UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS

Sistematização da Assistência De Enfermagem no Acolhimento da Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde

RIBEIRÃO PRETO

2019

GUSTAVO HENRIQUE PIZA ASSIS

Sistematização da Assistência De Enfermagem no Acolhimento da Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

RIBEIRÃO PRETO

2019

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.

Assis, Gustavo Henrique Piza
Sistematização da assistência de enfermagem no acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, 2019.
70 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.
Orientador: Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

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

ASSIS, Gustavo Henrique Piza

Sistematização da assistência de enfermagem no acolhimento da demanda espontânea na atenção primária à saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em ...../...../.....

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu pai Cláudio (in memoriam), que esteve presente em todos os passos da minha formação, oferecendo seu apoio incondicional em todos os momentos. Sua ausência física neste momento não deprecia sua relevância em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sobretudo à Deus, a quem atribuo a responsabilidade de todas as coisas maravilhosas que aconteceram e ainda acontecem em minha vida, e quem me presenteou com a companhia de todos que participam de alguma forma da minha evolução.

À minha esposa Fernanda, que me fortalece a cada sorriso e que me faz agradecer à Deus todos os dias pela oportunidade de dividir minha vida com ela e torna-la ainda mais prazerosa.

Aos meus pais Cláudio (in memoriam) e Maria Inês, que sempre estiveram presentes. A luta constante de vocês me deu as condições para me tornar o que sou hoje.

Aos meus sogros S. Orlando e D. Dirce, que me acolheram e me apoiaram em diversos momentos. A presença de vocês me fortalece.

À minha orientadora, Prof.ª Fernanda, pela paciência e por me trazer diversas vezes à realidade. A sua perseverança, seu apoio e sua competência tornaram possíveis a realização deste trabalho.

À minha amiga Fátima, sempre parceira nesta fase de aprendizado intenso. Uma mulher forte e admirável, com uma competência incontestável.

Às professoras Silvia Matumoto e Angelina Lettiere, pelas ricas contribuições.

À minha coordenadora Dherê, que me apoiou tanto na minha função de enfermeiro, como na realização deste trabalho no município de Sertãozinho.

A todos os profissionais da UBS Jamaica, que me apoiaram e participaram na realização deste trabalho.

"Nada é impossível de mudar. Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar. "

Bertolt Brecht

RESUMO

Assis, Gustavo Henrique Piza. Sistematização da assistência de enfermagem no acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este estudo foi desenvolvido a partir da necessidade de melhorar a assistência de enfermagem durante o acolhimento de pacientes na Atenção Primária a Saúde (APS) de um município do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade pesquisa-ação, desenvolvida com o objetivo de elaborar protocolos para a sistematização da assistência de enfermagem no acolhimento da demanda espontânea na APS. Para o desenvolvimento da pesquisa-ação, foram realizadas as etapas: 1) diagnóstico situacional; 2) campo de observação, população ou amostragem de representatividade qualitativa; 3) coleta de dados; 4) plano de ação; 5) ação e avaliação. O local escolhido para realização deste estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Sertãozinho, localizado na região nordeste do Estado de São Paulo. Participaram do estudo seis profissionais de enfermagem, sendo uma enfermeira e cinco técnicos/auxiliares de enfermagem da referida UBS. O pesquisador foi o coordenador de todas as ações desenvolvidas e, para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de grupos focais (GF). Cada grupo foi composto por três trabalhadores de enfermagem. Os encontros foram realizados semanalmente, duas vezes com cada grupo, durante as jornadas de trabalho e tiveram duração aproximada de uma hora. Durante os GF, foram realizados questionamentos sobre a compreensão dos trabalhadores acerca da APS no município, as funções dos profissionais no serviço de saúde, o acolhimento aos usuários, os registros das atividades realizadas, as dificuldades encontradas na unidade e sobre formas de melhorar a qualidade dos atendimentos prestados aos usuários. Foi observado que os participantes não conseguiram definir o acolhimento, porém reconheceram que se trata de ação fundamental nos serviços de APS. Os participantes identificaram a importância de saber ouvir e conhecer o motivo pelo qual o usuário está procurando o serviço; a necessidade de humanização das ações em saúde; a importância do trabalho em equipe; a necessidade de maior resolutividade das ações. Além disso, foi elaborado um fluxograma de atendimento e um protocolo de sistematização da assistência de

enfermagem durante o acolhimento da demanda espontânea na APS, os quais estão sendo implementados na UBS estudada e representam os produtos desta investigação. Acredita-se que a sistematização da assistência de enfermagem no acolhimento da demanda espontânea nas UBS possa auxiliar na efetividade das ações e na resolutividade da assistência em saúde do município.

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

ABSTRACT

Assis, Gustavo Henrique Piza. Systematization of nursing care in the embracement of spontaneous demand in Primary Health Care. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

This study was developed from the need to improve nursing care during the user embracement in Primary Health Care (PHC) of a city in the interior of São Paulo State, Brazil. It is an action research, with qualitative approach of the data, developed with the objective of elaborating protocols for the systematization of nursing care in the embracement of spontaneous demand in PHC. For the development of action research, the following steps were performed: 1) situational diagnosis; 2) field of observation, population or sampling of qualitative representativeness; 3) data collection; 4) action plan; 5) action and evaluation. The place chosen for this study was a Basic Health Unit (BHU) at Sertãozinho, a city located in the northeast region of the São Paulo State. Six nursing professionals participated in the study, one nurse and five nursing technicians / assistants of the referred BHU. The researcher was the coordinator of all actions developed and, for data collection, the focus group technique (FG) was used. Each group consisted of three nursing workers. The meetings were held weekly, twice with each group, during the workdays and lasted approximately one hour. During the FG, participants were asked about their perceptions related to PHC in the city, the professionals' roles in the health service, the user embracement, the records of the activities performed, the difficulties encountered in the BHU and about ways to improve the quality of health care provided to users. It was observed the participants could not define the user embracement, but recognized this is a fundamental action in PHC services. Participants identified the importance of listening and knowing why the user is looking for the service; the need for humanization of health care; the importance of teamwork; the need for case-resolving capacity of the actions. In addition, a care flowchart and a systematization of nursing care protocol were developed during the embracement of spontaneous demand in PHC, which are being implemented in the studied BHU and represent the products of this investigation. It is believed the systematization of nursing care in the embracement of spontaneous demand in PHC

can improve the effectiveness of health actions and the resolution of health care in the city.

