram para a atenção primária na Unidade Básica de Saúde (UBS) João Thiago de Camargo, no bairro do Jardim Alvorada, localizada a seis quilômetros do povoado de Ibitirama, contando com 250 habitantes – a maioria da população era constituída por idosos e não contava com transporte coletivo.

A UBS possuía a caracterização do pronto atendimento, contando com os atendimentos da demanda espontânea e atendimentos agendados nas consultas com Clínica médica, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Odontologia. O horário de funcionamento era das 6 horas às 16 horas, de segunda a sexta-feira, devido ao fluxo de atendimento de demanda espontânea, às baixas condições socioeconômicas da população e à localização geográfica privilegiada.

Nesse contexto, participei, no ano de 2008, do planejamento e da implantação do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) agregada a uma Unidade Básica de Saúde local e do mapeamento do território em seis microáreas, com atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em que foi possível fazer o diagnóstico situacional daquela comunidade.

O Programa Saúde da Família (PSF) possuía 952 famílias cadastradas, que resultavam em um número de 2989 pessoas atendidas (base de dados do e-SUS). Esses pacientes apresentavam com frequência baixa adesão no uso dos medicamentos para Hipertensão e Diabetes *Mellitus*, como também baixa autoestima,

havendo um número significativo de crianças, adolescentes e adultos-jovens com depressão, analfabetismo, alimentação rica em açúcar e gordura, alcoolismo e tabagismo. Nos finais de semana e durante passeios, alguns pacientes relatavam que não faziam o uso de medicamentos.

Diante disso, o serviço contava com uma alta rotatividade de funcionários, de forma a dificultar a aproximação das patologias de acordo com os programas preconizados pelo Ministério da Saúde, pautados nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme contato com protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde, aproximei-me cada vez mais dos pacientes, ouvindo suas queixas e relatos. Na maioria das vezes, eles acabavam sendo atendidos por profissionais de enfermagem e dispensados logo em seguida por terem sido esgotadas as consultas do dia, devendo voltar no dia seguinte. E, se quisessem agendar para a consulta médica, haveria vaga nos próximos 15 dias.

A dispensa do usuário acontecia, na maioria das vezes, sem a realização da anotação de enfermagem no prontuário. Essa situação me causou um grande “desconforto”, por ser responsável por uma unidade em que deveria facilitar o acesso e o acolhimento, proporcionando uma escuta para esse usuário que procurava o serviço para falar sobre seus problemas de saúde, queixas, medos e angústias e o real motivo da procura pela avaliação médica. No entanto, não havia registro sobre o início dos sintomas nem a classificação de risco caso algum paciente necessitasse de um atendimento de maior complexidade.

A partir desse contexto, iniciaram-se as reuniões semanais com a equipe de saúde para analisar o processo de trabalho, colocando em questão os temas subjetivos evidenciados pela equipe e possíveis de serem trabalhados a fim de diminuir o impacto da resistência e a cristalização entre usuário, trabalhador e gestor. Diante dessa premissa, a questão instigou-me como profissional da saúde a analisar a importância da pesquisa, partindo do princípio de que a ampliação do acesso é um direito garantido por lei. E o grande avanço da tecnologia possibilita desenvolver um trabalho que atenda de forma efetiva o usuário do SUS.

Ainda sobre essa análise, o intuito foi refletir sobre, a partir da literatura científica já publicada sobre o tema e com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e ampliação ao acesso, e potencializar o conhecimento técnico-científico dos profissionais, de modo a agregar responsabilidades em suas intenções e promover o vínculo e a responsabilização clínica pelos pacientes.

Nesse sentido, foram realizadas reuniões junto à gestão anterior e a atual da Secretaria Municipal de Saúde de Monte Alto, buscando desenvolver um trabalho para repensar o processo de trabalho e facilitar o acesso e o acolhimento ao usuário na Atenção Primária. Este projeto foi ao encontro das expectativas dos gestores devido às fragilidades existentes e ao fortalecimento do trabalho de rede, no intuito de estudar como o acolhimento na saúde poderá contribuir nas sistematizações de ações na agenda de serviço.

A busca pela compreensão dos aspectos relacionados à Atenção Primária teve início na graduação e foi se intensificando na vida profissional, ao atuar como enfermeira da saúde pública junto à rede municipal, onde fui me aproximando ao planejamento e à organização do processo de trabalho e dos serviços de saúde.

Nesse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxe a concepção de “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, sustentada pelos princípios doutrinários do SUS. Trata-se de um sistema nacional de saúde com caráter universal sustentado pelos princípios doutrinários: da universalidade, da integralidade da atenção e da equidade, e diretrizes de descentralização, de organização com direção única em cada esfera de governo; regionalização e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Os termos da APS e AB, no Brasil, são utilizados como equivalentes. Ambos permeiam as noções de vinculação, responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (BRASIL, 2011).

A definição da Atenção Básica pelas políticas que apresentam as diretrizes compreende ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvam atividades ligadas à promoção, à prevenção, à proteção, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução de danos, a cuidados paliativos e à vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado e gestão qualificada para assistir a população (BRASIL, 2017). Assim sendo, a unidade de saúde é a porta de entrada para acolher as pessoas do seu território de referência. Esse acesso deve ser a liberdade de usar os serviços de saúde e responder às necessidades da população por meio de ações e serviços ofertados de acordo com as interações distintas do sistema (BRASIL, 2017).

A Declaração de Alma-Ata propôs, na década de 1970, eixos marcantes a respeito dos cuidados primários em saúde e passou a ser a principal estratégia no SUS (WHO, 2008). Segundo Starfield (2001), a atenção primária organiza e racionaliza o uso dos recursos que são direcionados para a promoção, a manutenção e a melhora da saúde.

Ainda acerca desse ponto, a atenção primária à saúde considera como porta de entrada o primeiro nível de atenção do sistema. A unidade básica tem sua instância operacional com nível próprio de atendimento (SCHRAIBER, 1990).

Concorda-se quando o autor afirma ser de suma importância pensar que na gestão a principal opção e que funciona é falar de APS como parte do trabalho em

saúde, sendo construída sob a tríade “trabalhadores, gestores e usuários”, interagindo de forma colaborativa, de modo a produzir e estruturar com resolutividade para atender suas necessidades de acordo com a realidade (UTRA, 2010).

Para identificar essas necessidades, é preciso rever o processo de gestão e cuidado em saúde. A problematização é uma forma de trabalhar o cotidiano, tendo como plano político-metodológico a análise do “trabalho vivo” em ato, expresso na relação trabalhador-usuários como ponto-chave para o “encontro” (MERHY, 2002).

O autor valoriza a utilização das tecnologias nos processos de trabalho em saúde. As “tecnologias leves” modificam o objeto de trabalho, dando um contínuo movimento ao se sair de um estado passivo (MERHY, 2002). O acolhimento pautado na tecnologia leve desafia os sujeitos a saírem da zona de conforto e promoverem a escuta, o acolhimento, a ética e a comunicação para nortear a assistência profissional pelos princípios da humanização.

A capacidade diferenciada no olhar é um componente que deveria estar presente nos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, com o intuito de visar à excelência da qualidade na atenção à saúde oferecida ao usuário, à família e à comunidade com intervenção no processo saúde-doença, alinhando o atendimento às necessidades de cuidados do paciente. O acolhimento na AB é diferente porque existe um conhecimento prévio da população registrado em prontuário. É possível atender e dar continuidade do cuidado pelos retornos com a mesma equipe e não somente com atendimento eventual como ocorre no pronto atendimento (BRASIL, 2013).

Para que se obtenha uma maior resolutividade nas ações, é imprescindível que as pessoas, ao buscarem por atendimentos, sejam acolhidas de modo eficaz. O acesso da comunidade e a forma de como recepcioná-la são primordiais para viabilizar a execução desses princípios.

É necessário considerar o pouco preparo dos profissionais para cuidar do usuário em momentos de fragilidade e vulnerabilidade, tarefa que exige conhecimento, tato, preparo, sensibilidade e empatia, o que dificulta o êxito do processo de trabalho e a formação do vínculo, da integralidade e clínica ampliada. A integralidade da atenção se faz necessária por meio de redes assistenciais como solução dos problemas de uma população; não deve ser simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviço (MIRANDA, 2013).

Nesse contexto, o cuidado e a demanda espontânea na AB devem ser fundamentados no princípio do acolhimento e da escuta qualificada da população, uma

vez que a Atenção Básica é a porta de entrada e responsável pelas redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2013). Acerca da relevância do assunto, surgiu, a partir de vivências do exercício profissional, a angústia profissional diante da realidade vivida pelos usuários da demanda espontânea que procuravam a APS e encontravam dificuldade de acesso. Foi a mola propulsora, a motivação para o estudo. Diante dessa situação, pensar no Acolhimento e na SAE como ferramenta assistencial para o processo de trabalho do enfermeiro foi inevitável.

A escolha do tema Acolhimento se deu pela necessidade de desenvolver uma estratégia de facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde e buscar resolubilidade de suas necessidades. A SAE, como instrumento, contribui com o enfermeiro líder da equipe na tomada de decisões por meio de avaliação clínica do usuário, promovendo intervenções e avaliando a evolução do processo saúde-doença, ações de competência desse profissional. Seu propósito é avaliar individualmente o paciente e entender quais os tipos de cuidados de que ele precisa na APS.

Desse modo, o protocolo do acolhimento é uma proposta para auxiliar, não como forma engessada de realizar o atendimento, mas um processo para norteá-lo e oferecer um dispositivo da tecnologia do acolhimento e de escuta qualificada, contribuindo para uma reorganização do fluxo na instituição. O acolhimento ganhou forças com a implantação das equipes de saúde da família, que trouxeram o diferencial de produzir sujeitos mais participativos, tanto da equipe, como dos usuários. Diante dessa premissa, com o intuito de procurar respostas para as inquietações, a ideia foi buscar na Pós-Graduação, nível mestrado, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) do acolhimento como instrumento para o processo de trabalho, uma vez que o enfermeiro na Atenção Básica tem assumido um papel imprescindível juntamente com os demais profissionais da equipe de saúde.

Diante disso, apresenta-se o seguinte questionamento: “A implantação de um protocolo voltado para a escuta com foco na SAE na demanda espontânea da atenção primária poderia facilitar a implantação do acolhimento?”.

A Saúde da Família tem sido uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde com o objetivo de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca por maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde da população assistida pelas equipes saúde da família (BRASIL, 2013).

Como proposta de mudança assistencial, utiliza as tecnologias leves como acolhimento e vínculo para realizar o cuidado em saúde. Isso possibilita atender a realidade vigente no que tange às relações entre equipe de saúde e usuários dos serviços, modificando a prática profissional e as necessidades de saúde da população (BONFADA et al., 2010).

As *tecnologias leves* utilizadas pela estratégia de saúde da família têm sido uma direção na forma estruturante dos sistemas municipais de saúde para reordenar o modelo assistencial (BRASIL, 2013). Nessa direção, quando se pensa em ampliação do acesso, escuta qualificada e acolhimento nos serviços de saúde da Atenção Básica, logo se imagina a porta de entrada da unidade mais próxima de sua residência, como UBS e/ou Unidades de Saúde da Família (USF), para acolher o usuário que procura o serviço com o intuito de resolver seus problemas. Desse modo, a ação do acolher contribui para a organização dos serviços e da SAE, a qual aprimora o trabalho do enfermeiro.

A tomada de decisão pelo enfermeiro no processo saúde-doença do indivíduo, família e comunidade tem como respaldo a Consulta de Enfermagem. A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, conforme a Lei do Exercício Profissional n. 7498, de 25 de junho de 1986, e tem por finalidade o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços, bem como a prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

Com a globalização, o mundo contemporâneo vem apresentando transformações que exigem do serviço de saúde uma constante atualização de suas práticas, requerendo um perfil diferenciado dos profissionais para adequar novas tecnologias ao trabalho visando à qualidade da assistência. A sistematização apresenta-se como uma ferramenta para o processo de trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro. Identifica o problema que o usuário apresenta, emite um julgamento sobre o que é necessário providenciar e planejar o que vai ser feito, executando essas ações e avaliando seus resultados (SANNA, 2007).

A implementação do Processo de Enfermagem e a Sistematização devem

ser realizados, de forma deliberada e sistemática, nos ambientes, públicos ou privados, onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009). Nesse contexto, o enfermeiro gerencia o cuidado quando utiliza abordagem centrada na construção inter e intrapessoal; viabiliza um espaço para a construção de ações quando planeja, delega ou faz; provê e prevê recursos; capacita sua equipe; educa o usuário; e interage com outros profissionais. Assim, a tecnologia leve tem como objetivo construir relações de reciprocidade e de interação, essenciais ao cuidado (SOUZA, 2011).

Portanto a tecnologia e o cuidado de enfermagem estão associados à realização do processo de trabalho. É importante que os enfermeiros fiquem atentos, buscando conhecer o território e organizar os serviços por meio do diagnóstico situacional da clientela, tendo como base a escuta do usuário em suas queixas.

Dessa forma, Christovam (2009) ressalta que o enfermeiro gerencia o cuidado quando planeja, prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa seu usuário, interage com outros profissionais e ocupa espaços para conseguir concretizar melhorias na assistência, sendo fundamental que se aproprie da SAE para transformar o processo de cuidar.

3.1 Atenção Primária no contexto do Sistema Único de Saúde

O impacto da Atenção Primária em Saúde é um componente-chave que fundamenta as evidências no desenvolvimento dos países cuja população tem adotado como base para o sistema de saúde melhores indicadores; eficiência do cuidado; utilização de práticas preventivas; satisfação do usuário e diminuição das inquietudes sobre o acesso nos serviços (STARFIELD, 2001; OPAS, 2011).

A Atenção Primária em Saúde apresenta uma estratégia de organização e reorganização no nível de atenção. O nível primário é conhecido como modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Os atributos essenciais e o primeiro contato têm uma relação direta na acessibilidade e na utilização dos serviços de saúde. A longitudinalidade implica o acompanhamento das pessoas, independentemente da presença de problemas específicos relacionados à saúde. A integralidade, a coordenação e os atributos derivados são a orientação familiar da comunidade e a competência cultural (STARFIELD, 2001).

O SUS apresenta como um dos pilares a integralidade, a qual possui quatro dimensões: ações de promoção e prevenção; atenção nos três níveis assistenciais; articulação das ações de promoção, proteção e prevenção; e abordagem integral do indivíduo e das famílias (GIOVANELLA et al., 2002). A integralidade é um conjunto de serviços realizados pelos trabalhadores de acordo com as necessidades da população no campo do cuidado. Na oferta dos serviços, deve-se trabalhar com a responsabilização dos sujeitos e com o reconhecimento adequado das necessidades da comunidade causadoras das doenças. Por meio do manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias, constrói-se uma maior autonomia dos coletivos (BRASIL, 2017). Diante disso, a coordenação do cuidado destaca-se entre os níveis assistenciais, definida pelo trabalho em rede dos diversos serviços voltados ao alcance de um objetivo comum (BRASIL, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a primeira conferência internacional sobre cuidados primários em saúde em Alma-Ata. Discutiram-se os cuidados primários em saúde de forma internacional e foi proposta uma meta para países-membros atingirem o maior nível de saúde possível até o ano 2000 através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para todos no Ano 2000” (OPAS/OMS

1978).

No Brasil, considerando a experiência do final da década de 1970 e início de 1980, houve aportes práticos e conceituais para a organização dos serviços, com o desenvolvimento do SUS. Gradativamente, foi sendo substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde e, em meados da década de 1990, ocorreu a implantação do PSF e dos incentivos financeiros específicos aos municípios (ESCOREL, 1998). Desse modo, fortaleceram-se a Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) no nível municipal (COSTA; PINTO, 2002).

Com o intuito de combater as iniquidades na saúde, a Atenção Primária em Saúde (APS) reordena o Sistema de Atenção à Saúde adotando a designação da Atenção Básica para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais. O Banco Mundial compreende que a APS é um conjunto de ações de saúde de baixa renda, no sentido de diminuir a exclusão social e econômica decorrente da expansão do capitalismo global (BRASIL, 2011).

A ESF passa a ser definida por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, fortalecendo a APS. Tem como estrutura básica a identificação das necessidades da população, sendo firmadas pelo vínculo entre usuários dos serviços e os profissionais de saúde que estão em contato com a população adscrita. Com o desenvolvimento da atenção primária, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que elabora as diretrizes e normas para a organização da ESF. É considerada como estratégia de expansão, de reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar nos indicadores de saúde das pessoas e coletividades, bem como trabalhar uma relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

O processo de trabalho na atenção primária tem sido muito discutido, bem como as tecnologias utilizadas para melhorar a qualidade do atendimento do profissional de saúde. As três categorias definidas pelo autor proporcionam o acolhimento necessário, em especial as tecnologias leves, as quais produzem cuidado, comunicação e vínculo. Ainda, apresentam sua importância às classificadas como tecnologia dura, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; e leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde (MERHY, 1997).