Key words: Nursing Process; Primary Health Care; User Embracement.

RESUMEN

Assis, Gustavo Henrique Piza. Sistematización de la atención de enfermería en el acogimiento de la demanda espontánea en la Atención Primaria de Salud. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Este estudio se desarrolló a partir de la necesidad de mejorar la atención de enfermería durante el acogimiento de pacientes en Atención Primaria de Salud (APS) de una ciudad en el interior del estado de São Paulo, Brasil. Esta es una investigación cualitativa, en la modalidad de investigación-acción, desarrollada con el objetivo de elaborar protocolos para la sistematización de la asistencia de enfermería en el acogimiento de la demanda espontánea en APS. Para el desarrollo de la investigación-acción, se realizaron los siguientes pasos: 1) diagnóstico situacional; 2) campo de observación, población o muestreo de representatividad cualitativa; 3) recopilación de datos; 4) plan de acción; 5) acción y evaluación. El lugar elegido para este estudio fue una Unidad Básica de Salud (UBS) en la ciudad de Sertãozinho, ubicado en la región noreste del estado de São Paulo. Seis profesionales de enfermería participaron en el estudio, una enfermera y cinco técnicos / asistentes de enfermería de la UBS referida. El investigador fue el coordinador de todas las acciones desarrolladas y, para la recopilación de datos, se utilizó la técnica de grupo focal (FG). Cada grupo constaba de tres trabajadores de enfermería. Las reuniones se llevaron a cabo semanalmente, dos veces con cada grupo, durante los días de trabajo y duraron aproximadamente una hora. Durante el FG, se hicieron preguntas sobre la comprensión de los trabajadores sobre la APS en la ciudad, los roles de los profesionales en el servicio de salud, el acogimiento a los usuarios, los registros de las actividades realizadas, las dificultades encontradas en la UBS y sobre las formas de mejorar la calidad de la atención prestada a los usuarios. Se observó que los participantes no podían definir el acogimiento, pero reconocieron que esta es una acción fundamental en los servicios de APS. Los participantes identificaron la importancia de escuchar y saber por qué el usuario está buscando el servicio; la necesidad de humanizar las acciones de salud; la importancia del trabajo en equipo; la necesidad de mayor resolución de las acciones. Además, se preparó un diagrama de flujo de atención y un protocolo de

sistematización de asistencia de enfermería durante el acogimiento de la demanda espontánea en APS, que se están implementando en la UBS estudiada y representan los productos de esta investigación. Se cree que la sistematización de la asistencia de enfermería en el acogimiento de la demanda espontánea en las UBS puede ayudar en la efectividad de las acciones y en la resolución de la asistencia de salud en la cuidad.

Palabras clave: Proceso de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Acogimiento.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 14
2. REFERENCIAL TEÓRICO 21
2.1 Acolhimento 22
2.2 Classificação Internacional de Atenção Primária – CIAP 26
2.3 Método SOAP 30
3. OBJETIVO 33
4. PERCURSO METODOLÓGICO 35
4.1 Tipo de estudo 36
4.2 Procedimentos 36
1) Diagnóstico situacional 36
2) Definição do campo de estudo e da população 37
3) Coleta de Dados 40
4) Elaboração do plano de ação 43
5) Implementação das ações 43
4.3 Aspectos éticos 44
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 45
5.1 Caracterização dos participantes 46
5.2 Percepção dos trabalhadores sobre a APS 46
5.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem no Acolhimento da Demanda Espontânea 58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 65
7. REFERÊNCIAS 68
APÊNDICE A 74
APÊNDICE B 76
ANEXO 1 77
ANEXO 2 79

1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O SUS, um dos maiores exemplos de política pública no Brasil, foi estabelecido na Constituição de 1988, fundamentado na proposição da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. No entanto, ainda há inúmeros desafios a enfrentar, destacando-se entre eles os modelos de atenção, os quais se referem a modos de organizar os sistemas e serviços de saúde a partir de opções técnico-políticas, devendo ser objeto de atenção especial, considerando que influenciam fortemente o modo como os indivíduos e coletivos serão concretamente cuidados no cotidiano. Assim, é fundamental que, além de serviços de saúde em quantidades adequadas, que esses serviços também sejam articulados de maneira complementar e não competitiva, na perspectiva de redes de atenção, e que sejam capazes de responder às necessidades coletivos e individuais, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada (BRASIL, 2013).

O termo Atenção Primária à Saúde (APS), traduzido literalmente do inglês *Primary Health Care*, tem significado diferente entre os termos, onde Primary significa básico, simples e o termo correspondente em português significa “o que vem antes, primeiro”. Este termo está associado às noções de vinculação e responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – APS. Desta forma, o termo Atenção Básica é adotado para definir a APS no Brasil, tendo como sua principal estratégia de atuação a Estratégia de Saúde da Família (CONASS, 2007). Apesar de alguns autores apontarem diferenças entre os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, neste trabalho iremos adotar a definição do Ministério da Saúde e considerá-los equivalentes.

A APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho dos demais níveis de atenção à saúde dos municípios. É através dela que os recursos são organizados e racionalizados, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, a manutenção e a melhora da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002). A APS possui três grandes missões:

acolher a demanda espontânea que busca as UBS; realizar o cuidado contínuo e vinculação com os usuários que são acompanhados nos serviços; e desenvolver ações coletivas, especialmente de promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Destaca-se ainda que, apesar de a APS não ser capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias - duras, leve-duras e leves (MERHY, 2009).

Consequentemente, a APS para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo, e tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos. As dicotomias e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, saúde e doença, demanda espontânea e agendada, não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas. Além disso, a procura acentuada pelos serviços de urgência e especializados, apesar de ser explicada por influências do complexo médico-industrial e também pelo imaginário popular, é também explicada pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da APS, a qual, além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, tem que se constituir em um local com atendimento à demanda espontânea e dar resolutividade aos usuários, não podendo se tornar simplesmente em um ambiente burocrático e de passagem obrigatória para acesso à outros tipos de serviços de maior complexidade (BRASIL, 2013).

A APS para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um vasto repertório de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade. As equipes de saúde da APS têm que estar abertas para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando organizar os recursos e tecnologias que irão ajudar a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, reconstruir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos e diminuir o isolamento e abandono (BRASIL, 2013).