Merhy (1997) apresenta duas formas de trabalho, “o morto e o vivo”. O

trabalho morto diz respeito a um conjunto de ferramentas que não podem ser modificadas pelo trabalho vivo em ato, mas já se constituíram em trabalho vivo, uma vez que foram produzidas em outro processo de trabalho. Por outro lado, o trabalho vivo relaciona-se à criação com o pleno que possibilita ressignificar, repensar e revitalizar formas de saber-fazer (ou tecnologias) no trabalho, processo de trabalho como fonte de vida humana e das relações sociais.

Ademais, o autor destaca que o sujeito é contextualizado, dependendo das condições biopsicossociais do seu estilo de vida e das instituições em que se opera o cuidado. Assim, os processos de reestruturação produtiva no trabalho em saúde, o território em disputa é o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novas estratégias tecnológicas para a produção em saúde. A superação do modelo médico hegemônico exige uma organização dos serviços de modo mais coletivo, com ordenamento organizacional de atividades voltadas para um modelo com “usuário-centrado”, que permite a construção, no cotidiano. Portanto, a expectativa é que sejam estabelecidos vínculos e compromissos, cada vez mais fortes e próximos, entre os componentes da tríade trabalhadores-usuários-equipe, de acordo com as necessidades de cada um, tanto individuais como coletivas (MERHY, 2002).

3.2 Acolhimento

A saúde é um direito de todos. A cidadania é um avanço para minimizar as injustiças sociais que direcionam para a questão relacionada às necessidades de saúde e precisam contar com ferramentas para ajudar os trabalhadores a fazerem uma melhor escuta das pessoas que buscam assistência. As relações se concretizam no cotidiano e vão dando características para o trabalho, cristalizando ou descrystalizando as práticas, construindo a saúde no ato. O encontro no espaço do trabalhador e do usuário revela as necessidades do usuário que procurou o serviço de saúde e as necessidades do profissional que o atende, mediadas pelas diferentes formas de organização dos serviços (MATUMOTO, 1998).

O acolhimento é um caminho, uma diretriz para produzir saúde permeada pela ética. É uma ferramenta de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (LAZZAROTTO, 2017). Ainda sobre acolhimento, a Política Nacional de Humanização

(PNH) coloca-o como uma diretriz do trabalho. O acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer; é realizado por toda a equipe de saúde com uma postura ética presente na escuta do usuário e no reconhecimento do seu protagonismo com responsabilização pela resolução e ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher possibilita uma construção de compromisso para os coletivos (BRASIL, 2008).

O acolhimento é considerado um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, proporcionando vínculo entre equipe de saúde e usuário no processo do cuidado, e também pode problematizar o processo de trabalho, resultando no cuidado integral e ampliando a clínica. Para tanto, a qualificação dos trabalhadores torna-se importante para recepcionar, atender, escutar, dialogar, decidir, amparar, orientar e negociar (FAGUNDES, 2004).

Segundo Pereira e Ayres (2003), acolher traduz-se em resolver, buscar resolutividade, e não só satisfazer a pessoa atendida; também significa realizar encaminhamentos, promovendo reabilitação da saúde. Acolher é um direito humano fundamental, apoia a qualificação do sistema de saúde, permitindo ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (BARALDI; SOUTO, 2011).

Brehmer e Verdi (2010) consideram acolhimento como porta de entrada prioritária para o usuário, favorecendo o acesso. A AB considera que o sujeito deve ser visto na sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, com vistas à promoção de sua saúde e possibilitando um viver de modo saudável.

O acolhimento também propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, atendendo a todas as pessoas. Tenta garantir a acessibilidade universal; reorganizando o processo de trabalho pela equipe multiprofissional, não se centrando apenas no médico. Este modelo assistencial tem uma proposta mais humanitária, solidária e cidadã (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A fim de se implantar o acolhimento, é importante contar com a conscientização dos profissionais da atenção básica de saúde, e o não reconhecimento dos benefícios deve ser trabalhado como ponto de partida (BRASIL, 2003). Para uma modificação do processo de trabalho, faz-se necessário um instrumento de comunicação e informação de qualidade com os demais profissionais da equipe de saúde, que devem ter postura acolhedora de respeito e compreensão

de conhecimentos do usuário e diversidades, especialmente culturais (BRASIL, 2006).

Diante disso, é importante reconhecer o usuário como um ser individual que tem necessidades e solicita promover respostas adequadas para sua singularidade (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007). É necessário que ocorram mudanças na organização dos serviços, equipes e modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, porém não é possível encaminhar todas as pessoas ao médico. O acolhimento não deve se restringir à triagem clínica (BRASIL, 2017).

3.3 Processo de trabalho em saúde e em enfermagem

O trabalho em saúde pode ser considerado complexo, dinâmico e criativo, em que o definido e o real se confrontam diariamente. A distinção entre o trabalho definido e o real é uma noção-chave para a Ergonomia Francesa (LAVILLE, 1997; WISNER, 1987; DEJOURS, 1993). Esses mesmos autores chamam a atenção para esse cenário entre o trabalho real e o prescrito, que também ocorre em países fortemente industrializados. Isso se dá mesmo nos setores clássicos de produção, onde a tradição taylorista foi levada ao extremo, de forma a manter o afastamento entre as atividades que envolvam a concepção, a cargo da gerência, que prescreve as tarefas, e a execução, responsabilidade dos operadores que realizam o trabalho de forma efetiva.

Um trabalhador isolado não consegue executar as ações de saúde, sendo que a sua produção é realizada em compartilhamento no espaço do usuário e da equipe. O processo de trabalho em saúde depende da relação com o sujeito (MERHY, 2002). Esse mesmo autor chama a atenção para o fato de que, no trabalho em saúde, como produto final, ocorre a construção do espaço intercessor entre o usuário e o profissional de saúde, em que este satisfaz as necessidades daquele, sendo vistas, muitas vezes, como carência de saúde (MERHY, 2006).

No momento da assistência é que ocorre a produção da saúde. Pode ser individual, em grupo ou coletivo. O trabalho em saúde na enfermagem não produz bens a serem estocados ou comercializados. É diferente de outros serviços porque se lida com o objeto humano, com os usuários e a sociedade, que trazem aos serviços de saúde necessidades relacionadas ao processo saúde-doença (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Nessa direção, na Atenção Primária ressalta-se que não se atende somente a doença; o processo saúde-doença exige outras ferramentas e apresenta outra complexidade, que envolve o social e o subjetivo. Ferramentas como escuta qualificada e a clínica ampliada não se esgotam em um único atendimento, por ser um processo longitudinal. Assim, os registros realizados pela equipe multiprofissional no prontuário são muito importantes, e há uma interdependência entre os membros da equipe para realização de ações e de planos de cuidados, pois através delas será avaliado o processo.

A APS exige profissionais que tenham na sua formação um conceito ampliado do seu núcleo de saber, que superem a questão técnico-política e de gestão do trabalho. Para tanto, a organização do processo de trabalho é importante para o avanço e fundamental para que a equipe possa avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção e da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho (BRASIL, 2012).

O trabalho vivo utiliza certo saber operante e determinados instrumentos materiais, com a possibilidade de expressão de criação por parte do trabalhador (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007). E as tecnologias organizam o trabalho de enfermagem, pois organizam a produção em saúde dentro da assistência (SILVA; FONSECA, 2005). Assim, ao enfermeiro em busca da qualidade da assistência prestada aos clientes, as tecnologias leves podem ser importantes ferramentas de gerenciamento a serem utilizadas, uma vez que estabelecem interseção entre os funcionários e os usuários, permitindo uma possibilidade de reconhecimento e de contentamento das necessidades dos indivíduos (ROSSI; SILVA, 2005).

Cabe destacar, por fim, que a transformação de um objeto determinado em um produto determinado modifica o processo de trabalho. Ocorre por meio da intervenção do indivíduo e emprega instrumentos. Assim, o trabalho é algo que o ser humano faz intencional e conscientemente, objetivando produzir algum fruto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano (MARX, 1994).

3.4 Sistematização da assistência de enfermagem

Utiliza-se a SAE como a organização do processo de trabalho em enfermagem considerando um conjunto de elementos inter-relacionados (CARVALHO; BACHION, 2009). Com isso, no contexto da SAE, o instrumento qualifica o cuidado, e o Processo de Enfermagem (PE) planeja e organiza a assistência; detém uma conotação gerencial e recobre a totalidade do cuidado e o gerenciamento de enfermagem (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

O autor ressalta o significado dos termos utilizados na prática profissional da enfermagem, “sistematização da assistência de enfermagem” e “processo de enfermagem”. Sistematização pressupõe a organização do processo de trabalho em enfermagem, que, por sua vez, implica um conjunto de elementos, dinamicamente inter-relacionados (CARVALHO; BACHION, 2009).

O PE é uma tecnologia do cuidado que compreende uma sucessão de raciocínio clínico utilizado pelos enfermeiros na assistência (MARTINS; DAL SASSO, 2008; MURPHY et al., 2008). Esse processo envolve uma sequência de etapas específicas: a avaliação clínica do paciente; os diagnósticos de enfermagem; o planejamento das intervenções necessárias; a implementação e a avaliação das ações, com finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, seja ele indivíduo família ou coletividade, considerando singularidades e de modo ampliado (CARVALHO; BACHION, 2009).

O PE organiza-se em cinco etapas:

- ✓ *Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)*: processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença;
- ✓ *Diagnóstico de Enfermagem*: processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina na tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam com exatidão as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde

e doença, constituindo base para seleção das ações ou intervenções para se alcançarem os objetivos esperados;

- ✓ *Planejamento de Enfermagem*: para a determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem;
- ✓ *Implementação*: realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem;
- ✓ *Avaliação de Enfermagem*: processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE (COREN, 2009).

4.1 Objetivo Geral

- Analisar o acolhimento realizado por enfermeiros da Atenção Primária fundamentado na SAE.

4.2 Objetivos Específicos

- Viabilizar a aproximação do conhecimento do enfermeiro sobre o acolhimento no que diz respeito à sua vivência na prática e no do trabalho;
- Promover treinamentos, por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), a fim de confeccionar protocolo para a implantação do acolhimento instrumentalizado pela SAE.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal (GF). O estudo caracteriza-se como exploratório-descritivo, visto que descreve como os fenômenos se comportam, (COLLIS; HUSSEY, 2005), estabelece relações entre as variáveis (GIL, 2002) e possibilita ao investigador maximizar seu conhecimento acerca de determinado fenômeno ou problemática (TRIVIÑOS, 1990). Para o caminho metodológico, optou-se pela abordagem qualitativa.

Este estudo permeia analisar o acolhimento instrumentalizado pela SAE e fundamentou-se nos eixos teóricos do Acolhimento e do Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem com Diretriz para a SAE e o trabalho Assistencial do enfermeiro. Segundo Minayo (2013), entende-se que a pesquisa qualitativa é aquela permeada pelo subjetivo da relação da realidade social. É tratada por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais. Essa abordagem aplica-se ao estudo da história, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus elementos e as si mesmos, sentem e pensam.

Caracteriza-se o enfoque qualitativo pelo fato de o pesquisador ser o instrumento-chave, o ambiente ser considerado fonte direta dos dados e não requerer o uso de técnicas nem métodos estatísticos (GODOY, 1995). Também possui caráter descritivo, cujo foco não consiste na abordagem, mas sim no processo e seu significado, ou seja, o principal objetivo é a interpretação do fenômeno objeto de estudo (SILVA; MENEZES, 2005).

Segundo Richardson (1999), fazendo uso da metodologia qualitativa, os estudos podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, como também compreender e classificar processos dinâmicos vivenciados por grupos sociais. As técnicas qualitativas focam experiências de pessoas e seu respectivo significado em relação a eventos, processos e estruturas inseridos em cenários sociais (SKINNER; TAGG; HOLLOWAY, 2000).

5.2 Cenário do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Monte Alto, localizado na Região Metropolitana de Ribeirão Preto (RMRP), no interior do estado de São Paulo. Está a 350 quilômetros da capital paulista. A altitude média da sede do município é de 735 metros. Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população em 2010 era de 46.642 habitantes, com densidade demográfica de 134,6 habitantes por Km², o que a torna a 93^a maior cidade do interior do estado. Faz parte do grupo de municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado, ocupando a 96^a posição no estado de São Paulo.

O município é formado pela sede e pelo distrito de Aparecida de Monte Alto. Segundo o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2010 49% da população eram do sexo masculino e 51% do sexo feminino; 95% residiam na área urbana e 5% na área rural. No ano de 2015, a população estimada foi de aproximadamente 49.455 habitantes, e a maior concentração populacional estava na faixa etária entre 30 anos a 39 anos, cuja população era estimada em 7.752 habitantes. Na faixa etária com menos de 15 anos, havia cerca de 8.655 habitantes; e a população composta por pessoas com 60 anos ou mais era estimada em 8.228 habitantes.

O último censo do IBGE realizado em Monte Alto foi em 2010 e o próximo está previsto para 2021. De acordo com o Portal da Fundação Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados), a população no município de Monte Alto em 2017 era de 49.979 habitantes. Segundo os números apontados pelo censo, o referido município passou de 49.455 habitantes em 2015 para 49.979 habitantes em 2017, um crescimento populacional de 1,06%.

Referente ao ano de 2017, nas estatísticas vitais e de saúde, Monte Alto apresenta uma taxa de natalidade de 10,28 por mil habitantes e taxa de mortalidade infantil de 16,23 por mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade da população de 15 a 34 anos é de 110,04 a cada cem mil habitantes, e a da população de 60 anos ou mais é de 3.710,73 a cada cem mil habitantes. A taxa de nascidos vivos de mães com menos de 18 anos é de 5,07%.

No ano de 2016, a Fundação Seade informou que 88,11% das gestantes do município fizeram sete ou mais consultas de pré-natal. O total de partos cesarianos foi de 92,62%, com gestação pré-termo de 6,60% e com 6,78% nascidos de baixo

peso (menos de 2,5kg). Acerca dos leitos do SUS, a Fundação Seade informou haver um coeficiente de 1,21 leito por mil habitantes.

O município pertence ao Departamento Regional de Saúde - DRS XIII (Ribeirão Preto) e à Rede Regional de Atenção à Saúde - RAS13 do estado de São Paulo. Monte Alto faz parte dos municípios que compõem o Horizonte Verde, juntamente a Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Sertãozinho, Pitangueiras, Pontal e Pradópolis.

Importante ressaltar que a rede de Atenção Básica do município é composta por sete Unidades de Atenção Primária, sendo três UBSs. Quatro equipes de Saúde da Família atuam acopladas à UBS, passando a ser denominados de USF. Há, ainda, uma Clínica de Especialidades Médicas; um Ambulatório de Saúde da Mulher; um Centro de Atenção Psicossocial I; um Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) - Hepatites Virais; e um Ambulatório de Fisioterapia.

Todos os serviços da Atenção Básica têm profissional próprio ou referenciado nas áreas de Psicologia, Nutricionista e odontologia. Há, ainda, no município, uma central de medicamento (farmácia centralizada) para a distribuição dos medicamentos aos pacientes atendidos pela rede municipal; Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica; Núcleo de Controle de Zoonoses; Pronto-Socorro Municipal; e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

5.3 Aspectos éticos

Foram solicitadas as autorizações prévias à Secretaria da Saúde do Município de Monte Alto - SP (ANEXO A) e, posteriormente, encaminhadas para a apreciação e a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. A aprovação foi expedida por meio do Parecer nº 313/2018, CAAE 01208818.40000.5393 (ANEXO B).

Conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, os enfermeiros foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e à garantia do anonimato. Em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido. A coleta de dados iniciou-se logo após o cumprimento do Protocolo Ético.

5.4 Participantes do estudo

Para este estudo, foram considerados critérios de inclusão enfermeiros maiores de dezoito anos e atuantes nas unidades de saúde da Atenção Primária que estejam em cargos referentes à sua formação. Adotamos como critério de exclusão enfermeiros que estivessem afastados da função durante o período de coleta dos dados. Assim participaram do GF 07 enfermeiros.

O recrutamento dos participantes foi realizado por meio de um primeiro contato com a Secretária de Saúde do Município de Monte Alto – SP, posteriormente em concordância com o Enfermeiro Responsável Técnico (RT). O encontro, realizado pessoalmente, teve como intenção um convite, via telefônica ou eletrônica, no qual se definiram o dia, a hora e o local da reunião.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) foi explicado por meio da leitura para aqueles que aceitaram o convite. Isso ocorreu no dia anterior à data prevista para o grupo focal, no qual os participantes puderam esclarecer suas dúvidas em relação ao termo de consentimento. A partir da confirmação do aceite sobre o convite, nomearam-se as pessoas por meio de depoimentos (E) e cada um recebeu um número de ordem crescente, por exemplo, E1, E2 e assim por diante. No início da reunião grupal, foram apresentados os objetivos da pesquisa, a relevância da sua adesão à realização desta investigação e a garantia do anonimato, buscando amenizar a preocupação de qualquer exposição futura.

A definição da quantidade dos sujeitos em pesquisas qualitativas não se fundamenta no critério numérico para garantir sua representatividade; o que a valida é a maior proximidade dos sujeitos sociais, ou seja, os enfermeiros do âmbito da APS, com o problema a ser investigado (MINAYO et al., 2004). Considerando o número de sujeitos reunidos nesta pesquisa, foi possível trazer o entendimento ao objeto investigado, podendo-se delineá-lo e refletir sobre ele em suas várias dimensões.

5.5 Técnica da coleta de dados

5.5.1 Grupo Focal

O processo de interação grupal é uma resultante da procura dos dados. Esses integrantes recebem estímulos para um diálogo e discorrem sobre um tema em particular definido anteriormente. É uma dinâmica com características individuais e diferenciadas (KITZINGER; BARBOUR, 1999).

Westphal, Bogus e Faria (1996) afirmam que esse processo de construção do conhecimento torna-se importante para gerar opiniões, críticas e sugestões oriundas das questões norteadoras provindas das discussões. Ademais, oportuniza envolver os sujeitos num momento para contextualizar, refletir e analisar sobre a SAE e o acolhimento na demanda espontânea, dispondo de uma oportunidade para a construção de novas tecnologias. O grupo focal é adequado para consultar estágios exploratórios de uma pesquisa quando se é necessário ampliar a apreensão e a avaliação sobre um projeto, programa ou serviço (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Também facilita a comunicação que se mostra adequada para a pesquisa qualitativa, que pretende aprofundar um tema pontual e que possa ser aplicado numa discussão específica. Sua finalidade é deixar emergir as diferentes decisões sobre o assunto, quando se quer entender em profundidade um comportamento dentro de um determinado grupo. Seu uso se ampliou nas áreas como sociologia, psicologia e educação (RESSEL; GUALDA; GONZALEZ, 2002).

Gatti (2005) menciona que os grupos focais não podem ser extensos nem pequenos, contando, de preferência, com seis a doze participantes. Na área da saúde, com frequência tem sido utilizado o grupo focal. Esses grupos contam com um moderador que tenha formação para coordenar com confiança, empatia e segurança para atingir o objetivo da pesquisa, administrando conflitos dos integrantes. A duração não deve ultrapassar três horas, sendo o mínimo para cada sessão de uma hora e meia. O registro de uma ou duas sessões já é o suficiente para se obterem as informações para uma boa análise.

Essa técnica possibilita ao pesquisador capturar formas de linguagem, expressões e tipos de comentário que enriquecem sobremaneira a pesquisa. É possível elaborar uma forma de criar condições para que os participantes possam

analisar, inferir, fazer críticas e se posicionar acerca da temática para a qual foram convidados a conversar coletivamente. Pode também optar por cadeiras avulsas, organizadas em círculo ou em volta de uma mesa, que é o mais indicado. Os registros das gravações em áudio ou vídeo requerem mais cuidados, pois podem causar constrangimentos aos participantes (SOARES, CAMELO, RESK, 2016).

Ressalta-se que a presença de um técnico, se for possível contar com uma pessoa para operar e verificar o funcionamento dos aparelhos eletrônicos durante a realização dos grupos, é importante, mas não obrigatória. E, mesmo com as gravações, é importante que sejam feitas anotações por escrito. O roteiro deve ser preparado para orientar e estimular a discussão, ser flexível, de modo que permita ajustes no decorrer do trabalho. Ademais, deve-se evitar a familiaridade com o moderador, pois pode enfraquecer as discussões e transformar o debate em uma conversa informal (GATTI, 2012).

Em consonância, Bender e Ewbank (1994) consideram necessária a presença de um observador, o qual fará uma observação direta com disciplina e seriedade. Deve construir apontamentos importantes que foram observados no comportamento dos participantes. São relevantes as reações verbais e não verbais no decorrer das atividades. Esse observador auxilia no controle dos gravadores, preparo do ambiente de forma a favorecer a comunicação e a participação do grupo, quando solicitado pelo moderador (KRUEGER, 1998).

Para a organização do grupo focal, os participantes sentam em círculo para obtenção de interação. O moderador e o observador ocupam posições distantes entre si, a fim de evitar a possibilidade de centralização (RESSEL; GUALDA; GONZALES, 2002).

A escolha do espaço físico é muito importante para trazer acolhimento ao grupo. Meier e Kudlowiez (2003) sugerem escolher música ambiente para uma melhor interação. Após o encerramento das discussões, recomenda-se uma confraternização para promover interação com os enfermeiros participantes.

5.5.1.1 Moderador

O moderador não precisa ser obrigatoriamente o próprio pesquisador. Ele deve ser uma pessoa experiente, hábil e flexível para conduzir o grupo com segurança, despertando confiança dos participantes. O moderador deve ter

experiência com trabalho de grupo, portanto não deve ser rígido nem muito formal porque esta característica deixa o grupo pouco à vontade e com baixa interatividade.

O moderador possui um papel significativo para atuar como um facilitador do debate. Não deve emitir o seu ponto de vista em relação às contribuições dadas pelos participantes nem criar situações constrangedoras, pois disso depende o sucesso do grupo focal. Além disso, ele impede que as manifestações se concentrem sempre nas mesmas pessoas, alternando os papéis grupais, pois a opinião de todos é importante (GOMES, 2005).

5.5.1.2 Observador ou redator

Gomes (2005) reforça que o papel do redator é um elemento que pode trazer contribuições para enriquecer os registros. Sua função consiste em fazer anotações por escrito sobre as principais informações concedidas, bem como ajudar na posterior identificação das falas dos participantes. Suas principais características são concentração e escrita rápida.

5.5.2 O acontecer do grupo focal

Logo após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos do estudo, a investigação dos dados ocorreu em fevereiro de 2019. Após as confirmações sobre as participações, combinamos uma reunião, ocorrida em 14/02/2019 às oito horas e cinquenta minutos no anfiteatro municipal, um local que não é ambiente profissional para os entrevistados, atendendo às exigências mencionadas anteriormente para a realização do trabalho. Essa escolha foi relevante para que todos pudessem ficar tranquilos, sem a preocupação das demandas diárias, uma vez que estavam sendo substituídos por outros profissionais, como mencionado anteriormente.

A realização do grupo focal implicou preparo, organização e instrumentalização em todas as etapas, de modo a mediar a dimensão explícita da tarefa, retomando sempre que necessário o foco e que o grupo possuía um objetivo em comum. Aschidamini e Saupe (2004) mencionam que as sessões grupais não necessitam de um número padrão; dependem especialmente dos objetivos propostos no estudo. No caso de diferentes grupos aos quais é colocada uma questão-chave,

um ou dois encontros com cada grupo conseguem atingir o objetivo.

A sala já estava preparada para receber os convidados. Os demais participantes foram chegando e se inteirando com a equipe. Assim, com a presença de todos, deu-se início ao trabalho do grupo focal com um silêncio que parecia sinalizar “ruído” aparente no início. Aos poucos, foi sendo desconstruído, à medida que os enfermeiros foram verbalizando sobre a prática do trabalho. Todos ficaram sentados em círculo em volta de uma mesa, incluindo o moderador, o qual mediou o diálogo estabelecido com as seguintes questões norteadoras:

- 1) Como se dá o acolhimento na demanda espontânea no seu local de trabalho?
- 2) Como desenvolve seu trabalho no cotidiano, instrumentalizado pela sistematização de enfermagem?

Para desenvolver as questões acima, elaboramos um roteiro visando facilitar o diálogo do grupo.

5.5.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Inicialmente, foi aplicado um questionário com perguntas para a identificação do perfil pessoal e profissional dos enfermeiros. Apresentamos itens relativos aos dados sociodemográficos, de formação e de atuação profissionais, tais como: sexo; idade; experiência; nível de formação; pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu* e tempo de serviço (Apêndice C).

Contou-se com um moderador que não era responsável pela pesquisa, pois a pesquisadora tinha familiaridade e aproximação profissional com os participantes. Além disso, contamos com a presença de dois observadores participantes que não faziam parte do grupo de trabalho.

Utilizamos dinâmica de grupo para exercer um aquecimento para a técnica de coleta de dados. A utilização de dinâmicas, filmes, músicas, imagens enriquece as discussões acerca dos temas de pesquisa e, neste trabalho, promoveu aproximação entre as pessoas. Um clima de descontração no grupo contribuiu muito para o debate.

A geração de discussões foi um dos pontos fortes do grupo focal. Segundo Flick (2009), ao se proporcionar o debate, as pessoas revelam significados imaginados pelas outras pessoas, assim como permitem perceber como elas negociam esses significados, possibilitando a exposição da diversidade e da diferença de opiniões, o que enriquece sobremaneira o debate.

5.5.4 Análise dos dados

Esta fase exige empenho e habilidade do pesquisador, pois envolve um conjunto de operações de transformações, de reflexão e de comprovações dos dados, com o intuito de extrair significado do fenômeno estudado, o Acolhimento e a SAE. Porém, não é um processo estanque, ocorre concomitantemente à coleta de dados (DUARTE, 2002).

Minayo (2013) afirma que a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

A técnica de análise de conteúdo foi usada para a análise e a interpretação do material empírico, modalidade temática que, segundo Minayo (2010), busca os significados evidentes e concentrados nos dados qualitativos, coletados por meio de discurso dos sujeitos. O “tema” é destacado na análise temática como unidade de significado que permite descobrir os “núcleos” do sentido que compõem as comunicações dos participantes da pesquisa, qualificado pela importância das “unidades de significado” identificadas (MINAYO, 2010).

Nesse contexto, a operacionalização da análise temática, citada pela referida autora, constitui-se de três fases básicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A fase organizativa do estudo pode considerar a pré-análise, que consiste em organizar os dados coletados nos grupos focais, realizados com os participantes do estudo, os enfermeiros, em que a pesquisadora procede à transcrição dos gravadores digitais, respeitando os discursos dos sujeitos na íntegra.

Os participantes foram referenciados com a letra E de entrevista de E1 a E7, garantindo, assim, o anonimato das falas. As anotações do grupo focal realizadas pelos observadores (pesquisadores) configuram-se em um relatório que oferece suporte para a sua caracterização. Nesse momento, são retomados os objetos do estudo, os

objetivos, os questionamentos e os pressupostos, direcionando a leitura do material impresso, que parte do geral para o específico.

A análise propriamente dita é a fase de exploração do material. Trata-se de um momento do estudo, pois requer um movimento de ir e vir dos discursos no intuito de explorar com profundidade o material disponível, culminando na categorização e oferecendo ao pesquisador uma transformação dos dados levantados em informações com significado sobre o proposto estudo.

Foram realizadas incessantes releituras dos conteúdos transcritos para a classificação do material empírico coletado no grupo focal, buscando-se identificar e grifar os trechos dos discursos correspondentes aos vários núcleos do sentido. Assim, foram definidas para este estudo três grandes unidades temáticas e categorias empíricas, as quais advêm dos discursos dos sujeitos que tratam do Acolhimento e da SAE no cotidiano do trabalho do enfermeiro.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos Participantes

6.1.1 Participantes do grupo focal de Acolhimento e Sistematização da Enfermagem na Atenção Primária

A caracterização prévia dos participantes deste estudo foi realizada, ressaltando que 100% enfermeiros assistenciais participantes são Responsáveis Técnicos (RT) da Atenção Básica, responsáveis por unidades de pequena e média complexidade, segundo as variáveis categóricas: Gênero, Idade, Tempo de formação profissional Tempo de atuação na Atenção Primária, Formação e Vínculo na atividade atual.

Sobre os integrantes que participaram do grupo focal, identificamos 57% do gênero feminino, conforme figura abaixo:

Figura 1 - Distribuição percentual, segundo o gênero dos integrantes do grupo focal.

Quando se trata de enfermeiros, inúmeras pessoas ainda possuem um forte estigma com a profissão, vendo-se a mulher com predominância no mercado de trabalho. Embora haja predominância de mulheres, esse número tem aumentado bastante ao longo dos últimos anos. No grupo acima, encontramos um percentual de 43% para o gênero masculino, o que revela uma mudança na profissão em relação à predominância feminina.

Segundo dados estatísticos do COFEn (1985), entre as décadas de 1970 e 1980 houve aumento do contingente masculino com formação em nível superior, ressaltando-se esse crescimento nas faixas mais jovens, embora continue se destacando a presença feminina nas práticas de enfermagem desde os tempos remotos, buscando cuidar das mais diferentes formas.

A enfermagem, desde suas origens religiosas e militares, é um saber dominado pelas mulheres e dirigido pelo ato de cuidar, tendo os mais pobres como alvo. Atualmente, os homens estão inseridos nessa profissão, e a enfermagem vem evoluindo como ciência estruturada em teorias que fundamentam suas práticas (NAUDERER; LIMA, 2005, p. 75)

Santos (2002) ressalta um marco da enfermagem na história mundial: a enfermagem escolarizada e a não escolarizada. Na escola de Miss Nightingale, baseava-se na disciplina militar e selecionava suas candidatas conforme suas qualidades morais (aceitavam-se somente candidatas do sexo feminino, brancas e solteiras). Criou-se, assim, um padrão para que a profissão fosse exercida e divulgada dessa maneira em vários países.

Nesse contexto, Padilha; Vagheti e Gladys Brodersen (2006) apontam que, no Brasil, a participação masculina surgiu após a criação dos hospitais psiquiátricos, onde a força era primordial, mais do que o próprio cuidar. O enfermeiro contratado como cuidador, para estar apto ao trabalho, precisava ter como perfil a bondade e a humildade. O curso de enfermagem começou gradativamente a se modificar com a participação masculina, passando a ocupar cargos de direção e chefias nas instituições de saúde. E o termo “enfermeiro” passou a ser utilizado na linguagem da profissão, de tal forma que as enfermeiras passaram a se autodenominarem enfermeiros, justificando a modificação da terminologia da profissão composta pelos gêneros masculino e feminino.

Consideramos haver uma relação histórica entre esse predomínio e o cuidado como atividade referencial da profissão, o que explica a predominância feminina em profissões assistenciais, como a de enfermagem e a assistência social. De alguma forma, relacionam-se aos afazeres femininos tradicionais, tais como cuidar, servir e educar (CRAVEIRO; MACHADO, 2011; SOUZA; 2016).

Machado et al. (2016, p. 10) revela uma associação direta, no caso da enfermagem, entre idade e sexo.

Fato curioso deu-se com os profissionais de enfermagem, no que diz respeito à participação segundo sexo e idade. Em 1970, a Força Total feminina com menos de 29 anos de idade representava 22%, não se registrando, neste período, a presença masculina. Na década seguinte, o quadro se altera sensivelmente, ocorrendo a presença masculina, nesta faixa.

Nesse contexto, pode-se afirmar que o aumento da presença masculina nesta composição leva a uma tendendência à masculinização, a qual vem se firmando recentemente, desde o início da década de 1990. Nessa perspectiva, não basta reconhecer os sistemas de opressão e seus mecanismos de manutenção e de reprodução, mas construir instrumentos que vislumbrem a superação, o que se faz em parceria com quem vive e sente os mesmos problemas.

Não basta reconhecer as desigualdades sociais, criticar e ter boas intenções. Independentemente da questão de gênero na profissão, é preciso estreitar laços e criar espaços nos serviços de saúde para a participação ativa de todos para troca de experiências numa relação entre sujeitos que potencialize subjetividades e a capacidade reivindicatória por direitos, humanizando as relações e exercitando o acolhimento e a ética do cuidar (FONSECA, 1998).

Figura 2 - Distribuição percentual, segundo a idade dos integrantes do grupo focal.

O grupo mostrou que a idade predominante foi de 30 a 40 anos (43%) (figura 2), revelando que a construção da atenção básica no município se configura como “jovem” em sua maioria, partindo do pressuposto de que não tiveram

experiência com a implantação do SUS na década de 1990, como ocorreu em muitos municípios.

Considerando que 57% têm menos de cinco anos de conclusão da graduação, analisamos que a rede deve ter um tempo recente de implantação, reconstrução ou ampliação. A relação da idade e sexo revela que a tendência masculina vem se firmando recentemente na enfermagem.

Figura 3 - Distribuição percentual, segundo o tempo de formação dos integrantes do grupo focal.

Figura 4 - Distribuição percentual, segundo a atuação na Atenção Primária e Estratégia da Saúde da Família dos integrantes do grupo focal.

Também registramos que 72% têm menos de cinco anos de atuação na Atenção Básica com Estratégia de Saúde da Família. Verificamos 28% das faixas etárias entre 40 a 50 ou mais, que podem ter vivido a implantação do SUS (Figuras 3 e 4). Ademais, a maior parte dos integrantes, 71%, detém titulação de especialista, como mostra a figura 5.

Figura 5 - Distribuição percentual, segundo formação de Pós-Graduação dos integrantes do grupo focal

Estudos revelam que, por meio do Ministério de Ciência Tecnologia e Inovação, foram investidos, no Brasil em 2009, cerca de 20 milhões de reais em pesquisa e desenvolvimento. Aproximadamente metade desse capital foi destinada a cursos de pós-graduação, repassando-se este recurso às instituições federais reconhecidas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Nesse contexto, cerca de 160 mil alunos foram matriculados em curso de Mestrado e Doutorado, sendo 23 mil na área da saúde (BRASIL, 2012).