Neste cenário, o Ministério da Saúde se serve de estratégias para alinhar os conhecimentos existentes com as propostas de estruturação da APS, destacando, dentre elas, a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 (BRASIL, 2013). Esta política adota conceitos como acolhimento, gestão participativa e cogestão para ajudar na ampliação e efetividade das práticas de saúde.

O acolhimento tem como elemento estrutural e fundamental a acessibilidade; o atendimento é o elemento processual, onde ocorre a responsabilização do profissional; a humanização, outro fator fundamental no acolhimento, deve ter como resultado a minimização ou extinção das barreiras geográficas, físicas e organizacionais (CASTRO, 2006).

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de interação entre as pessoas, ocorrendo de formas variadas e mostrando-se mais nas práticas concretas do que nas concepções. Partindo dessa premissa, é importante pensar em modos como será acolhida a demanda espontânea que chega às unidades de saúde (BRASIL, 2013).

Em relação da assistência de enfermagem, desde o surgimento da Enfermagem Moderna, Florence Nightingale já enfatizava que os enfermeiros deveriam ser ensinados a fazer observações e julgamentos acerca delas, expressando o conceito que hoje se tem do Processo de Enfermagem (PE) (BARROS, 2015). No Brasil, o PE foi introduzido pela Professora Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, que o definiu como "... *a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos"* (HORTA, 1979). Ocorre assim, desde então, a inserção gradativa do Processo de Enfermagem (PE) no currículo dos cursos de Graduação em Enfermagem e também na prática assistencial (BARROS, 2015).

Em 1986, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498 determinou que "...*a programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem..."* e que a consulta e a prescrição da assistência de enfermagem eram atividades exclusivas do enfermeiro. Essa lei, então, torna-se um mecanismo legal que garante ao enfermeiro a prescrição de cuidados durante a consulta de enfermagem (BARROS, 2015). Neste sentido, a

Resolução COFEN nº159/93, determina que a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, tanto em instituições públicas como privadas.

A partir da Decisão do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) - DIR/008/1999, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Decisão Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 001/2000, tornou-se obrigatória a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as instituições de saúde, públicas ou privadas, no Estado de São Paulo. Em 2009, com a publicação da Resolução 358, o COFEN dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em todos ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Conforme previsto nesta Resolução, o PE deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem (BARROS, 2015).

É neste momento que se estabelece uma distinção entre SAE e PE. A Resolução COFEN 358/2009 considera que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, equipe e equipamentos, o que torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Este, por sua vez, é compreendido como uma ferramenta metodológica que embasa o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional (BARROS, 2015).

Quanto à utilização das etapas do Processo de Enfermagem, a Resolução COFEN 358/2009 (2009, p.3) estabelece que:

> “Art. 6º A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.” [...]

Esta resolução também define o Diagnóstico de Enfermagem como um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados que objetiva a tomada de decisão traduzindo as respostas dos usuários nos conceitos diagnósticos de enfermagem e que constitui a base para a seleção das intervenções para se atingir os resultados almejados.

Além disso, o Parecer COREN-SP 010/2015 conclui que a Classificação Internacional na APS pode ser utilizada como um sistema de classificação de problemas e complementa, mas não substitui, os demais sistemas de classificação diagnóstica de Enfermagem (NANDA-I, CIPE® ou CIPESC®). Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde recomenda, desde 2015, que todos os municípios utilizem o e-SUS AB, um Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, onde é possível fazer uso da CIAP e do método SOAP.

O método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano) é uma forma de registro considerada bastante efetiva para a prática clínica em APS e representa um componente do Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP). O RCOP possui três áreas fundamentais para registro das informações clínicas: dados da pessoa, lista de problemas e notas de evolução clínica e constitui um método eficiente para a recuperação rápida das informações clínicas de uma pessoa, garantindo a continuidade articulada de cuidados em equipe dentro da APS (RAMOS, 2008).

O Parecer COREN-SP 056/2013 (COREN, 2013) estabelece ainda que o método SOAP pode representar um 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.

Para construir as ações de enfermagem, é necessário pautá-las em valores próprios da profissão. Para isso, faz-se necessário relacioná-las às Teorias de Enfermagem. De acordo com Garcia e Nóbrega (2004), as Teorias de Enfermagem podem ser classificadas a partir da identificação do foco primário (podendo ser centrada no usuário, no relacionamento entre usuário e meio ambiente, na interação profissional-usuário ou na terapêutica de enfermagem) ou a partir do papel que os profissionais desempenham na prática profissional

(orientada para as necessidades do usuário, para o processo de interação profissional-usuário ou para o resultado das ações de enfermagem). No entanto, esta classificação parte do referencial sustentado pelo modelo biológico individual, o qual tem como foco o indivíduo que recebe os cuidados e na relação de cuidado do profissional, enquanto as teorias construídas baseadas na saúde coletiva valorizam o indivíduo articulado com a sociedade e com seu espaço estrutural (ALBUQUERQUE, 2005).

Assim, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) teve a iniciativa de desenvolver a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), baseada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE – elaborada pelo Conselho Internacional de Enfermeiro, ou *International Council of Nurses* – ICN – OMS). A CIPESC teve sua base teórico-metodológica ancorada nas dimensões, princípios e conceitos da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC (EGRY, 1996), a qual iremos considerar para o desenvolvimento deste trabalho.

No intuito de elaborar um protocolo de acolhimento da demanda espontânea dos usuários na APS deste município, contemplando a sistematização da assistência de enfermagem, motivamo-nos a desenvolver este estudo, norteados pela seguinte questão de investigação: Como as etapas do Processo de Enfermagem e do método SOAP podem subsidiar a elaboração de um protocolo de acolhimento da demanda espontânea na APS?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Acolhimento

Existem várias definições de acolhimento, revelando os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como presunções de verdade. Assim, mais importante que a busca pela melhor definição de acolhimento é a clareza da noção de acolhimento que é assumida situacionalmente pelos profissionais, demonstrando as concepções e intencionalidades individuais. Desta forma, é importante compreender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde (BRASIL, 2013).

O usuário também define o que é necessidade de saúde para ele e o que espera como devolutiva do serviço. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, problematizada e legitimada. Pode haver coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional, porém, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão por parte do profissional, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços, entre outros. Apesar da necessidade de programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais, também é fundamental que as unidades da Atenção Básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado. Estes atendimentos envolvem aspectos organizativos da equipe e do processo de trabalho e aspectos resolutivos da atenção e condutas (BRASIL, 2013).

Ressalta-se que o acolhimento à demanda espontânea em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de atendimento emergencial, pois a APS realiza um trabalho sustentado por uma equipe, tendo conhecimento prévio da população e possui, na maioria das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilitando o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual, como ocorre em uma unidade de emergência, propiciando um olhar integral do profissional sobre o usuário (BRASIL, 2013).

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora como uma dimensão espacial, traduzindo-se em recepção administrativa e ambiente confortável e ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Essas duas noções têm sua importância, entretanto, devem estar associadas ao processo de trabalho em saúde, pois quando realizadas isoladamente, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo, notabilizando-se uma lógica produtora de mais adoecimento, onde parte dos serviços de saúde se apoia para o desenvolvimento do trabalho cotidiano, evidenciando um repasse do problema, focando a doença e não o sujeito e suas necessidades. A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um recurso importante para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Assim, é preciso ampliar o conceito de acolhimento, não restringindo ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o com resiliência, como próprio a um comportamento afetuoso, como algo que qualifica uma relação e passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular como o que ocorre na recepção, de forma fria e mecanizada. O acolhimento na porta de entrada do SUS só ganha significado se o entendermos como um transcurso para o acolhimento no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

Nesta vertente, a responsabilização é fundamental para a efetivação da APS como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização da finalidade das ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos, diretrizes clínicas, linhas de cuidado, fluxos de encaminhamento para serviços de outros níveis de complexidade, etc.) (BRASIL, 2017).

Estabelecer o acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, entre trabalhadores e o modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta “numerar” os

usuários, distribuindo senhas, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao profissional médico; aliás, o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Toda a equipe deve ser capaz de acolher o usuário do serviço (BRASIL, 2017).

Outro item importante e indissociável ao acolhimento é o registro das informações no prontuário do paciente. Para a equipe de enfermagem realizar suas atribuições regulamentadas pela Lei n.º 7.498 de 1986 (Lei do Exercício Profissional), deve atender todos os artigos com suas especificidades, inclusive sobre a responsabilidade de toda a equipe de enfermagem de manter atualizadas as anotações no prontuário do usuário de todas as atividades da assistência de enfermagem realizadas. O monitoramento dos registros de enfermagem contribui para melhorias no processo de trabalho, contribuindo também para a gestão dos serviços de saúde. A qualidade dos registros da equipe de enfermagem reflete a qualidade da assistência prestada (COREN, 2017).

Os registros da equipe de saúde na APS no prontuário do paciente são considerados documentos legais imprescindíveis e essenciais para a comunicação sobre o paciente entre a equipe multiprofissional. A Enfermagem é uma peça fundamental e assume diversas frentes nessa área do cuidado, desde o acolhimento até a gestão dos procedimentos e das equipes. Para isso, é importante que se aproprie dos instrumentos gerenciais como o Processo e os Registros de Enfermagem. Neste sentido, é necessário que os registros sejam redigidos de forma a retratar a realidade, possibilitando uma comunicação fidedigna e a continuidade do cuidado com facilidade, produzindo registros adequados para pesquisas, auditorias, processos jurídicos e planejamentos (COREN, 2017).

O processo saúde-doença tem uma complexidade que envolve o social e o subjetivo e exige ferramentas como a escuta qualificada e a clínica ampliada. Não é possível esgotar o atendimento em um único momento por ser um processo longitudinal. Os registros são realizados pela equipe multiprofissional e há uma interdependência entre os membros da equipe para realização das ações coletivas e realizações de planos de cuidados. Assim, o Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado de forma longitudinal, voltando o olhar para a especificidade da Atenção Primária, considerando a Clínica Ampliada. É importante salientar também que grupos com características

clínicas semelhantes podem ser contemplados com Processo de Enfermagem coletivo, sem perda da singularidade dos indivíduos, como por exemplo: grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, etc. (COREN, 2017).

Sabemos que as pessoas não se resumem às expressões das patologias que portam. Alguns fatores, como a baixa adesão ao tratamento, as iatrogenias, os pacientes refratários e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros fatores, revelam a complexidade dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença. Todo diagnóstico parte de uma suposição de regularidade e fatores/sintomas comuns entre os indivíduos. No entanto, esta suposição pode alterar em parte a conduta dos profissionais de saúde. Para uma clínica adequada, devemos observar as singularidades entre os indivíduos e não apenas as características comuns da patologia (BRASIL, 2009).

Este olhar diferenciado é a definição da Clínica Ampliada, a qual busca integrar várias abordagens da equipe do serviço para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Na Clínica Ampliada, ocorre a importante discussão sobre a fragmentação do processo de trabalho e devido a isso, a necessidade de criar um contexto favorável para que se possa discutir sobre estes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional (BRASIL, 2009).

Desta forma, o prontuário se apresenta como uma construção coletiva em um universo com diferentes linguagens e de relações complexas entre os saberes e práticas dos profissionais que compõem as equipes de saúde, objetivando integrar e dar transparência aos procedimentos realizados na assistência aos usuários dos serviços, otimizando a qualidade e a eficácia da atenção ao usuário, família e comunidade (MESQUITA; DESLANDES, 2010).

Desta forma, com o objetivo de registrar o atendimento, podemos nos valer de algumas ferramentas já existentes, o que facilita e normatiza os registros. A seguir serão discutidas duas ferramentas utilizadas para nortear estes registros e que podem ser utilizadas de forma concomitante: CIAP e SOAP.

2.2 Classificação Internacional de Atenção Primária – CIAP

Até meados dos anos 1970, grande parte dos dados de morbidade em APS foi classificada segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), o que dificultou a codificação de muitos sintomas e condições não relacionadas a doenças, pois a classificação destinava-se originalmente a estatísticas de morbidade e a sua estrutura baseava-se em doenças. Na tentativa de resolução deste problema, o Comitê de Classificação da *World Organization of National Colleges, Academies* – WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais e Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família) criou a Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Atenção Primária (CIPS), cuja primeira publicação ocorreu em 1975 e segunda edição em 1979 (WONCA, 2009).