A esse respeito, Bujdoso (2009) afirma que o campo de trabalho exige do profissional mais qualificação. E a pós-graduação, em particular a *Stricto Sensu*, no mercado de trabalho, tem oferecido melhor qualificação, remuneração e desenvolvimento de várias habilidades. A capacidade de inovação tem por finalidade trazer grandes melhorias, modificando as tecnologias anteriores e impulsionando a criação de novas tecnologias, baseando-se na capacidade de inovação, na

organização, inovação em processo, inovação em serviço e em produto, bem como inovação em marketing (MARTINEZ-ROMÁN et al., 2011).

Figura 6 - Distribuição percentual, segundo vínculo empregatício dos integrantes do grupo focal

Na caracterização dos enfermeiros, encontramos 100% com vínculos estáveis, sendo que 86% disseram ser concursados pela Consolidação das leis trabalhistas (CLT) e 14% declararam ser estatutários. A relação entre os profissionais e as pessoas que usam os serviços de saúde é um tema importante no âmbito do SUS e adquire uma linguagem especial na atenção básica pelo uso da palavra *vínculo* (BRASIL, 2012). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como foco adscrever usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre equipes e população. Segundo suas diretrizes, a atenção básica deve funcionar como porta de entrada e centro de comunicação de toda a rede de atenção com um amplo espectro de ações: promoção de saúde; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento; reabilitação; redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2018).

O estudo, caracterizado como uma revisão sistemática na literatura, volta-se, especificamente, para as produções brasileiras e possui recorte temporal de dez anos (1998-2007). Utilizou as bases Lilacs e SciELO, pesquisando, entre seus descritores, a palavra “vínculo”. Os autores afirmam que o interesse pelo tema vem sendo impulsionado no Brasil pelo advento das políticas de humanização em saúde. Em suas conclusões, apontam que o vínculo teria uma tendência de melhorar o conhecimento sobre os “reais problemas da população” e também o relacionamento

entre profissionais e usuários (BRUNELLO et al., 2010).

Nesse sentido, valorizamos que a maioria (86%) dos enfermeiros e equipes desse município é contratada, visibilizando potência para o desenvolvimento de ferramentas como o acolhimento e a longitudinalidade.

6.2 Unidades Temáticas

O acolhimento e a sistematização da assistência de enfermagem colocam desafios estratégicos na construção das práticas e mudança de modelo assistencial. Considerado parte da Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

A partir do referencial teórico proposto, passamos a analisar os fundamentos que estavam presentes na ótica dos participantes do grupo focal. Assim, os depoimentos promoveram a sustentação das unidades temáticas que emergiram da análise sobre Construção Coletiva; Relações entre as equipes, trabalhador e usuário, Sistematização da Assistência de Enfermagem; e Modelo Assistencial.

Figura 7 – Unidades temáticas e categoria empírica

6.2.1 Construção Coletiva

Entendemos que para superar o SUS de atenção à saúde, que historicamente tem sido fundamentado em ações curativistas para o indivíduo, e o modelo que reconhece as necessidades em saúde e intervém na determinação social do processo saúde-doença, faz-se necessária a reflexão do cotidiano para possibilidades de um modelo que promova diálogo por meio da escuta pelos integrantes de uma equipe.

[...] a equipe inteira ali é integrada para estar realizando este acolhimento, e é feito de uma forma orgânica e natural. E1

[...] então, o acolhimento na minha unidade ele é 99% feito pela parte da enfermagem, e a gente conta com os serviços gerais também, que acolhem muito bem pelo vínculo e tudo mais e que faz esse trabalho de acolhimento[...] Mas em maior parte é com a equipe de enfermagem, ou seja, tanto o enfermeiro quanto as técnicas de enfermagem. E3

Os participantes do GF revelam que o acolhimento no serviço é feito pela equipe de forma integrada e que parece ser um processo natural para os membros daquela equipe (E1). A seguir, outro profissional menciona que a enfermagem fortemente ganha destaque nesse processo, o entrevistado (E3) anuncia a participação dos servidores que executam serviços gerais, porém reforça que a enfermagem está na totalidade dos acolhimentos processos.

O acolhimento, por ser uma atividade realizada por toda a equipe, é uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (LAZZAROTTO, 2017). Para a humanização dos serviços de saúde, o acolhimento deve ser uma ferramenta com qualificação da escuta, favorecendo a construção de vínculos e a garantia de acesso à população, o que pressupõe a responsabilização dos profissionais pelo cuidado prestado (BRASIL, 2008). É essencial pautar-se na escuta com a intenção de facilitar o acesso na porta de entrada de qualquer serviço de saúde. E tal escuta deve permear uma lógica pactuada não só por categorias, mas que envolva gestores, equipe e usuários.

A organização de um sistema de saúde é baseada no diálogo da satisfação das necessidades e expressa o ponto de vista de proteção universal da saúde, sob o pressuposto do bem-estar social (HINO et al., 2009). Nesse sentido, quando a escuta

se torna uma ferramenta para as necessidades de saúde, as agendas de trabalho devem ser construídas e estabelecidas nessa mesma lógica, ou seja, a partir das necessidades em saúde dos usuários que não expressam somente necessidades médicas, doenças, sofrimentos ou risos, como também carências e vulnerabilidades que refletem estilos de vida e identidades, transformando indicadores de saúde (HINO et al., 2009).

Para entender necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade como objeto do cuidado da enfermagem na APS, faz-se necessária uma contextualização das políticas, com suas diretrizes e princípios, os quais sustentam os modelos de atenção e as práticas em saúde. É importante discorrer sobre as concepções de necessidades de saúde no campo da saúde pública e da saúde coletiva, a fim de compreender sua incorporação nos processos de trabalho e nas práticas de saúde (CECÍLIO, 2001).

A APS é a base do sistema de saúde, ou seja, é a entrada ao sistema para todas as necessidades da população e constitui-se como primeiro recurso de contato de indivíduos, famílias e comunidade. Entende-se, neste modelo, que a atenção à saúde deve ser sobre a pessoa, e não para a enfermidade, o que colabora na resposta às necessidades de saúde, pois entende o contexto no qual o processo saúde-doença acontece. Assim, deve-se abordar os problemas mais comuns na comunidade articulados com as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação no decorrer do tempo (STARFIELD, 2001; OLIVIERA; PEREIRA, 2013).

Acreditamos que, para construirmos indicadores mais resolutivos, deveríamos investir na integração das agendas que não atendam apenas os problemas tradicionais relacionados à falta de acesso aos serviços, mas que possam estar alinhadas com as políticas públicas, participação e controle social. É importante destacar que a APS requer profissionais com uma ampliação do seu núcleo de saberes, que, além da competência técnica, desenvolvam as dimensões políticas e de gestão do trabalho em saúde (GALAVOTE et al., 2016).

O modelo de atenção primária que entende a produção social da saúde-doença é o da APS, que se pauta pelos atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2001).

[...] mas quem cuida das agendas são as técnicas de enfermagem.
E4

[...] A gente abre a agenda mensalmente, e não por dia E3

[...] dentro da minha unidade, tem consulta agora somente para abril, só vaga para abril. Não tem vaga nem para março. E7

O fortalecimento da atenção primária em saúde no sistema único é possível quando existe participação das representações de todas as categorias de uma equipe presentes. Considerando as atribuições da APS, o trabalho pode ser repensado com o objetivo maior de reduzir as desigualdades sociais.

No contexto do cuidado integral, a atividade de gestão faz parte das práticas de cuidado, ou seja, o cuidar e o gerir não são atividades excludentes, mas complementares (FRANCO; MERHY, 2013). Portanto, o trabalho do enfermeiro na APS está pautado em duas vertentes: produção do cuidado e gestão do processo terapêutico; e atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem (MATUMOTO et al., 2011). São nestas dimensões, cuidado e gestão, que as agendas se tornam ferramentas para a produção do cuidado de enfermagem, tanto individual como coletivo.

6.2.2 Relações equipe, trabalhador e usuário e Sistematização da Enfermagem

Na relação equipe, trabalhador e usuário e SAE, destacamos a importância da participação social e construção de “*espaços coletivos*”, que, mais recentemente, foi incentivada com a implantação da saúde da família, apesar de ter sido um item de grande mobilização e assegurado na construção da Constituição de 1988 no nosso país. Como forma de reorganização do serviço na AB, o trabalho em saúde é um modo específico de trabalhar em que o consumo se dá imediatamente no momento da produção, a construção de um espaço intercessor acontece nos momentos assistenciais da produção do serviço entre usuário e trabalhador, num jogo de encontro e negociações de necessidades, o que determina uma maior autonomia no agir dos trabalhadores e equipes (FRANCO, 2003). Podemos dizer que o acolhimento atua nesse espaço fazendo a diferença no processo de trabalho, interligando uma conversa a outra em qualquer encontro entre trabalhador e usuário

A participação é compreendida como envolvimento dos atores diretamente

interessados, membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas profissionais de saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementações e avaliações de iniciativas (WHO, 2008).

Concordamos com Rosa e Labate (2005), quando reforçam que a Constituição criou condições para a participação social, com intensificação a partir da criação das equipes de saúde da família. As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH. Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2013).

Quando perguntado em relação ao cronograma das reuniões com os enfermeiros, na fala de um dos entrevistados percebem-se nitidamente o descontentamento e o desejo de ter cronograma a ser seguido junto aos gestores.

[...] Na última reunião de dezembro, um dos pactos nossos foi que, para o ano de 2019, já teriam cronograma para que as reuniões de enfermeiros e de outros profissionais da rede já sejam feitas a partir de cronogramas, e isso já foi enviado. E4

A experiência acima reforça a importância de uma pactuação com os diferentes níveis, local e central, promovendo diálogo para avançar nas práticas da saúde que atendam às reais necessidades da equipe, trabalhador e usuários. Parece, assim, que o entendimento de construção das práticas esteja expresso pelo cronograma a ser construído. Ainda sobre a questão de participação, foi perguntado sobre o grupo gestor ou gestão de colegiados, e o entendimento abaixo sobre a questão revela o desconhecimento dessa política.

[...] Grupo gestor oficializado não tem. Nós temos um grupo de Whats que a secretária e diretores mandam [...] Eles falam, “Olha, gente, sexta-feira terá reunião e conto com os enfermeiros... conto com enfermeiros e técnicos”, então aí é agendado e a gente comparece [...]E6

[...] No ano passado, foi agendado de última hora e sem cronograma [...] E4

Entendemos que esse espaço, que parece ser informativo e pontual, não configura como *espaço coletivo* pelo caráter que se apresenta, nem como uma construção de práticas. Faz-se necessária a comunicação de informes, mas não se coloca como substitutivo de “*espaço coletivo*”.

Em vista disso, percebe-se uma íntima relação entre o cuidado de enfermagem e as ações de “*espaços coletivos*”. Em ambos, a saúde humana é objeto de cuidado, o que demonstra a relevância da contribuição do enfermeiro nessas ações. Portanto, é importante (re)pensar a atuação do enfermeiro enquanto profissional integrante da equipe multidisciplinar na APS, percebendo suas potencialidades e explorando-as em benefício das ações na APS para o cuidado individual e coletivo (LEROY; LOPES, 2012).

Assim, essas ações, incluindo-se a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de APS e da ESF, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação e integrando os processos de trabalho (BRASIL, 2010). Concordamos com Santos, Mishima e Merhy (2018), quando sustentam que a micropolítica do trabalho no cotidiano das equipes de Saúde da Família, e de outros serviços de saúde, está voltada não só para a produção do cuidado, mas também para a produção de subjetividades. E as relações entre os membros da equipe, e entre estes e a população, constitui-se em objeto de discussão permanente.

Ainda, as autoras afirmam que, nessa construção, conseguem, em grande medida, deslocar o poder médico e construir relações mais solidárias e compartilhadas. O conflito está presente em todos esses *espaços coletivos* de gestão. Aprender a lidar com eles é fundamental para coordenar e conviver com os coletivos. Há que se reconhecer que nem sempre as ferramentas de gestão para lidar com os conflitos estejam presentes nas equipes e colegiados de gestão (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

[...] Assim, eu penso que o caminho que acho é de nós de seguir e fortalecer como profissionais que somos dentro da equipe. Para isso, temos que discutir sobre o que vamos fazer. Fazer o quê? Discutir em grupo e vamos ser enfermeiros [...] E6

[...] Eu não consigo ter tempo para reunião, fico apagando fogo [...] E22

Nessa discussão sobre a possibilidade de organizar ou não *espaços*

coletivos, o grupo parece visualizar possibilidades de construção desse novo trabalho, apesar das dificuldades. Consideramos que a gestão das organizações de saúde é uma atividade complexa que exige muito investimento da equipe e dos trabalhadores e, especialmente, que seja apoiada fortemente pelo projeto de gestão que encara o desafio de aprimorar um projeto técnico.

O grupo, quando pode ser *porta-voz*, parece dar visibilidade para encaminhamentos de práticas, relações e serviços. Contudo, algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho, por meio de planejamento, supervisão e avaliação em saúde, ocasionando mudanças nas organizações de modo a tomar como matéria-prima os problemas e as tensões do cotidiano (BRASIL 2017).

*[...] Olha o que tá falando, nós estamos aqui hoje e a unidade está funcionando [...]*E6

Parece que parar para refletir sobre o trabalho não interfere no funcionamento do serviço no dia de hoje, mas pode ajudar a desenvolver outras ações baseadas na reflexão e na escuta das necessidades. Ficam as indagações sobre construções de grupos colegiados e mesmo conselhos locais de saúde que poderiam promover o exercício de participação, que deve ser estimulado com apoio nas políticas públicas, porém muito mais apropriados pelos participantes das equipes.

A constituição do Colegiado de Coordenadores de Saúde da Família e a decisão de investir na construção das equipes das unidades de Saúde da Família foram essenciais para o processo de mudança na Saúde em Amparo. Um elemento decisivo para o fortalecimento desse espaço coletivo de construção de sujeitos e pactuação de projetos foi o fato de a Secretaria ter viabilizado praticamente tudo o que foi decidido nas reuniões do colegiado, desde contratação de pessoal, construção de unidades, mudanças na retaguarda laboratorial, construção de agendas, fornecimento de medicamentos, até capacitação de pessoal para ações específicas das equipes (PIMENTA, 2012).

Na PNAB, na ESF, são atribuídas à enfermeira as funções de atendimento individual, supervisão e orientação dos agentes comunitários de saúde, de educação em saúde e de educação permanente, visitas domiciliares, e supervisão da unidade, incluindo coordenação do trabalho de equipe (BRASIL, 2017). No trabalho do

enfermeiro, na APS, o cuidado integral envolve a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a descrição de clientela e o estabelecimento de vínculo com os clientes, família e comunidade, já que deve gerenciar e supervisionar, planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que correspondam às necessidades da comunidade. Dessa forma, o processo de trabalho é caracterizado pelo trabalho interdisciplinar e em equipe multidisciplinar, valorizando os diferentes saberes e práticas, na tentativa de uma abordagem integral e resolutiva, visando à reorganização do processo de trabalho. Além de executar atribuições que são de sua competência profissional, devem desenvolver atividades preventivas, educativas e administrativas (FREITAS; SANTOS, 2014).

As evidências encontradas indicam que a enfermeira possui múltiplos processos de trabalho. Como atua na articulação do trabalho em saúde, a enfermagem é essencialmente uma profissão generalista, caracterizando-se como uma profissão essencial na continuidade da assistência prestada (LIMA; FAGUNDES; SALES, 2013).

Frente ao exposto, e apreendendo que a enfermagem é ferramenta para o cuidado na APS, reconhece-se que deve ser valorizada pelo enfermeiro na construção da sua prática profissional. Assim, deve ser incentivado o ativismo político no nível local, nacional e internacional para atuar em favor de modificações necessárias nesse contexto, pois a enfermagem tem importante papel em promover a assistência qualificada aos indivíduos, família e comunidade. Além disso, é importante à produção do conhecimento científico e à liderança da equipe de enfermagem, bem como à formação de recursos humanos.

Assim, para atingir a excelência, não basta que a enfermagem esteja atualizada em relação às práticas, inovações e demandas do mundo moderno; precisa estar à frente, questionando, pesquisando e repensando as práticas atuais. As novas tecnologias incorporadas às práticas exigem qualificação contínua, aumentam a demanda efetiva da força de trabalho e interligam os diferentes serviços do setor da saúde (MACHADO, 2015).

6.2.3 Modelo Assistencial

A hegemonia do modelo biomédico passa, também, a gerar um movimento de críticas, que assume relevância internacional a partir dos anos de 1970, as quais também se expressam no Brasil, intensificando-se na segunda metade dos anos de 1980. Por um lado, esse modelo foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde, pelos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade (FERTONANI, 2010).

Sobre esse modelo, Fertoni (2010) menciona a disputa entre o modelo biomédico hegemônico e a proposta de modelos alternativos, desencadeados na década de 1980, em continuidade na década de 1990 e no início dos anos 2000. O debate se ampliou nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS).

Pereira (2001) valoriza a importância de construir um modelo diferente de atuação para romper uma lógica de não negar a intervenção terapêutica, mas buscar ações complementares entre as equipes de saúde, usuários e sociedade, na perspectiva de transformá-los em sujeitos ativos do processo com consciência dos seus direitos de cidadania.