Na conferência de Alma-Ata, em 1978, reconheceu-se que uma boa política de atenção primária constituía o passo principal em direção à "saúde para todos até o ano 2000", reconhecendo-se que somente haveria possibilidade de construção de sistemas de cuidados primários adequados, permitindo a avaliação e implementação das prioridades individuais, se os profissionais de atenção primária tivessem acesso às informações corretas. Posteriormente, ainda em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeou aquele que passou a ser conhecido por Grupo de Trabalho da OMS, responsável pelo desenvolvimento de uma Classificação Internacional de Motivos da Consulta em Atenção Primária. Os membros deste grupo desenvolveram uma Classificação de Motivos da Consulta (CMC), mais tarde conhecida como Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP ou ICPC do inglês *International Classification of Primary Care*). Motivos da consulta (MC) é o significante utilizado para se referir a toda motivação que leva um usuário do serviço a aderir ao sistema de cuidados de saúde, os quais possuem normalmente um ou vários problemas subjacentes, sendo que, ao final do atendimento, as demandas identificadas pelo profissional poderão não corresponder às razões iniciais que levaram o paciente a marcar a consulta (WONCA, 2009).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) está organizada de forma que possibilita aos profissionais de saúde interpretar os problemas do

paciente como um mal-estar, uma doença ou uma lesão, observando-se a queixa apresentada e não o paciente de forma holística, ao passo que a Classificação dos Motivos da Consulta leva em consideração a perspectiva do sujeito, centrada no usuário de forma singular, e não na doença ou no profissional de saúde. A Classificação Internacional de Doenças está dividida em capítulos, separados por 3 eixos: Sistemas Anatômicos, Etiologia e Outro, o que pode gerar confusões, pois uma mesma patologia pode se encontrar em mais de um eixo; a CIAP, por sua vez, classificou todos os capítulos baseando-se nos sistemas anatômicos, partindo do pressuposto de que a localização (ou o indivíduo) tem primazia sobre a etiologia (WONCA, 2009). Neste contexto, a CIAP foi desenvolvida e, ao invés da doença, tem como principal critério de sistematização a pessoa e seu enquadramento social e não tem como objetivo substituir a CID, mas complementá-la.

A equipe responsável pela CMC realizou diversos testes em campo, concluindo que esta classificação permitiria categorizar os motivos da consulta e ainda dois elementos do cuidado orientado para o problema: o processo de cuidado (procedimentos e intervenções) e os problemas de saúde diagnosticados, originando assim a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) (WONCA, 2009). O quadro da CIAP-2 (edição atualizada) encontra-se disponível nos anexos.

A CIAP sempre esteve conectada à Classificação Internacional de Doenças (CID). A CIAP-2 (versão atual), foi cuidadosamente adaptada à CID-10 e as pesquisas empíricas exaustivas comprovaram que uma complementa a outra. A estrutura do CIAP-2 está fundamentada em dois eixos, sendo que o primeiro apresenta 17 capítulos, cada um com um código alfa e o segundo apresenta sete componentes idênticos, com rubricas numeradas com códigos de dois dígitos (Figuras 1 e 2).

Figura 1 – Estrutura da CIAP: 17 capítulos e 7 componentes

	Capítulos																
Componentes	**A**	**B**	**D**	**F**	**H**	**K**	**L**	**N**	**P**	**R**	**S**	**T**	**U**	**W**	**X**	**Y**	**Z**
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	

Fonte: WONCA (2009).

Figura 2 – Capítulos e Componentes da CIAP

CAPÍTULOS E COMPONENTES DA CIAP*

A	Geral e não-específico
B	Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço, medula óssea)
D	Aparelho digestivo
F	Olhos
H	Ouvidos
K	Aparelho circulatório
L	Sistema musculoesquelético
N	Sistema nervoso
P	Psicológico
R	Aparelho respiratório
S	Pele
T	Endócrino, metabólico e nutricional
U	Aparelho urinário
W	Gravidez e planejamento familiar
X	Aparelho genital feminino (incluindo mama)
Y	Aparelho genital masculino
Z	Problemas sociais

Componentes (iguais para todos os capítulos)

1	Componente de queixas e sintomas
2	Componente de procedimentos diagnósticos e preventivos
3	Componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos
4	Componente de resultados de exames
5	Componente administrativo
6	Componente de acompanhamento e outros motivos de consulta
7	Componente de diagnósticos e doenças, incluindo:

- doenças infecciosas
- neoplasias
- lesões
- anomalias congênitas
- outras doenças específicas

* Sempre que possível, foi utilizado um código alfa mnemônico.

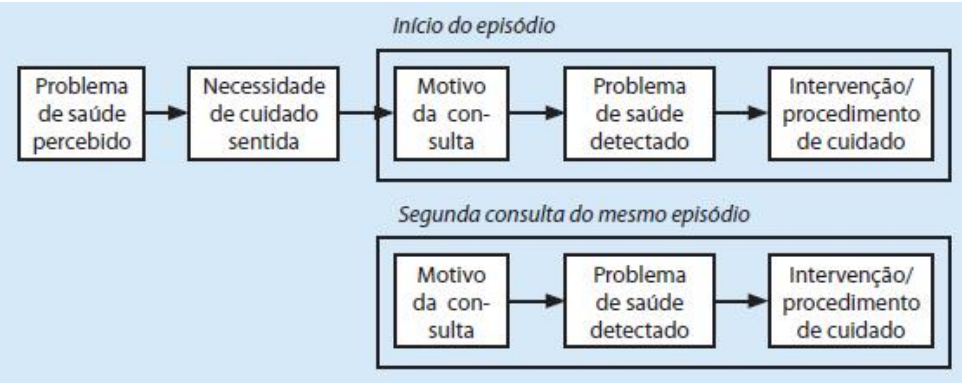
Fonte: WONCA (2009).

A classificação se apresenta em forma de lista tabular. As rubricas dos componentes 1 e 7 surgem por extenso em cada capítulo e as dos componentes de 2 a 6 são uniformes para todos os capítulos e são mencionadas apenas uma vez. Cada uma delas recebe um número de três dígitos, um título pequeno, e os códigos das respectivas rubricas na CID-10 (WONCA, 2009).

O episódio de cuidados é definido pela CIAP-2 como o período entre o momento em que as demandas são apresentadas ao profissional até a finalização da última consulta referente aos problemas, relacionado a todo

cuidado oferecido ao usuário que apresente qualquer necessidade de saúde, onde, baseando-se na CIAP, é possível realizar a avaliação das necessidades e abrangência dos cuidados, o grau de integração, de acessibilidade e de responsabilidade (Figura 3).

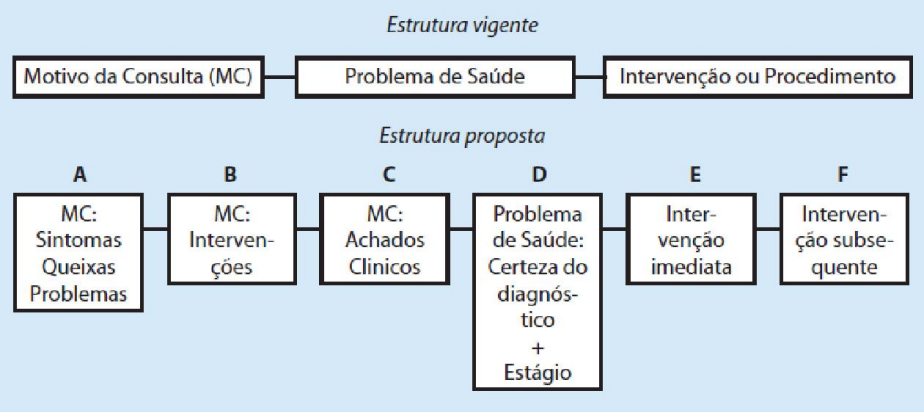
Figura 3 – Um episódio de cuidados



Fonte: WONCA (2009).

Ainda no CIAP-2, há uma nova proposta à estrutura citada acima, onde além dos elementos básicos de consultas – motivo da consulta, problema de saúde e intervenção/procedimento – foram acrescentados outros três, detalhando melhor os elementos iniciais, conforme mostra a Figura 4.

Figura 4 – Nova estrutura proposta para a descrição de consultas



Fonte: WONCA (2009).

O registro do motivo da consulta deverá seguir três princípios norteadores: deverá ficar claro entre paciente e profissional e deverá ser

reconhecido pelo paciente como uma descrição aceitável; a rubrica da CIAP deverá ser o mais próximo possível das palavras utilizadas pelo paciente para descrever sua necessidade de saúde, porém será necessário esclarecer o motivo da consulta dentro do quadro da CIAP afim de que seja aplicada a rubrica mais adequada na classificação; e a lista de critérios das rubricas para registro de problemas/diagnósticos não deverá ser utilizada, pois o motivo da consulta deve ser registrado pela ótica do paciente e totalmente baseado em sua descrição do fator que o motivou a procurar o serviço (WONCA, 2009).

Apesar de ser um instrumento vasto para classificações dos principais aspectos da Atenção Primária, a CIAP ainda apresenta algumas insuficiências. Os componentes de 2 a 6, por exemplo, não são específicos e são muito generalizados. Ainda não foi incluída também uma classificação de terapêuticas e medicamentos, como também ainda não foram incluídos resultados objetivos de exames físicos ou pesquisas (WONCA, 2009).

2.3 Método SOAP

É indiscutível a importância dos registros de atendimento em um serviço de saúde. Estes registros, materializados em forma de prontuários, compõem uma memória significativa para o profissional de saúde, essencial para a continuidade da atenção. Os registros ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliando na comunicação e tomada de decisão, permitindo um arquivo de dados das pessoas e famílias, podendo fornecer também dados para investigação científica ou prova para diligências legais (RAMOS, 2008).

Para o Conselho Federal de Medicina – CFM, Resolução 1638/2002, Artigo 1º, o prontuário é caracterizado como:

> “um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. ”

Existe a necessidade de um sistema de informação que propicie a todos os membros da equipe, dados necessários ao desenvolvimento da

assistência. Assim, o sistema de informação otimiza o processo de comunicação entre os integrantes da equipe multiprofissional e o cliente (KURCGANT, 1991).

Uma forma de registro considerada bastante efetiva para a prática clínica em APS é o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), adaptado do “Registro Médico Orientado por Problemas” (criado inicialmente para o ambiente hospitalar), e seu componente denominado “SOAP” (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano) (RAMOS, 2008). As etapas referentes ao método SOAP são descritas a seguir (CANTALE, 2003):

- **Subjetivo (S)**: nesta etapa ocorre o registro das informações coletadas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que está sendo cuidada.

- **Objetivo (O)**: nesta etapa ocorre o registro dos dados positivos (e negativos que se configurarem importantes) do exame físico e dos exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis.

- **Avaliação (A)**: após a coleta e o registro organizado dos dados e informações subjetivas (S) e objetivas (O), o profissional de saúde faz uma avaliação (A) mais precisa em relação ao problema, queixa ou necessidade de saúde, definindo-o e denominando-o. Nessa parte se poderá utilizar, se for o caso, algum sistema de classificação de problemas clínicos, por exemplo, o CIAP - Classificação Internacional de Atenção Primária.

- **Plano (P)**: a etapa final da nota de evolução SOAP é o plano (P) de cuidados ou condutas que serão tomados em relação ao problema ou necessidade avaliada. De maneira geral, podem existir quatro tipos principais de planos: 1) Planos Diagnósticos: nos quais se planejam as provas diagnósticas necessárias para elucidação do problema, se for o caso; 2) Planos Terapêuticos: nos quais se registram as indicações terapêuticas planejadas para a resolução ou manejo do problema da pessoa: medicamentos, dietas, mudanças de hábitos, entre outras; 3) Planos de Seguimento: nos quais se expõem as estratégias de seguimento longitudinal e continuado da pessoa e do problema em questão; 4) Planos de Educação em Saúde: nos quais se registram brevemente as informações e orientações apresentadas e negociadas com a pessoa, em relação ao problema em questão.

Uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar o sistema de informação em nível nacional é o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Esta estratégia faz parte de um processo de informatização qualificada, em busca de um SUS eletrônico, significando o registro individualizado das informações de cada cidadão, unificação e integração de todos os sistemas de software da APS. Ainda, por meio do registro com a CIAP é possível fazer um levantamento dos episódios de cuidado a cada cidadão. Cada episódio de cuidado é composto pelo motivo de consulta (no SOAP, corresponde ao “S” SUBJETIVO); problema de saúde detectado (no SOAP, corresponde ao “A” AVALIAÇÃO) e intervenção/procedimento de cuidado (no SOAP, corresponde ao “P” PLANO) (BRASIL, 2018).