[...] A gente vê a criação de modelos assistenciais com o que foi proposto e com o que ocorre hoje, a gente vê que está descaracterizado [...] E6

[...] Na minha unidade é uma realidade bem diferente [...] Então, tenho clínico uma vez por semana e ginecologista quinzenalmente. A pediatria, agendo o mais rápido possível. E5

O grupo compreende a proposta da conformação das equipes e entende se tratar das ESF, modelo pactuado pelo município. O local demonstra outros arranjos, talvez por dificuldades de recursos humanos, mas que aos poucos vai descaracterizando a proposta inicial. Esta parece ser uma preocupação que pode não responder à equação da oferta e demanda dos pacientes que procuram ginecologista e clínica médica, ao contrário do que ocorre com a pediatria. A equipe não conta com profissional médico todos os dias, por exemplo, às vezes semanal ou quinzenalmente.

Nesse ínterim, questiona-se: quais os problemas que afastam a prática da efetivação dos atributos da APS e do cuidado integral? Como mudar essa situação no cotidiano do *trabalho vivo*? O trabalho vai se tornando um grande desafio quando nos

deparamos com contradições muitas vezes separadas de arranjos que favoreceriam o processo de trabalho. Porém, refletir sobre o trabalho e perceber a incompletude humana, a incerteza, a dúvida, os questionamentos, as interrogações permite a compreensão das complexidades existentes nas relações humanas e exercita a confluência de ideias entre o conhecimento e a realidade em permanente mutação (MORIN, 2015).

Nesse contexto, do Brasil, o SUS também se pauta pelo conceito ampliado do Processo Saúde-Doença e tem como princípios: a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização, a regionalização, a descentralização e o controle social. Pela PNAB, consideram-se os termos APS e Atenção Básica (AB) como equivalentes. Assim, a AB fundamenta-se nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. É importante destacar que a estratégia prioritária, para o Ministério da Saúde (MS), de expansão e consolidação da APS/AB, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual objetiva, institucionalmente, a mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2012).

O Decreto nº 7.508, em junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080/90 e definiu Região de Saúde como o

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2013).

[...] E a gente atende o município todo[...] E4

O diálogo acima aponta para uma necessidade de regionalizar a área adscrita, como prevê a saúde da família, embora se perceba uma descaracterização do modelo proposto em virtude de práticas cristalizadas e arranjos necessários mais uma vez, agora na questão do território. O cuidado de enfermagem que realiza assistência tem uma diretriz que se expande para além da unidade básica, atendendo também nos domicílios e demais equipamentos de um dado território, promovendo saúde para indivíduos, famílias e comunidade. Assim, o planejamento fica dificultado quando nos deparamos com um território pactuado e outro que não estava previsto na regionalização ou delimitação de área. Por outro lado, evidências mostram que o

percurso dos usuários não respeita as pactuações e normatizações estabelecidas nas ações e serviços de saúde (BOUSQUAT et al., 2017).

Na diretriz da descentralização, a regionalização é retomada como um dos pilares fundamentais do SUS na perspectiva da estruturação e organização das ações e serviços de saúde. Ela, inclusive, caracteriza-se também pela consolidação de base territorial para o planejamento e a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção que possuem distintas densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Outro ponto de ruído no grupo está ligado às questões de interferência política partidária, disputa de poderes intersetoriais, jogo de forças, se assim podemos denominar. As equipes, com suas ações, planejamento e avaliação, devem trabalhar com classificação de risco frente à população de um território. Inúmeras questões de saúde têm desafiado as equipes para um avanço na gestão técnica visando a uma melhor resolubilidade.

[...] Nossa cidade é muito política. E7

[...] A gente fica nessa corda bamba de atender o paciente e fazer o correto e não desagradar [...] A gente fica na linha de frente. E3

[...] aquela expressão que o cliente tem sempre razão. Isto é levado até as últimas consequências e mesmo que você tenha razão é o cliente que tem [...] E1

Tem que se preocupar com o atendimento que vem do pronto-socorro e você tem que se preocupar com o atendimento que secretaria te liga e fala: "Olha, tal paciente precisa ser atendido [...] Se vira [...] E4

Agora chega o paciente que foi lá trocar receita [...] Só que eu tenho medo que ele saia de lá e pega e vai na rádio... E5

A análise remete à necessidade de uma nova forma de organização que possa favorecer o acesso e a integralidade das ações. Retomamos a discussão sobre o desafio de uma gestão técnica com pactuação de uma gestão colegiada que favoreça o diálogo para as diferentes realidades, minimizando a desigualdade dos serviços de saúde.

A compreensão do acolhimento também deve ser pensada na relação dos profissionais de equipe de saúde entre si e na hierarquia de gestão do serviço. Não é incomum depararmo-nos com profissionais que desconhecem a rede assistencial e o fluxo de serviços. Assim, passamos a crer que um setor ou outro vai dando melhores

respostas sem compreensão da própria equipe, bem como de seus papéis, não avançando sobre resolubilidade e resposta às necessidades da população.

[...] Tem que trabalhar a população, pois a população busca o pronto-socorro e busca onde é mais rápido e onde se sente mais seguro [...]
E6

Identifica-se como uma fragilidade as poucas vezes que esta estratégia é usada para ampliar os encontros de produção mútua entre trabalhadores e usuários, para aumentar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos compartilhados, que levem em conta a autonomia do usuário na condução de sua própria vida (FEUERWERKER, 2014). Recomenda-se que os serviços de saúde se voltem na direção da saúde, e não somente na da doença; que apontem na integralidade das ações. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde de forma que possam identificar as necessidades globais.

Para tanto, contar com usuário na tomada de decisões junto com a equipe parece favorecer e construir um novo processo de trabalho. Não é simples, pois confere inicialmente certo desconforto na mudança de papéis, criando ruídos.

Portanto, é a tensão interna do trabalho vivo e a forma como se resolverá o problema como ato produtivo que dão o tom dos modos de cuidar e se mostram inseparáveis do mundo da gestão, pois se entende que é no mundo do trabalho que a formação efetivamente se concretiza. E, assim, põe em foco a compreensão e a problematização do próprio agir individual e coletivo dos trabalhadores, no seu mundo produtivo, implicados política e organizacionalmente, com a conformação de certo campo de práticas de saúde e não outros (FEUERWERKER, 2014).

Por outro lado, a EPS é o processo educativo que se dá “no” e “para o” trabalho em saúde. E o trabalho é o lugar de produção de cuidado, ao mesmo tempo em que é cenário de produção pedagógica, uma vez que coloca a realidade em análise e possibilita rever os atos produzidos pelos trabalhadores no cotidiano (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Assim, a EPS favorece espaços coletivos para pensar, refletir, agir e estabelecer relações mais horizontais entre os trabalhadores de saúde. Desse modo, a aposta é no homem como potência transfiguradora de sua realidade, homem que questiona a teoria descontextualizada do mundo real e a fragmentação da formação

e da atenção a partir da ação-reflexão-ação no processo de trabalho. Dessa forma, o diálogo, a reflexão e a observação crítica podem possibilitar a análise constante do que acontece no cotidiano, transformando, assim, as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Uma conquista de um saber fazer, de um saber ser, que se traduz como potência para um poder fazer (FIGUEIREDO; GOUVÊA; SILVA, 2016).

6.2.3.1 Sistematização de Enfermagem (SAE)

Na Atenção Primária, os registros da equipe de saúde no prontuário do paciente são considerados documentos legais essenciais para a comunicação sobre o paciente entre a equipe multiprofissional. Para desenvolver a gestão do cuidado integral em enfermagem no tocante ao gerenciamento, o enfermeiro utiliza ferramentas de gestão, como indicadores de saúde, planejamento de materiais e recursos humanos, normas de segurança do paciente, processo de tomada de decisão, entre outras (SIEWERT, 2017).

Em 1986, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498 determinou que a programação de enfermagem incluía a prescrição da assistência de enfermagem e que a consulta e a prescrição da assistência de enfermagem eram atividades exclusivas do enfermeiro. Essa Lei torna-se, portanto, um mecanismo legal que assegura ao enfermeiro a prescrição de cuidados durante a consulta de enfermagem (BARROS, 2015).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), na resolução sobre a SAE e a implementação do PE, estabelece que a consulta de enfermagem seja organizada por método fundamentado no PE definido por cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: coleta de dados (histórico); diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação; e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). Assim, a SAE e o PE são de suma importância na consulta de enfermagem e para a prática clínica do enfermeiro na APS/AB. É importante destacar a utilização da clínica ampliada para nortear a atuação do enfermeiro, não somente na abordagem do cuidado centrado no indivíduo, mas também no âmbito familiar e coletivo (GARCIA et al., 2017).

Assim, com o objetivo de registrar o atendimento, pode-se fazer uso de algumas ferramentas já existentes para facilitar e normatizar os registros. Nesse contexto, conta-se com duas ferramentas importantes para nortear esses registros e

que podem ser utilizadas de forma concomitante: a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), e Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP). Desse modo, o Parecer do Conselho Regional de Enfermagem (Coren-SP) 056/2013 enfatiza que o método SOAP baseia-se num suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções e fornece dados para a avaliação dos resultados de enfermagem, contemplando, assim, o Processo de Enfermagem, podendo ser utilizado para registro no prontuário (COREN, 2013).

Frente ao PE, têm-se buscado a construção e a implementação de diferentes classificações de enfermagem que subsidiem esse processo, tais como: a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE) e a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (Cipesc). Embora essa prática de sistematização da assistência de enfermagem seja importante, ainda é pouco utilizada.

Uma forma de registro considerada bastante efetiva para a prática clínica em APS é o “Registro Clínico Orientado por Problemas” (RCOP) e seu componente denominado Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano (SOAP), que permite a padronização das notas clínicas e potencializa o trabalho e a comunicação em equipe. Esse registro baseia-se num suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções e fornece dados para a avaliação dos resultados de enfermagem. Assim sendo, contempla o Processo de Enfermagem e pode ser utilizado para registro no prontuário (GARCIA et al., 2017).

Desse modo, essas ferramentas para o processo de trabalho do enfermeiro têm o fim de garantir o gerenciamento do cuidado por meio do planejamento e da avaliação. Vale ressaltar que o enfermeiro permanece como um ator estratégico na internalidade da APS, contudo o efetivo exercício do papel do planejamento e da avaliação implica superar o desafio de encontrar equilíbrio adequado entre as funções clínicas e gerenciais (LANZONI, 2011).

Dessa forma, pode-se perceber que tanto o gerenciamento do cuidado como o gerenciamento do serviço de enfermagem têm como objetivo a assistência ao paciente, ambas indissociáveis e interdependentes. A mudança da práxis dos profissionais está condicionada à visão de mundo. Assim, para se efetivar o verdadeiro gerenciamento, são necessárias muitas construções, algo que deve ser

pensado desde a sua formação como profissionais, por meio de metodologias de aprendizagem que possibilitem a reflexão crítica sobre o processo de trabalho da enfermagem e a importância do gerenciamento e de suas etapas, como o planejamento e a avaliação.

Portanto, constituem linhas estratégicas, transversais, que contribuem para a qualificação das práticas assistenciais de prevenção do adoecimento, promoção e reabilitação da saúde em diversos pontos da rede de atenção (BRYANT-LUKOSIUS; MARTIN-MISENER, 2016). Aproximando-nos das ferramentas da sistematização da assistência de enfermagem para o acolhimento e da complexidade do grupo entrevistado, constatamos que os participantes ainda não construíram no trabalho um protocolo para este atendimento.

[...] Lá na minha unidade, a gente tem protocolos do Ministério, mas a gente acaba seguindo mesmo é o fluxo da unidade e com os funcionários. E4

[...] Recebemos pacientes para encaixe às 7 e às 13 horas. E1 a E7 (todos)

[...] Mas, assim, não tem algo protocolado, como a SAE, por exemplo, mas ela faz, o outro faz, todos fazem [...] De maneira gradual dentro das possibilidades do dia. Não é para todos [...] E1

Nos discursos acima, os entrevistados não percebem a importância dos protocolos, do acolhimento e da SAE na instituição para a organização do serviço.

A fala isolada de um entrevistado abaixo apresenta uma necessidade de treinamentos para implantações de protocolos que visem facilitar o acesso aos usuários. Por meio de cursos e oficinas de discussão, a educação permanente pode responder lacunas e transformar o trabalhador em sujeito ativo do seu processo, construindo novas realidades em saúde, de modo a poderem tornar-se futuros formadores em suas localidades.

[...] Com classificação de risco, eu já tive e fiz treinamentos, mas era em outro serviço [...] Aqui na minha unidade, hoje não. E6

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. É importante também assegurar a participação dos

trabalhadores nos espaços coletivos de gestão. Assim, lançamos alguns produtos pactuados com o gestor que pudessem responder às necessidades de trabalho desses entrevistados e de suas equipes.

7.1 Protocolo

Durante a construção desta pesquisa, pensamos numa capacitação para enfermeiros apoiada na Educação Permanente intitulada “Construção do conhecimento teórico e prático por meio da Educação Permanente em Saúde sobre a atuação do enfermeiro e do Agente Comunitário em Saúde no processo de capacitação no sistema de saúde de Monte Alto”.

Objetivou-se viabilizar mudança na formação de trabalhadores para transformação das práticas em saúde, de ensino e consolidação do SUS. Foram abordados, com apoio do Núcleo de Educação Permanente, o SUS e a APS; atributos essenciais da Atenção Primária em saúde; e a ESF.

A partir do grupo focal, percebemos a necessidade de implantar um protocolo que pudesse responder às diferentes necessidades locais e que pudesse contemplar uma nova organização nos serviços. Há uma aproximação com o protocolo de acolhimento do município de Ribeirão Preto que já tinha sido validado. Assim, adotamos esse projeto para facilitar a aplicação no nosso município (ANEXO C).

7.2 Introdutório das Equipes de Saúde da Família

Curso Introdutório para enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família (EERP/SMS Monte Alto). Para o momento, intitulou-se a “Construção do conhecimento teórico e práticos por meio da Educação Permanente em Saúde sobre a atuação do enfermeiro e dos agentes comunitários no processo de capacitação no sistema de saúde no interior paulista” (APÊNDICE D).

Teve como objetivo viabilizar mudança na formação de trabalhadores para transformação das práticas em saúde, de ensino e consolidação do SUS. Tópicos abordados: O SUS e a APS.

Foi desenvolvido um trabalho através do curso introdutório com os profissionais admitidos recentemente através do concurso público n. 02/2018 para repensarem o processo de trabalho e facilitar o acesso e o acolhimento ao usuário na Atenção Primária, apropriando-se da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Humanização.

A educação permanente tem um papel fundamental na construção desses espaços, com o objetivo de construir ações essenciais para o avanço no processo de trabalho do enfermeiro, do agente comunitário de saúde e de toda a equipe. Esse projeto foi ao encontro das expectativas dos gestores devido às fragilidades existentes e ao fortalecimento do trabalho de rede, buscando no acolhimento contribuição para sistematizar as ações e organizar a agenda de serviço. Através da articulação dos saberes teóricos e práticos com ações do cotidiano, buscou-se conquistar a mudança de modelo assistencial proposto pelo programa de saúde da família.

7.3 Sistematização de Assistência de Enfermagem para enfermeiros com apoio Núcleo de Educação Permanente e Humanização

Sendo a SAE atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Diante disso, a Resolução do COFEn n. 358/2009 dispõe sobre a institucionalização da SAE. Ela é considerada como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. Ademais, preconiza que a SAE e a implementação do PE devem ser realizadas de modo deliberativo e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de enfermagem (COFEN, 2009).

Nesse contexto, nos serviços de saúde, teoria e prática ministradas em conjunto garantem uma assistência de enfermagem de qualidade e sistematizada, buscando promover melhor segurança ao usuário. Por meio dos conhecimentos adquiridos, faz-se necessário um melhor direcionamento da APS, com possíveis caminhos para os enfermeiros poderem identificar as necessidades e planejar suas decisões em relação a determinada situação, utilizando novas formas de cuidado embasada nos princípios científicos e éticos.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil por meio das Portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007, tem como objetivo nortear a formação e a qualificação dos profissionais

inseridos nos serviços públicos de saúde, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema (FERREIRA, 2019; CARDOSO et al., 2017).

Segundo Nicolletto et al. (2009), A EP em saúde, como política e estratégia para a mudança das práticas de saúde, deve contar com a participação dos envolvidos: gestores, formadores, trabalhadores da saúde e pessoas envolvidas em movimentos sociais e no controle social. Em 2008, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo investiu esforços, por meio da Coordenadoria de Recursos Humanos, incluindo cursos, visitas e preparação de facilitadores para viabilizar estes Centros, integrados por dois núcleos: Núcleo de Educação Permanente para o SUS e o Núcleo de Qualificação Humanização das Ações de Saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) representa o esforço de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. No Colegiado de Gestão Regional (CGR) de Ribeirão Preto - DRS XIII – Ribeirão Preto SP, a implantação da PNEPS teve início no ano de 2007 com a formação dos Núcleos de Educação Permanente (NEP) regionais. As Políticas de Educação Permanente em Saúde e Humanização dependem fortemente das CIRs, das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) e dos NEPHs, que envolvem a descentralização das políticas de saúde com ações de fortalecimento via qualificação dos trabalhadores da saúde.