3. OBJETIVO

OBJETIVO

Elaborar protocolo para a sistematização da assistência de enfermagem no acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade pesquisa-ação.

A pesquisa-ação representa um processo simultâneo de investigação e ação, desenvolvido no intuito de conhecer a realidade e propor a resolução de problemas coletivos a partir da observação, tendo como principal objetivo a transformação do contexto social (THIOLLENT, 2011).

Segundo o autor, a pesquisa-ação representa ainda uma estratégia metodológica da pesquisa social, na qual existe total participação das pessoas envolvidas para a solução do problema investigado.

4.2 Procedimentos

Para o desenvolvimento da pesquisa-ação devem ser seguidas as etapas: 1) diagnóstico situacional; 2) campo de observação, população ou amostragem de representatividade qualitativa; 3) coleta de dados; 4) plano de ação; 5) ação e avaliação (GONÇALVES, 2003). O pesquisador foi o coordenador de todas as ações desenvolvidas nesta investigação.

1) Diagnóstico situacional

Esta é a etapa inicial do estudo e representa o momento no qual o pesquisador deverá conhecer a unidade de saúde na qual será realizado o estudo ora apresentado no intuito de compreender o processo de trabalho da enfermagem relacionado ao atendimento da demanda espontânea dos usuários. Como o pesquisador é enfermeiro da referida unidade, já conhecendo a dinâmica do processo de trabalho, não foi necessária a realização desta etapa isoladamente.

O local escolhido para realização deste estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Sertãozinho, localizado na região nordeste do Estado de São Paulo. Até o ano de 2015, esta unidade possuía atendimento médico de plantão (demanda livre) além dos agendamentos com

médicos clínicos, ginecologistas e pediatras, funcionando todos os dias da semana, das 7:00 às 23:00 (os atendimentos agendados funcionavam apenas em dias úteis). Outros profissionais que atuam nesta unidade além dos profissionais médicos são enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem (na assistência e na sala de vacinas), assistente social, dentistas, auxiliar de consultório odontológico, farmacêutico, auxiliar de farmácia e escriturários (administração e recepção). Os profissionais responsáveis pela limpeza da unidade eram gerenciados por uma empresa terceirizada.

Além desta unidade, outras duas UBS no município realizavam os atendimentos da mesma forma e com o mesmo período de trabalho. Após inauguração de uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, em agosto de 2015, houve uma reestruturação dos atendimentos das unidades de saúde do município, sendo excluídos os atendimentos dos médicos plantonistas nestas unidades. A partir deste momento, todas as unidades passaram a funcionar apenas com atendimentos agendados, em dias úteis, no horário das 7:00 às 17:00. Com esta reestruturação e consequente redução do fluxo de usuários nestes serviços, alguns profissionais foram remanejados entre as unidades, conforme as necessidades da rede de atenção. Em 2016, algumas unidades voltaram ao atendimento médico de plantão, porém desta vez não alteraram seu horário de funcionamento, mantendo o período de trabalho apenas em dias úteis, das 7:00 às 17:00.

Atualmente, a UBS estudada realiza diversos atendimentos à população como acolhimento, pré-consulta, atendimento médico em clínica médica, ginecologia e pediatria, atendimento odontológico, pré-natal e puericultura, grupos de gestante, curativos, vacinas, dispensação de medicamentos e preservativos, orientações sobre planejamento familiar, consultas e atendimentos de enfermagem, eletrocardiograma, testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatites B e C), acompanhamento de saúde para programas municipais, estaduais e federais, administração de medicamentos, atendimento de serviço social, entre outros.

2) Definição do campo de estudo e da população

De acordo com o Portal da Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados), o município de Sertãozinho possui aproximadamente 121 mil

habitantes, com densidade demográfica de 300,75 habitantes por Km^2, com um grau de urbanização de 99,49%, com 18,93% de habitantes com menos de 15 anos e 13,65% da população com mais de 60 anos. Nas estatísticas vitais e saúde, com dados referentes ao ano de 2017, é apresentada uma taxa de natalidade de 13,25 por mil habitantes e taxa de mortalidade infantil de 13,95 por mil nascidos. A taxa de mortalidade da população entre 15 e 34 anos é de 75,77 a cada 100 mil habitantes e a taxa de mortalidade na população com 60 anos ou mais é de 3.662,40 a cada 100 mil habitantes.

Em relação às gestantes, a Fundação SEADE informa que, em 2016, 79,57% realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, com 61,44% de partos cesáreas. Há ainda uma taxa de 13,99% de gestações pré-termo e 10,01 nascimentos de baixo peso (com menos de 2,5 kg). A Fundação SEADE ainda informa que há um coeficiente de 0,54 leitos SUS para cada 100 mil habitantes (FUNDAÇÃO SEADE, 2019).

Sertãozinho possui uma área de 403,09 km^2 e compõe o Departamento Regional de Saúde – DRS XIII (Regional de Ribeirão Preto) e a Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 do Estado de São Paulo, integrando os municípios do Horizonte Verde, juntamente com os municípios de Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal e Pradópolis (figura 5).

Figura 5 – Municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII

Fonte: IBGE/2007, APUD Núcleo de Educação Permanente e Humanização – DRS XIII[1].

[1] Disponível em http://nephrp.com.br/neph-drs.html

A rede de Atenção à Saúde do município é composta por oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Saúde (onde são atendidas especialidades médicas e também onde se localiza o Centro de Referência de Infectologia), três Programas de Agentes Comunitários de Saúde, Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar (EMAD), um ambulatório de Ortopedia, três Centros de Especialidades Odontológicas, ambulatório de fisioterapia, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) e um Ambulatório de Saúde Mental. Ainda fazem parte da rede de atenção à saúde do município farmácias externas às Unidades de Saúde (farmácia de Alto Custo, farmácia de Ação Judicial e farmácia Popular do Brasil), Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, Núcleo de Controle de Vetores e Zoonoses e a Central de Regulação, a qual é responsável pelos agendamentos de exames e especialidades médicas para a população sertanezina nos serviços municipais e regionais, por meio da articulação intersetorial com o Departamento Regional de Saúde (DRS-XIII).