Anualmente, o NEPH concebe e define o Plano de Ação Regional de Educação Permanente (PAREPS) e o Plano Regional de Ação Regional de Humanização, criado coletivamente pelos interlocutores municipais, representantes das unidades de saúde, universidades e diretores do DRS, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A pesquisadora é uma das interlocutoras do Horizonte Verde, no município paulista de Monte Alto. Por meio do NEPH, o município recebeu recursos financeiros investidos em cursos de aperfeiçoamento sobre SAE para os enfermeiros da APS no período de março a julho de 2019. O NEPH do DRS-XIII de Ribeirão Preto agrega interlocutores dos 26 municípios da região, subdivididos em Aquífero Guarani, com 865.817 habitantes; Horizonte Verde, com 419.426; e Vale das Cachoeiras, com 134.728 habitantes (NEPH, 2019).

A temática do acolhimento nos serviços públicos, conforme Teixeira (2003), vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem

requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde.

[...] Em épocas de PMAQ, uma das coisas mais exigidas são esses protocolos, impressos mesmo [...] No dia a dia com o funcionamento do serviço em saúde não tem como a gente seguir à risca esses protocolos. A gente tem noção do que tem que ser feito. E4

Sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) mencionado acima, concordamos com Muramoto (2017), que referiu ser um programa com instrumentos capaz de induzir modificações no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Também proporciona ferramentas essenciais para identificar lacunas no trabalho, induzir reflexões críticas a partir da realidade vivenciada pelas equipes.

Vamos criar uma agenda. Vamos fazer consulta de enfermagem? Abrir agenda é mostrar nosso potencial. Vamos tentar construir a SAE e vamos fazer isso e tentar mostrar [...] resultado, porque senão vamos continuar a apagar incêndios. E6

[...] Mas, assim, sinceramente eu vejo muito trabalho dos meus colegas e vejo situações difíceis de gente que deveria estar ajudando e não ajuda e às vezes atrapalha. Respeito o trabalho deles e valorizo todo o dia que eles estão na unidade. E1

É importante a produção do conhecimento científico e a liderança da equipe de enfermagem, bem como a formação de recursos humanos. Assim, para atingir a excelência, não basta que a enfermagem esteja atualizada em relação às práticas, inovações e demandas do mundo moderno. O enfermeiro generalista que atua na APS, nas perspectivas acima citadas, nas diferentes fases do ciclo vital, tem um rol de ações, como a assistência de enfermagem individual, as ações educativas, ações relativas ao gerenciamento da equipe de enfermagem e participação com a equipe de saúde no planejamento, na coordenação e na avaliação das ações de saúde. Além disso, compete ao enfermeiro realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão (GENIOLE, 2011; BRASIL, 2012).

Essa mudança pode contemplar a contribuição das enfermeiras que vivenciam a prática nos serviços de saúde e em investimentos na formação

profissional, implementando uma educação voltada para o mundo do trabalho no qual os objetos de aprendizado são problematizados. Desse modo, estudantes e trabalhadores inseridos nesse contexto podem perceber a realidade e agir sobre ela, com maior domínio dos atributos e competências nessa perspectiva, ou seja, com formação para o trabalho (LEONELLO; OLIVEIRA, 2007).

A contribuição para mudanças ocorre aos poucos, a partir de um processo que envolve toda a sociedade e suas diversas instituições. Depende dos profissionais, dos usuários, da sociedade, de gestores e gerentes coordenando ações no cotidiano das práticas. Apostar na humanização da atenção e gestão do SUS retoma a agenda da reforma sanitária ao chamar atenção para a necessidade de problematizar os modos de fazer nas práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores e pelas equipes (PASCHE, 2011).

Para promover acolhimento e sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Atenção Primária, é necessário reconhecer a singularidade dos atores sociais e promover sua autonomia. A aproximação com os enfermeiros permitiu uma reflexão analisada pelas expressões de diálogos durante o movimento do grupo focal. Esta análise consistiu na caracterização dos participantes e algumas unidades temáticas que se desdobraram em proposições que puderam ser desenvolvidos na forma de produtos desta pesquisa com implantação no serviço. A construção de um protocolo trouxe uma interpretação e estabeleceu treinamentos que foram possíveis com o apoio da Educação Permanente.

Esta pesquisa permeou as dificuldades do serviço público e foi importante para o campo da saúde porque tornou sensíveis especialmente as questões ligadas ao acolhimento, gerando condições para acessibilidade universal aos serviços de saúde. Na presente contribuição ao acolhimento, permeamos os desafios da responsabilidade das equipes. Sobre fatores dificultadores, os enfermeiros mencionam que precisam melhorar a rede de apoio. Nesse sentido, é importante que a equipe de saúde busque otimização na utilização dos recursos disponíveis de modo a aumentar a oferta de serviços.

O bom funcionamento da rede também depende de vários fatores, inclusive a composição da equipe com o profissional médico diariamente. Na construção positiva, uma equipe profissional de saúde constituída como prevê a Atenção Primária parece construir coragem para proposições de novos trabalhos. As novas proposições facilitam e sinalizam novas formas sistematizadas de organização do trabalho quando verbalizam que a sistematização da assistência de enfermagem pode contribuir para a construção do cuidado e a criação de *espaços coletivos*.

É preciso compreender o fluxo de trabalho das equipes e entender que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode organizar o trabalho. Além disso, que seus instrumentos tornam possível a revisão do processo de enfermagem, definindo outros indicadores de saúde que possam contemplar as necessidades reais de saúde dos usuários.

Assim, legitimamos a importância de induzir processos de implantação, implementação e avaliação quando o sentido do trabalho existe pelos saberes construídos pela equipe e pelos usuários da saúde. Portanto, concordamos que o acolhimento e a sistematização da enfermagem na Atenção Primária são instrumentos valiosos para a consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR6023

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 106-115, jul./dez. 2007.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 40, 2004.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Cienc. Saúde**, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BARROS, A. L. B. L. et. al. **Processo de enfermagem**: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: Coren-SP, 2015. 113 p.

BENDER, D. E.; EWBANK, D. The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis. **Health Transition Review**, v. 4, n. 1, p. 63-104, abr. 1994.

BONFADA, D. et al. A organização tecnológica na produção de serviços de saúde: (re)conhecendo limites, abraçando perspectivas. **Rev Enf UFPE**, v. 4, n. 1, p. 385-390, 2010.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Cien Saude Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Legislação para o Exercício da Enfermagem. Brasília, 1986.

BRASIL. **Lei n 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL, **Política Nacional de Humanização, Humaniza SUS**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde SAF Sul, Trecho 2, Bloco F, 1º Andar, sala 102, Ed. Premium, Torre II 70070-600 Brasília/DF 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288> Acesso em: 23 set. 2018.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Primária, no âmbito do SUS. 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>> Acesso em: 20 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**, 1. ed. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília, 2006.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde.** Brasília: PNPS, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** – 1. ed., 4. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.
- BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.
- BRYANT-LUKOSIUS, D; MARTIN-MISENER, R. Advanced practice nursing: An essential component of country level human resources for health. **International Council of Nurses policy brief**, 2016. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/HRH/ICN_Policy_Brief_6.pdf>. Acesso em: 03 jun 2019.
- BUJDOSO, Y. L. V. **Pós-graduação *stricto sensu*:** busca de qualificação profissional ou suporte frente às vicissitudes do mundo do trabalho. 2009. 303f. Tese (Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- CARDOSO, M. L. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22,

n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CARVALHO, E. C; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 466, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.113-26

CHRISTOVAM, B. P. **Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares**: a construção de um conceito [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde do Brasil, 1982-1983**. Rio de Janeiro, COFEn. Volume 1. Força de Trabalho em Enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 1985.

CONSELHO REGIONAL DE SÃO PAULO. **PARECER COREN-SP 056/2013 – CT PRCI nº 100.471 Tickets nº 286.256**. Ementa: Utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_056.pdf> Acesso em: 26 set. 2019.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 271-98.

CRAVEIRO, J.; MACHADO, C. **Anais II Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011. GT7- Gênero e Trabalho, 2011.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

Departamento Regional de Saúde XIII de Ribeirão Preto. **Núcleo de Educação Permanente e Humanização**. Disponível em: <www.nephrp.com.br/site>. Acesso em: 20 jan. 2020.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. pesquisa**, São Paulo, v. 115, p. 139-154, mar. 2002.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J. N. et al. **Acolhimento em Porto Alegre**: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004. p. 11-12

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005. p. 1-13.

FERREIRA, L.; et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, v. 43, n. 120, Rio de Janeiro, jan./mar. 2019.

FERTONANI H. P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança: o que dizem os usuários da atenção básica** [tese]. Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org.) **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIGUEIREDO, E. B. L.; GOUVÊA, M. V.; SILVA, A. L. A. Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma Aproximação Desformatadora. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, 2016.

FLICK, U. Grupos focais/Dados multifocais. In: FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Joyce Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2009.

FONSECA, R. M. G. S. **Gênero, saúde e enfermagem**: uma abordagem epistemológica [tese de cátedra]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR., H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p. 37-54.

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**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREITAS, G. M.; SANTOS, N. S. S. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2014

GALAVOTE, H. S.; FRANCO, T. B.; FREITAS, P. S. S.; LIMA, E. F. A.; GARCIA, A. C. P.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde soc.**, 2016, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.

GARCIA, A. P. R. F. et al. Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras. Enfermagem**, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0220.pdf>. Acesso em: 26 set. 2018.

GATTI, A. Construção Metodológica da Pesquisa em Educação: Desafios. **Revista Brasileira de Política e Administração em Educação**, v. 28, n. 1, 2012.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 77 p. v. 10.

GENIOLE L. A. I., et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n.19, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GODOY, A. S. A pesquisa qualitativa e sua utilização em administração de empresas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 65-71, jul./ago. 1995.

GOMES, A. A. Apontamentos sobre a pesquisa em educação: usos e possibilidades do grupo focal. **Eccos – Revista Científica**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 275-290, jul./dez. 2005.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

HINO, P.; CIOSAK, S. I.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Rev Esc Enferm USP**, 2009 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080623420090006000003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420090006000003>. Acesso em: 15 abr. 2020.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São

Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

KITZINGER, J.; BARBOUR, R. S. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: KITZINGER, J.; BARBOUR, R. S. (orgs.). **Developing focus group research: politics, theory and practice**. London: Sage, 1999. p.1-20.

KRUEGER, R. A. **Moderating focus groups**. Thousand Oaks: SAGE, 1998.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm.**, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300026>. Acesso em: 26 set. 2019.

LAVILLE, A. **Ergonomia**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

LAZZAROTTO, G. D. R. Linhas do acolhimento na saúde: entre modos de trabalhar e acolher. **Revista Trabalho (En)cena**, v. 2, n. 1, 2017.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Construindo competências para ação educativas da enfermagem na Atenção Básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, 2007.

LEROY, L. S.; LOPES, M. H. B. A incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mar.-abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_18.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

LIMA, F. R.; FAGUNDES, N. C.; SALES, S. S. Atuação da enfermeira na Atenção Básica a Saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, 2013. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6917/6790>. Acesso em: 20 mar. 2019.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, v. 7, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Características-gerais-da-enfermagem-o-perfil-socio-demografico.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MARTINEZ-ROMÁN, J. G. et al. Analysis of innovation in SMEs using an innovative capability-based non-linear model: A study in the province of seville. *Technovation*, v. 31, n. 5-6, p. 187-284, 2011. Disponível em: org/10.1016/j.technovation.2011. Acesso em: 20 mar. 2018.

MARTINS, C. R.; DALL SASSO, G. T. M. Tecnologia: definições e reflexões para a prática de saúde e enfermagem. **Texto & Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n.1, p. 11-12, jan./mar. 2008.

MARX, K. **O capital**. Livro I, v. 1. São Paulo: Difel, 1994.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 225 f. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2011.

MEIER, M. J.; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto & Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 394-399, jul./set. 2003.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. org. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R.; ORGANIZADORES. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, C. **Acolhimento à demanda imediata: desafios na organização do processo de trabalho na ESF**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5ª Ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2015.

MURAMOTO, F. T. **Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2017.

MURPHY, C. A. et al. Patient-entered electronic healthcare records with electronic medical record integration: lessons learned from the field (Paper Presentation). **Comput Inform Nurs.**, v. 26, n. 5, p. 302, set./out. 2008

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Imagem da Enfermeira: Revisão da Literatura. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 1, p. 74-7, 2005.

NICOLLETO, S. C. S. et al. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface**, v. 13, n. 30, p. 209-19, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde. 1978. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 26 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; GLADYS BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 2, p. 292-300, 2006.

PASCHE, D. F. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.

PEREIRA, A. M. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In: TAVARES, José (org.). **Resiliência e Educação**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

PEREIRA, E. G.; AYRES, J. R. C. M. Acolhimento: tendências conceituais e análise crítica. In: **Anais do VIII Congresso Paulista de Saúde Pública** [CD-ROM]. Ribeirão Preto: Associação Paulista de Saúde Pública, 2003.

PIMENTA, A. L. A. Construção de Colegiados de Gestão: a experiência de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 29-45, 2012.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. Grupal focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **Internacional Journal of Qualitative Methods**, v.1, n. 2, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, dez. 2005.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 221- 224, mar./abr. 2007.

SANTOS, B.S. **Democratizar a democracia: Os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro. Civ. Brasileira, 2002.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 3, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300861. Acesso em: 20 mar. 2019.

SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

SIEWERT, J. S. et al, Gestão do cuidado integral em enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e1047, 2017.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Latino-am. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 441-449, 2005.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis, 2005.

SKINNER, D.; TAGG, C.; HOLLOWAY, J. Managers and research: the pros and cons of qualitative approaches. **Management Learning**, v. 31, n. 2, p. 163-179, 2000.

SOARES, M. I.; CAMELO, S. H. H.; RESK, Z. M. R. A técnica de grupo focal na coleta de dados qualitativos: relato de experiência. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2016.

SOUZA, E. C. **Tecnologias leves envolvidas no trabalho em enfermagem**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2011. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br>> Acesso em: 26 set. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p. 2001.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

UTRA, M. C. **Comunicação e trabalho: as (im)possibilidades da investigação apreciativa**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Comunicação Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2010.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Saint. Panam.**, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho:** ergonomia, método e técnica. Tradução Flora Maria Gomide Vezzà. São Paulo: FTD / Oboré, 1987.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) de uma investigação científica intitulada “Acolhimento: ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária”, que tem como objetivo geral analisar o acolhimento por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária de um município do interior paulista. A referida pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Fátima Aparecida Carvalho de Andrade, mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Adriana Mafra Brienza. Para a coleta de dados, utilizaremos grupos, que, em média, consomem de uma hora e meia a duas horas, de acordo com o assunto em pauta para sua completa realização.

Concordando livre e voluntariamente em participar da pesquisa, a entrevista será realizada na sede do Rotary Club de Monte Alto – SP, situado na rua Jeremias de Paula Eduardo, n. 720. O roteiro é composto por duas partes: na primeira, será aplicado um questionário para a identificação do perfil pessoal e profissional dos enfermeiros, validado por um comitê de juízes e apresentando os itens relativos aos dados sociodemográficos de formação e de atuação profissional, tais como: sexo; idade; experiência; nível de formação; pós-graduação lato sensu ou stricto sensu e tempo de serviço.

Posteriormente, será realizado o Grupo Focal, que, por sua vez, será um grupo de discussão para se discorrer sobre um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate. O roteiro apresentará questões abertas relacionadas ao tema da pesquisa, e o conteúdo das entrevistas será gravado e posteriormente transcrito, estando disponível para os participantes durante e após as entrevistas.

Este tipo de estudo pode implicar risco leve de desconforto ao participar dos grupos focais, podendo suscitar questões pessoais e/ou gerar reflexões de ordem pessoal/profissional. A pesquisadora se compromete a assistir-me emocionalmente, bem como interromper a coleta de dados se houver necessidade, minimizando os possíveis riscos. É notório enfatizar que os resultados deste estudo podem contribuir sobremaneira para a Enfermagem, nas dimensões da prática, ensino e pesquisa. Assim, ressaltamos que as informações coletadas terão exclusivamente fins de pesquisa e divulgação no meio acadêmico e científico, preservando o sigilo de

identidade dos participantes em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Em caso de dúvidas, poderá chamar a pesquisadora responsável no telefone ou endereço abaixo. Contudo, os resultados desta investigação serão divulgados em revistas e eventos científicos. Aos participantes, há a garantia de sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, respeitando a liberdade de recusa em participar ou retirar o consentimento em qualquer fase, sem penalização ou prejuízo algum, e todo o sigilo com as informações será resguardado. Cabe ainda esclarecer que as garantias e os direitos a seguir relacionados serão assegurados:

- ❖ A garantia de oferecer resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros, relacionados com a pesquisa;
- ❖ O compromisso de lhe proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que ela possa afetar sua vontade de continuar participando;
- ❖ Que, se existirem custos, eles serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não haverá qualquer tipo de gratificação pela sua participação;
- ❖ Que terá direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra necessidade decorrente de sua participação na pesquisa.

Declaro que concordo em participar deste estudo e que recebi duas vias assinadas, impressas em frente e verso deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, _____ portador do RG n. _____, declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima, concordo que os resultados possam ser divulgados em eventos ou periódicos científicos e concordo livremente em participar do referido projeto de pesquisa.

Estando de acordo e ciente, sinalizo abaixo a aceitação do presente.

Data: / /

Assinatura do participante

Enf.^a Fátima Ap. Carvalho de Andrade

Aluna do Curso de Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem
Matrícula: 6520853 RG: 8.423.532

Contato da pesquisadora:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Av. Bandeirantes, 3900; CEP 14040-902, Ribeirão Preto – SP

E-mail: fatima.candrade@yahoo.com.br Fone: (16) 99214- 7508

Em caso de dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (CEP/EERP/USP), que tem como função defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e preservar seus direitos. Você poderá entrar em contato com o CEP pelo telefone: (16) 3315 9197, e-mail: cep@eerp.usp.br ou pelo endereço: Av. Bandeirantes, 3900; Vila Monte Alegre, CEP: 14040-902; Ribeirão Preto – SP, período de funcionamento: dias úteis - das 10 às 18 horas.

APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Roteiro de entrevista semiestruturada para os participantes do grupo focal.

Parte 1 (entrevista individual)

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Tempo de formação (em anos): _____

Tempo de atuação na Atenção Básica (anos/meses)? _____

Exerceu função de gerente? () Sim Há quanto tempo: _____ Meses () Não

Possui cursos de pós-graduação na área da saúde?

() Sim. Quais () Especialização () Mestrado () Doutorado

() Não

Tipo de vínculo de trabalho:

() Servidor público estatutário

() Cargo comissionado

() Empregado público CLT

() Contrato temporário pela administração pública (municipal/estadual/federal)

() Contrato temporário por prestação de serviço

() Autônomo

() Outro. Qual?

Qual foi o mecanismo de ingresso?

() Concurso público

() Seleção pública

() Outro. Qual?

O(A) Senhor (a) tem plano de carreira? () Sim () Não

No plano tem progressão por titulação e formação profissional? () Sim () Não

Parte 2 (entrevista em grupo focal)

1) Como se dá o acolhimento na demanda espontânea no seu local de trabalho?

2) Como se desenvolve seu trabalho no cotidiano, instrumentalizado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem?

APÊNDICE C - CARACTERIZAÇÃO DOS (AS) ENFERMEIROS (AS) QUANTO À FORMAÇÃO E À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

1) Nome: _____

2) Sexo: () Masculino () Feminino

3) Idade: _____ (em anos)

4) Tempo de experiência profissional: _____ (Em anos e meses ou somente meses)

5) Formação Profissional

() Graduação

() Especialização:

Qual: _____

() Mestrado

() Doutorado

() Pós-Doutorado

6) Tempo de serviço na instituição: _____ (Em anos e meses ou somente meses)

7) Preparo para a atividade atual

Sim () Não ()

Se sim, Tipo de preparo:

Quanto tempo: _____ (Em anos e meses ou somente meses)

APÊNDICE D - PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO PARA OS ENFERMEIROS DA APS

1- Curso Introdutório para enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família (EERP/SMS Monte Alto)

2- Título: Construção do conhecimento teórico e prático por meio da Educação Permanente em Saúde sobre a atuação do enfermeiro e dos ACS no processo de capacitação no sistema de saúde de Monte Alto.

Módulo – “Histórico do Programa de Saúde da Família”

3- Tipo de curso: Curso de formação introdutória

4- Presencial: 40 horas

5- Área Temática:

Linha de extensão: Reorganização do serviço de saúde com o apoio da Secretaria de Saúde para a capacitação técnica dos enfermeiros instrutores e supervisores e agentes Comunitários de Saúde com o intuito de viabilizar mudança na formação de trabalhadores para transformação das práticas em saúde, de ensino e consolidação do SUS.

Tópicos abordados:

- O SUS e a APS;
- Atributos essenciais da APS;
- APS e Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- Estratégia Saúde da Família (ESF).

6- Área de conhecimento: Educação em Saúde (prevenção de doenças e de promoção da saúde).

7- Público-alvo: 04 Enfermeiros e 27 ACS de Monte Alto da Estratégia de Saúde de Monte Alto – SP.

8- Pré-requisito: Enfermeiro graduado e ACS nível médio.

9- Coordenadora: Bibiana Maria Chamacheli da Silva (SMS de Monte Alto).

10- Vice-coordenadora: Fátima Carvalho de Andrade.

11- Professores USP: Dr.^a Adriana Mafra Brienza e Dr.^a Rosangela Camargo.

12- Justificativa do Curso

Buscar desenvolver um trabalho através do curso introdutório com os profissionais admitidos recentemente através do concurso público n. 02/2018 para repensar o processo de trabalho e facilitar o acesso e o acolhimento ao usuário na Atenção Primária, apropriando-se da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Humanização.

A educação permanente tem um papel fundamental na construção desses espaços com o objetivo de construir ações essenciais para o avanço no processo de trabalho do enfermeiro, do agente comunitário de saúde e de toda a equipe. Este projeto foi ao encontro das expectativas dos gestores devido às fragilidades existentes e ao fortalecimento do trabalho de rede, buscando no acolhimento contribuição para sistematizar as ações e organizar a agenda de serviço. Através da articulação dos saberes teóricos e práticos com ações do cotidiano, pretende conquistar a mudança de modelo assistencial proposto pelo programa de saúde da família.

13- Objetivo

Aperfeiçoar conhecimentos teórico-práticos, visando ampliar o acesso da comunidade aos serviços de informação através da integralidade do cuidado, constituição de vínculo com a comunidade e a assistência humanizada com o foco na promoção e prevenção à saúde e de proteção à cidadania.

14- Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica-Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1.reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

CLEMENTINO, F. S. et al. Acolhimento na Atenção Básica: Análise à partir da avaliação externa do programa de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Revista Saúde e Ciência On line**, 2015, v. 4, n. 1, p. 62-80.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIEIRI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr.-jun. 2015.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

PINTO, Maria de Fatima da Rocha. **Acolhimento na atenção básica: uma proposta de capacitação para profissionais de saúde**. / Maria de Fatima da Rocha Pinto. – Volta Redonda: UniFOA, 2013. 99 p.: Il

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

15-Dia da semana: vide cronograma das atividades ao final.

16- Carga horária presencial:

Total ministrado: 40 horas.

17- Total de vagas oferecidas: 31 vagas.

18- Número de participantes para realização do curso: 31 participantes.

19- Critérios de Seleção: Ser admitido através do Concurso público n. 02/2018, ser enfermeiro graduado e agente comunitário de saúde nível médio ingressando para atuar no Sistema de Saúde público do município de Monte Alto – SP.

20- Realização:

Secretária de Saúde de Monte Alto em parceria com a Prefeitura Municipal de Monte Alto e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

22- Data de início: 21 de maio de 2018

Data de término: 25 de maio de 2018

23- Curso:

Gratuito.

24- Critérios de aprovação

A frequência mínima exigida não poderá ser inferior a 75%, e as atividades programadas deverão ser cumpridas integralmente.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADE	DATA	LOCAL	CH*	Responsáveis
Levantamento das necessidades de aprendizagem dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde	Realizado em 2018	Associação dos Engenheiros de Monte	CH: 4 horas	Sueli Melo Bibiana M. Chamacheli Fátima Ap. C. de Andrade Adriana Mafra Brienza
Trabalho em equipe e comunicação	21/05/ Das 7h às 12h	Associação dos Engenheiros de Monte Alto	CH: 5 horas	Profa. Dr. ^a Rosângela Camargo

ATIVIDADE	DATA	LOCAL	CH*	Responsáveis
História das políticas públicas e a formação do SUS Exposição dialogada	21/05 Das 13h às 16h	Associação dos Engenheiros de Monte Alto	CH:3 horas	Fatima Ap. Carvalho de Andrade (enfermeira) Aline deAlencar (assistente social)
Ética Profissional O trabalho dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias	22/05 Das 7h às 12h	Associação dos engenheiros de Monte Alto	CH: 5 horas	Prof. Baltazar Garcia Julio Cesar David Pereira (diretor da vigilância sanitária)
Humanização na Saúde	22/05 Das 13h às 16h	Associação dos Engenheiros de Monte Alto	CH: 3 horas	Élida Rodrigues Luchesi Moises Casagrande Junior (DRSXIII Ribeirão Preto)
Programa da Melhoria e Qualidade do Acesso	23/05 Das 7h às 12h	Associação dos Engenheiros de Monte Alto	CH: 5 horas	Profa. Dr. ^a Adriana Mafra Brienza
Território (Micro áreas de atuação) Questão norteadora para reflexão	23/05 Das 13h às 16h	Associação dos Engenheiros de Monte Alto	CH: 3 horas	Lenira Franciosi (enfermeira)
Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família Exposição dialogada	24/05 Das 7h às 12h	Associação dos Engenheiros de Monte Alto	CH: 5 horas	Me. Guilherme Vinicius Catanante (psicólogo)
Direitos e deveres do funcionário público	24/05 Das 13h às 16h	Associação dos Engenheiros de Monte Alto	CH:3 horas	Equipe de departamento de recursos humanos

ATIVIDADE	DATA	LOCAL	CH*	Responsáveis
Rede de saúde e os fluxos existentes na rede municipal	25/05 Das 7h às 12h	Associação dos Engenheiros de Monte Alto	CH:5 horas	Bibiana M. Chamacheli (enfermeira)
Encerramento: Avaliação do curso Exposição dialogada Confraternização	25/05 Das 13h às 16h	Associação dos Engenheiros de Monte Alto	CH: 3 horas	Bibiana M. Chamacheli Aline Alencar Fatima Ap.C.de Andrade

ANEXO A

ANEXO B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

À Ilma Sra.
Sueli Regina Alves Melo
Secretária Municipal de Saúde do Município de Monte Alto- SP

Prezada Senhora,

Como discente do Programa de Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob orientação da Profa. Dra. Adriana Mafra Brienza, venho por meio desta solicitar a V.S.^a autorização para desenvolver, junto as unidades de saúde, o projeto de pesquisa intitulado: **“Acolhimento: ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem na Atenção Primária”**, com objetivo de analisar o acolhimento por meio da sistematização da assistência da enfermagem na atenção primária de um município do interior Paulista. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um questionário de caracterização dos enfermeiros quanto à formação e atuação profissional; e utilizar-se-á Grupos Focais para o levantamento do diagnóstico situacional acerca do acolhimento com foco na SAE. A coleta de dados terá início após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, assim como após a autorização da instituição, local do estudo.

O trabalho não implicará em ônus para a instituição participante e está sendo desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos; informo ainda que será garantido o sigilo das respostas dos participantes do hospital incluído no estudo.

Neste sentido, espero contar com sua colaboração e apoio para desenvolvimento da pesquisa e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enfa. Fátima Aparecida Carvalho de Andrade
Pesquisadora

Profa. Dra. Adriana Mafra Brienza
Orientadora

Autorizado:
Data: 05/10/2014
Recebido em:
Sueli R. Alves de Melo
Secretaria Municipal de Saúde

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 / 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 313/2018, de 12/12/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 12 de dezembro de 2018.

Protocolo CAAE: 01208818.4.0000.5393

Projeto: Acolhimento: ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem

Pesquisadores: Fatima Aparecida Carvalho de Andrade
Adriana Mafra Brienza (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Adriana Mafra Brienza

ANEXO C

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PROTOCOLO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**MONTE ALTO – SP
2020**

Os direitos reservados são permitidos à reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não tenha nenhum fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens é restrita à equipe técnica designada pela Secretária de Saúde.

Poderá ser acessado na íntegra pelo site da Prefeitura Municipal da Saúde no *link* da Secretaria Municipal de Saúde.

Protocolo destinado ao atendimento da demanda espontânea na atenção básica, documento norteador a ser seguido pelas unidades de saúde que compõem a rede de atenção básica do município de Monte Alto, estado de São Paulo.

Secretária Municipal de Saúde:
Me. Sueli Regina A. de Melo

Diretora de Saúde:
Bibiana Maria Chamacheli da Silva

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

Profissionais da rede municipal de Atenção Básica SMS:

Adriana Barbieri Lanfredi, Fátima Aparecida Carvalho de Andrade, Wagner Antônio Cardoso De Grandi de Oliveira –Colaboradores Responsáveis.

Membros do Núcleo de Educação Permanentes e Humanização – NEPH da DRSXIII-Ribeirão Preto no município:

Wagner Wagner Antônio Cardoso De Grandi de Oliveira– Enfermeiro -SAMU– NEP/ SMS.

Adriana Barbieri Lanfredi – Enfermeira da Vigilância Sanitária – NEP/SMS.

Fátima Aparecida Carvalho de Andrade – Enfermeira da Atenção Básica –NEP/SMS.

Ana Carolina Lucente Bueno de Azevedo- Enfermeira- Unidade de Saúde da Família- NEP/SMS.

Joice Daniele Ferreira Mello - Enfermeira-Unidade de Saúde da Família-NEP/SMS.

Iara Alves da Silva– Técnica de Enfermagem - Unidade de Saúde da Família - NEP/SMS.

Murilo Cesar de Oliveira Silva- Enfermeiro - Unidade de Saúde da Família- NEP/SMS.

Alisson Trevisan – Enfermeiro- Unidade Básica de Saúde – NEP/ SMS.

Jaqueline Laurinda Bernardes Nobre - Enfermeira- Unidade Básica de Saúde - NEP/SMS.

Rosemary Aparecida Pires Beltrame – Enfermeira- Unidade Básica de Saúde NEP/SMS.

Wagner Wagner Antônio Cardoso De Grandi de Oliveira– Enfermeiro - Unidade Básica de Saúde – NEP/ SMS.

COLABORAÇÃO

Parceria com o Departamento Regional de Saúde Ribeirão Preto/DRSXIII e a Secretaria Municipal de Saúde, através de facilitadores enfermeiros da rede auxiliando na Implementação e Implantação do Protocolo, tendo como referência o do Município de Ribeirão Preto. **Acolhimento da demanda espontânea na atenção básica**. Ribeirão Preto – São Paulo, 2015.

Parceira da rede municipal com os Docentes da Escola de Enfermagem Enfermagem –USP Ribeirão Preto.

AGRADECIMENTO

Aos funcionários da equipe piloto de Monte Alto "Unidade de Saúde Ezidio Peloso", pelo excelente desempenho na realização deste trabalho, sendo referência para as demais unidades de saúde do município.

Ao Departamento Regional de Saúde Ribeirão Preto/DRSXIII, pela oportunidade de Monte Alto ser Município Sede para a Construção dos Protocolos Municipais do Acolhimento da Demanda Espontânea - Atenção Básica dos Municípios do Horizonte Verde (Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Sertãozinho) DRSXIII.

Ao CDQ-SUS, ao COFEn e à Capes, pelo "presente trabalho realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001".

FICHA CATALOGRÁFICA

Monte alto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Acolhimento da demanda espontânea na atenção básica. Monte Alto- São Paulo. 2019 (n. 13 de páginas).

Descritores: 1. Acolhimento. 2. Demanda Espontânea .3. Atenção Primária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	108
2 OBJETIVO GERAL.....	109
2.1 Objetivos específicos.....	109
3 RESULTADOS ESPERADOS.....	110
4 ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA.....	110
5 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA.....	113
5.1 Comum a todos os profissionais da equipe de saúde.....	113
5.2 Recepção/Agente Administrativo.....	113
5.3 Agente Comunitário de Saúde.....	113
5.4 Auxiliar/Técnico em Enfermagem.....	113
5.5 Enfermeiro.....	114
5.6 Médico.....	114
6 CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES.....	115
REFERÊNCIAS.....	116
ANEXO A – Instrumento de Acolhimento da Demanda Espontânea.....	117
ANEXO B – Quadro dos Sinais Vitais, Glicemia, Saturação de O₂ e Dor.....	118
ANEXO C – Quadro dos Sinais de Alerta.....	119

1 INTRODUÇÃO

Contando atualmente com o funcionamento de 03 Unidades Básicas de Saúde e outras 04 Unidades de Saúde da Família, o município de Monte Alto atende no âmbito da Atenção Básica, uma demanda total estimada de 44.000 habitantes usuários do SUS.

Este contingente populacional, dividido entre os bairros do município onde se instalam as unidades de saúde da Atenção Básica, procuram o serviço em busca de soluções para suas demandas e queixas. Infelizmente, como se faz realidade em inúmeros outros municípios, mesmo com o empenho dos profissionais que trabalham nestas unidades, nem sempre é assegurado ao usuário que sua demanda seja devidamente suprida como almeja.

Mediante a constante reprodução diária dessa situação de desgaste para profissionais e usuários, surgiu a clara necessidade de rever as práticas realizadas pelos profissionais nas unidades de saúde para viabilizar o acesso, com equidade e humanização destes usuários por demanda espontânea, que se caracterizam como usuários dos serviços de saúde que não estão previamente agendados com nenhum profissional da equipe e vão à busca de atendimento.

Tendo conhecimento da implantação do protocolo de acolhimento da demanda espontânea no município de Ribeirão Preto, o qual passou por etapas de diagnóstico situacional, construção coletiva, projeto piloto, validação, oficinas, implantação e acompanhamento, a DRS, vivenciando esta necessidade em outros municípios, fomentou o desenvolvimento deste projeto para que outros municípios tivessem subsídios para desenvolver seus próprios protocolos visando à melhoria da prática no atendimento da demanda espontânea. Com isso, foi estabelecido o Projeto para facilitar a construção e a implantação do protocolo da demanda espontânea nos demais municípios.

O primeiro passo desse projeto partiu da necessidade de organização da demanda espontânea na Atenção Básica apresentada e aprovada pelos municípios participantes das reuniões das Comissões Intergestores Regionais do DRSXIII. As atividades do projeto iniciaram-se em fevereiro de 2019, quando uma equipe municipal foi escalada para sistematizar as ações de acolhimento da demanda espontânea na atenção básica através da construção de um Protocolo de Acolhimento da Demanda Espontânea na Atenção Básica, apoiada por tutores elencados pela DRSXIII.

Como instrumento de organização para as unidades de saúde se adequarem a essa demanda frequente, coube a sistematização das ações de acolhimento da demanda espontânea na atenção básica da rede municipal de saúde, através da elaboração deste protocolo, que carrega em seu conteúdo a premissa compartilhada pela Política Nacional de Humanização do SUS (2013) no que diz respeito ao acolhimento:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva (BRASIL, 2013)

2 OBJETIVO GERAL

Implantar o protocolo de acolhimento da demanda espontânea na rede municipal de Atenção Básica do município de Monte Alto – SP.

2.1 Objetivos específicos

- Implementar o protocolo de acolhimento da demanda espontânea em uma unidade básica previamente escolhida como projeto piloto. Posteriormente, após avaliação, alterações pertinentes e necessárias adequações, implementar nas demais unidades de saúde da rede municipal de Atenção Básica;
- Estruturar o atendimento da demanda espontânea através da utilização de critérios científicos para realizar a correta identificação e avaliação dos sinais de alerta apresentados pelos usuários, assim como suas possíveis vulnerabilidades sociais e epidemiológicas;
- Avaliar, no âmbito da Atenção Básica, as queixas mais frequentes e quais agravos de saúde com menor gravidade;
- Dispor a agenda de forma que assegure o atendimento dos usuários agendados e da demanda espontânea;
- Prestar assistência integral através da atenção multidisciplinar.

3 RESULTADOS ESPERADOS

Através da efetivação do protocolo de acolhimento, pretende-se atingir os seguintes resultados:

- Aprimorar ao usuário o seu acesso ao serviço de saúde;
- Melhorar a resolubilidade das queixas referidas pelos usuários na Atenção Básica;
- Qualificar o atendimento realizado por toda a equipe de trabalho e, assim, obter melhores soluções para as adversidades;
- Sistematizar o processo de trabalho em equipe;
- Salientar, na relação entre trabalhadores/usuários, o respeito mútuo e a empatia, através da realização do trabalho fundamentado em parâmetros éticos, científicos e humanizados;
- Modificar a prática atual de cuidados e intervenções terapêuticas.

4 ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

O acolhimento da demanda espontânea tem como essencial finalidade detectar e assistir corretamente ocorrências caracterizadas por situações de urgência e emergência e redirecionar ocorrências não intensas dentro da necessidade do usuário, no âmbito de sua unidade de saúde de referência. Esses usuários que não apresentam quadros emergenciais ou urgentes terão suas queixas analisadas por um profissional da equipe de saúde, que deverá compartilhar com o restante da equipe disponível para que, assim, haja consenso para cada cenário avaliado na tomada de decisão e posterior direcionamento do usuário.

Essa avaliação realizada pelo profissional da equipe ocorrerá por meio da utilização dos instrumentos norteadores:

- Instrumento de acolhimento da demanda espontânea (Anexo A);
- Quadro dos Sinais de Alerta (Anexo C).

A partir do acolhimento, o usuário deverá ser acolhido e sua necessidade identificada para direcionamento do fluxo (vermelho, amarelo, verde ou azul): atendimento imediato, atendimento prioritário ou no dia, atendimento programado de 1 a 7 dias e atendimento programado na rotina, aliviando seus sintomas iniciais e

garantindo a continuidade do tratamento ambulatorial.

Ainda, poderá ficar em regime de observação na unidade ou ser solicitada internação para tratamento hospitalar e até mesmo a transferência para tratamento em outro serviço de maior complexidade ou suporte avançado de vida, sempre com Guia de Referência, devidamente preenchida com breve histórico da queixa principal e intervenções realizadas.

Na ausência de Sinais de Alerta, o profissional/equipe deve analisar a necessidade do usuário e oferecer um atendimento ou consulta programada, compatibilizando a necessidade/disponibilidade do usuário e do serviço. Esse acolhimento deve ser sempre supervisionado/compartilhado pelo profissional enfermeiro e ou médico.

Na figura a seguir, apresentamos o fluxo estabelecido para o município de Monte Alto - SP.

Figura 1. Fluxograma de acolhimento da demanda espontânea estabelecido para o município de Monte Alto, 2019.

5 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

5.1 Comum a todos os profissionais da equipe de saúde

- Cooperar na elaboração, administração e avaliação das ações de saúde prestada à demanda espontânea;
- Avaliar o quadro apresentado da assistência à Saúde prestada à demanda espontânea, face aos desafios predominantes;
- Programar, executar e avaliar o processo de trabalho com base em prioridades, objetivos e metas propostas;
- Planejar ações que otimizem o atendimento da demanda espontânea e amplifiquem a conscientização da população.

5.2 Recepção/Agente Administrativo

- Realizar agendamentos diversos;
- Contribuir para a organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde;
- Encaminhar para a enfermagem ou equipe de referência todos os usuários em demanda espontânea para o devido acolhimento.

5.3 Agente Comunitário de Saúde

- Quando em visita domiciliar, difundir aos usuários visitados sobre o Protocolo de Acolhimento da Demanda Espontânea na Atenção Básica estabelecido na unidade;
- Quando presente na unidade, auxiliar na organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde por meio de demanda espontânea, encaminhando-os à equipe referência para avaliação.

5.4 Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- Contribuir para a organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde;

- Sob a supervisão do enfermeiro e/ou médico, contribuir no reconhecimento de sinais de alertas e vulnerabilidades apresentados pelos usuários em acolhimento;
- Realizar o encaminhamento do usuário acolhido para classificação do enfermeiro e, na ausência deste, abordar o caso com o médico;
- Realizar procedimentos de enfermagem de sua competência;
- Exercer e auxiliar nas orientações após intervenções recomendadas para seguimento do cuidado.

5.5 Enfermeiro

- Realizar planejamento, coordenação, supervisão e avaliação das ações de acolhimento da demanda espontânea;
- Realizar confecção, avaliação e monitoramento das agendas dos profissionais, garantindo que contemplem o acolhimento da demanda espontânea;
- Realizar e/ou auxiliar na avaliação inicial dos atendimentos da demanda espontânea;
- Proceder ao acolhimento da demanda espontânea conforme Protocolo (vermelho, amarelo, verde e azul) e direcionar conforme tomada de decisão (atendimento imediato, atendimento prioritário de 30 minutos até o final do dia, vaga de faltoso ou até 07 dias e atendimento programado na rotina);
- Realizar consulta de enfermagem de acolhimento de acordo com a formatação de agenda;
- Realizar procedimentos de enfermagem de sua competência;
- Realizar e colaborar na capacitação e supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem diante das ações de acolhimento da demanda espontânea.

5.6 Médico

- Colaborar na coordenação das ações de acolhimento da demanda espontânea;
- Proceder à classificação da demanda espontânea conforme Protocolo (vermelho, amarelo, verde e azul) e direcionar conforme tomada de decisão quando necessário;

- Na ausência do enfermeiro, proceder à discussão dos casos acolhidos com auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
- Realizar consulta médica da demanda espontânea de acordo com o Protocolo;
- Pactuar a confecção da agenda médica de forma que ela permita o atendimento da demanda espontânea;
- Realizar procedimentos de sua competência;
- Realizar e colaborar na capacitação da equipe diante das ações de acolhimento da demanda espontânea.

6 CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Todos os usuários sem agendamento prévio passarão obrigatoriamente pelo acolhimento da demanda espontânea;
- Todos os profissionais da unidade devem compreender e pactuar o processo de trabalho e estarem inseridos nele;
- As agendas médicas e de enfermagem, além de vagas para consultas agendadas, deverão prever vagas para programação de consultas da demanda espontânea acolhida, a serem pactuadas entre Secretaria Municipal da Saúde e unidade de saúde;
- Todos os pacientes identificados e classificados conforme o quadro de estratificação dos sinais de alerta deverão ter suas queixas avaliadas segundo as diretrizes dos programas de saúde que acompanham a atenção básica nesta Secretaria Municipal da Saúde;
- Os usuários acolhidos e identificados como vermelho e amarelo não deverão ter vagas previstas na agenda, pois caracterizam atendimento imediato e prioritário;
- As faltas nas consultas agendadas devem ser otimizadas para agendamento de consultas de acolhimento identificadas como verde, pois caracterizam atendimento no dia ou em até 07 dias;
- Nos casos de evasão do usuário ou em que não aguardou o acolhimento, a enfermagem deverá proceder à anotação, assinar e solicitar que outro profissional assine juntamente, testemunhando o fato ocorrido;
- Os usuários reincidentes (procuram a unidade por repetidas vezes) deverão ser acolhidos quantas vezes comparecerem ao serviço;

- Os usuários acolhidos que serão atendidos até o final do expediente da unidade devem ser previamente orientados pela equipe sobre os possíveis agravamentos dos sinais de alerta, bem como seu responsável e/ou acompanhante. O profissional deverá anotar essas orientações. Ainda, o paciente deverá ser submetido a nova avaliação dos sinais vitais e sinais de alerta antes do atendimento médico para verificação de possíveis alterações no quadro inicial;

- Os pacientes acolhidos que serão atendidos em até 07 dias ou na rotina devem ser previamente orientados pela equipe sobre os possíveis agravamentos dos sinais de alerta e retorno imediato ao serviço, bem como seu responsável e/ou acompanhante. O profissional deverá anotar essas orientações;

- Para pacientes acolhidos que aguardam por atendimento médico na unidade, a enfermagem deverá proceder à observação de possíveis alterações no quadro e comunicar imediatamente o enfermeiro e, na ausência deste, o médico

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixa mais comuns na Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas. **Acolhimento da demanda espontânea na atenção básica**. Ribeirão Preto – São Paulo, 2015.

ANEXO A – Instrumento de acolhimento da demanda espontânea

INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

Nome: _____ Data ____ / ____ / ____ Hora: _____

Endereço: _____ Bairro _____ Nº _____

Data Nasc. ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: (M) (F) Prontuário: _____ Tel: _____

Nome da mãe: _____

Queixa Principal: _____

SINAIS VITAIS							
PA:	x	mmHg	FC:	FR:	DX:	mg/dl	SPO2: %
TEMP:							

Dor: () Sim () Não Score _____ () Início Súbito () 1 a 3 dias () 4 a 7 dias () há mais de 7 dias

Redirecionamento de Fluxo

Casos Agudos/Crônicos Agudizado

- () Vermelho
() Amarelo
() Verde

Casos não Agudos

- () Azul

Providências na UBS

- () Atendimento imediato pela equipe
() Atendimento prioritário e ou no dia
() Consulta Programada (1 a 7 dias)
() Consulta programada / Agenda na rotina

Médico: _____ data ____ / ____ / ____ hora: _____

Enfermeiro: data ____ / ____ / ____ hora: _____

Enfermeiro (a): Orientações:

Usuário encaminhado: () UBS () USF () Especialidade () Hospital () Remoção SAMU p/ _____

Usuário Liberado : () Com familiares () Sem familiares () Com receita médica e orientado pela equipe

Assinatura do responsável

Fonte: Instrumento adaptado do instrumento Diegues e Cristina do protocolo do município de Ribeirão Preto.

ANEXO B – Estratificação dos sinais vitais, glicemia, saturação de O₂ e dor

Estratificação dos sinais vitais/ glicemia/ Saturação de O₂ e Dor

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA – MPM (Movimentos por minuto)			
Faixa etária	Verde	Amarelo	Vermelho
Adulto	20 – 24	25 – 34	≥ 35
Criança até a 1 ano	30 – 59	60 – 69	≥ 70
Criança de 1 a 5 anos	20 – 49	50 – 59	≥ 60
Criança > 5 anos	17 – 39	40 – 49	≥ 50
FREQUÊNCIA CARDÍACA – BPM (Batimentos por minutos)			
Faixa etária	Verde	Amarelo	Vermelho
Adulto	100 – 119	120 – 139	≥ 140 e < 60
Criança até a 1 ano	80 – 160	131 – 179	≥ 180
Criança de 1 a 5 anos	80 – 110	111 – 129	≥ 130
Criança > 5 anos	75 – 110	111 – 129	≥ 130
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA – mm Hg (Milímetros de mercúrio)			
Adulto	140 – 149	150 – 169	≥ 170 ≤ 80
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA – mm Hg (Milímetros de mercúrio)			
Adulto	80 – 90	91 – 109	≥ 110 ≤ 50
TEMPERATURA AXILAR – ° C (Grau Celsius)			
Adulto/Criança	37,5°C	37,6 – 38,4	≥ 38,5 ≤ 35
GLICEMIA CAPILAR – mg/dL (Miligramas por decilitros)			
Hiperglicemia	126 – 199	200 – 300	≥ 301
Hipoglicemia	-	70	≤ 50
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO (Porcentagem)			
Saturação	≥ 96	90 – 95	≤ 90
DOR (Escala numérica/faces)			
Score	2 – 4	5 – 7	> 8
Faces

Atenção: Qualquer alteração nos parâmetros estratificados, mesmo que avaliados isoladamente, deverá se respeitada para classificação do **enfermeiro** ou **médico**.

Fonte: Referência do protocolo de acolhimento de Ribeirão Preto.

ANEXO C – Estratificação dos sinais de alerta

ESTRATIFICAÇÃO DOS SINAIS DE ALERTA

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
<ul style="list-style-type: none"> • Crise asmática • Suspeita de doenças infecto contagiosas de cunho epidemiológico e notificação compulsória • Dor abdominal aguda de início súbito associada com outros sinais e sintomas • Alterações do estado mental a menos de 12 horas • Agressão física/violência doméstica/sexual • Inconsciência • Ausência de movimentos cardíacos e respiratórios • Perda força, movimento ou sensibilidade de qualquer parte do corpo • Trauma crânio encefálico grave (Glasgow < 12) • Atropelamento • Traumas graves • Fraturas, luxações, entorses • Queimaduras graves • Hipotermia $\leq 35^{\circ}\text{C}$ • Dispneia grave • Hemorragia ativa • Crise convulsiva • Agitação, alucinação, delírium • Dor de cabeça ou tontura, com alteração de sinais de vitais • Intoxicação exógena/overdose • Anafilaxia • Picada de animais peçonhentos • Glicemia ≥ 301 mg/dl ou < 50 mg/dl • Dor score > 8 • Saturação de $\text{O}_2 \leq 89$ • Recém-nascidos: gemência, hipotonia, palidez cutânea e cianose • Tentativa de suicídio • Cólica renal • Crise Hipertensiva $\geq 170 \times 110$ mmHg • RN com reflexos primitivos alterados • Gestante com perda de líquido e/ou sangramento • Amputação de membros • Dengue Hemorrágica com sinais de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> • Disúria • Glicemia 200 – 300 mg/dl ou < 70 mg/dl • Gestantes com sintomas leves e moderados • Prurido vaginal e peniano intenso • Febre (TAX. $38,4^{\circ}\text{C}$) • Prostração em crianças • Vômitos de início agudo (mais de 03 episódios/dia) • Diarreia aguda (mais de 05 episódios/dia) • Dor lombar com sintomas urinários ou febre • Sintomas urinários (oligúria, anúria, piúria) • Olho vermelho com sinais de irritação e dor • Dor de ouvido • Dor tipo cólica (inclusive do RN) • Imunodeprimidos • Dor score 5 – 7 • Saturação de O_2: 90 – 94 • Febre (TAX. $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) medicada • Crianças ou RN até 1 ano de idade com qualquer queixa • Queimadura leve • Atraso Vacinal • Coleta do Teste do Pezinho • Crise Hipertensiva $\geq 150 \times 100$ mmHg • Desidratação e desnutrição • Dengue sem sinais de alerta • Incisão cirúrgica com sinais flogísticos de infecção 	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse • Congestão nasal • Coriza • Dor crônica com piora recente • Atraso menstrual (mais de 30 dias, teste de gravidez não reagente) • Constipação intestinal • Assaduras em bebês • Suspeita de pediculose e escabiose • Inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais • Resultados de exames com alteração previamente avaliados • Alterações cutâneas • Glicemia 126 – 199 mg/dl • Dor score 2 – 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas ou queixas há mais de 15 dias • Renovação de receitas • Requisição de exames • Resultado de exames inalterados • Intervenções de enfermagem • Suspeita de gravidez • TAX $< 37,5^{\circ}\text{C}$ • Saturação de $\text{O}_2 \geq 95$ • Dificuldades na amamentação

Fonte: Compilado das informações enviadas pelas unidades de saúde da rede de Atenção Básica do município; baseado no protocolo de Ribeirão Preto.