A Unidade Básica de Saúde na qual foi desenvolvido o estudo ora apresentado, atualmente possui dois enfermeiros (sendo que um é o responsável pela pesquisa), quatro técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem. Durante a realização deste trabalho, uma auxiliar de enfermagem foi transferida para outro serviço, não havendo reposição. Ademais, uma das técnicas de enfermagem não aceitou participar do estudo. Desta forma, a população deste estudo foi representada por seis profissionais de enfermagem, sendo uma enfermeira e cinco técnicos/auxiliares de enfermagem.

Destaca-se que, apesar do responsável por este estudo fazer parte da equipe de saúde da unidade, foi esclarecido aos participantes que não haveria qualquer relação de autoridade ou submissão em relação ao grupo, garantindo a todos total liberdade em participar e se retirar a qualquer momento da pesquisa, caso fosse o desejo do profissional. Garantindo o anonimato dos participantes, também foi explicitado que as falas durante os grupos seriam sigilosas e só poderiam ser utilizadas para fins de estudo. Quanto à participação do pesquisador responsável, esta foi limitada a coordenar as ações desenvolvidas durante os grupos focais, atuando como moderador e não emitindo opiniões durante as discussões.

3) Coleta de Dados

De acordo com Minayo (2001), apesar de alguns autores considerarem a “análise” como a descrição dos dados e “interpretação” como a articulação desta descrição com conhecimentos mais amplos, embasados na literatura, a autora compreende a “análise” como um termo que envolve a “interpretação”, pois estes dois termos estão presentes em um mesmo movimento, o qual consiste em olhar com atenção para os dados da pesquisa e suas acepções. A mesma autora, em publicação de 1992, afirma que os objetivos da análise são: a compreensão dos dados coletados, resposta à(s) questão(ões) da pesquisa e maior conhecimento sobre o estudo realizado, o qual deve ser articulado com o contexto cultural presente.

A autora ainda aponta três princípios para classificação dos conjuntos ou das categorias: 1) o conjunto de categorias deve ser estabelecido a partir de um único princípio de classificação; 2) um conjunto de categorias deve ser exaustivo, permitindo a inclusão de qualquer resposta em uma das categorias do conjunto; 3) as categorias devem ser mutuamente exclusivas, ou seja, uma resposta não pode estar presente em duas categorias ou mais categorias (MINAYO, 2001).

A técnica de análise de conteúdo possui duas funções em sua aplicação, sendo uma delas a verificação de hipóteses ou questões e a outra a descoberta do que está implícito nos conteúdos apresentados. Cronologicamente, a análise de conteúdos pode englobar quatro fases: pré-análise (onde se organiza o material obtido de acordo com o objetivo do trabalho); exploração do material (onde aplicamos o que foi definido na fase anterior); tratamento dos resultados encontrados (onde tenta-se desnudar o conteúdo implícito ao que foi coletado); e interpretação (MINAYO, 2001)

Minayo (1992) propõe um método de interpretação dos dados denominado método hermenêutico-dialético, no qual a fala dos participantes é compreendida por meio do seu contexto, destacando dois pressupostos deste método: a ideia de que não há consenso ou conclusão no processo de produção de conhecimento e a ideia de que a ciência se produz na relação prática entre o saber dos que a praticam e a experiência dos que atuam na realidade concreta.

Sua operacionalização segue três passos: ordenação dos dados, classificação dos dados (a construção do dado surge a partir do questionamento

realizado sobre a informação apresentada) e a análise final. Desta forma, relacionamos o concreto com o abstrato, a prática com o conhecimento teórico e produto final da pesquisa deve ser sempre considerado como provisório e aproximado, considerando que a produção de conhecimento nunca será concluída.

Para a coleta de dados, foram realizados grupos focais (GF), que consistem em "*uma técnica de coletar dados diretamente das falas de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo*" (LEOPARDI et al., 2001. p.258). Esta técnica permite entender percepções, crenças, valores, práticas cotidianas e comportamentos de determinados grupos sociais, além de possibilitar a análise de ideias compartilhadas pelos indivíduos e a influência destes fatores no comportamento dos sujeitos (GATTI, 2005).

Segundo Trad (2009), a técnica do grupo focal começou a ser utilizada na década de 1940, tendo origem anglo-saxônica. Desde então, é muito utilizada em pesquisas sociais, especialmente relacionadas à propaganda e marketing devido ao seu baixo custo e à possibilidade de resultados em um curto espaço de tempo. Na saúde, aumentou-se o uso do grupo focal a partir da segunda metade da década de 1980, principalmente pela valorização das metodologias de inspiração construtivista, ressaltando a necessidade de apreender a complexidade e a dinamicidade encontradas nas políticas públicas, programas e estratégias de saúde e a necessidade de considerar a visão de diferentes sujeitos e contextos sociais que se apresentam.

A autora ainda ressalta que o GF difere da entrevista individual, pois se baseia na interação entre as pessoas do grupo. A formação do grupo deve obedecer critérios pré-determinados, de acordo com o objetivo do estudo. Alguns estudos sobre grupo focal apontam a necessidade de três a cinco encontros, para se obter informações suficientes (BARBOUR e KITZINGER, 1999; MORGAN, 1998; TRAD, 2009). Em relação ao número de participantes dos grupos, foi encontrado uma variação entre os trabalhos consultados, sendo colocado como ideal um número de cinco a 15 participantes.

Os trabalhadores foram convidados a participar do estudo, recebendo orientações sobre os objetivos e os procedimentos a serem realizados, sendo detalhado a cada um como iriam ocorrer os grupos focais. Os profissionais que

aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Julgou-se apropriado dividir a equipe para não interromper as atividades da unidade, sendo formados dois grupos de três pessoas. Os participantes foram sorteados, com exceção das trabalhadoras que atuavam na sala de vacinas, pois caso elas participassem do mesmo grupo, seria necessário interromper a vacinação durante as reuniões. Desta forma, foram inicialmente colocadas uma em cada grupo e, a partir daí, foram sorteados os demais participantes, não ocorrendo prejuízos no atendimento à população.

Sobre o tempo de duração de cada grupo e o número de reuniões realizadas, utilizou-se o critério de saturação, ou seja, foram realizados GF até a conclusão do assunto, quando a estrutura de significados foi apreendida. Assim, devido ao fluxo da Unidade e considerando que os encontros foram realizados durante a atividade laboral e que havia apenas três profissionais em cada momento, foi possível realizar duas reuniões com cada grupo para a coleta dos dados, as quais tiveram duração aproximada de uma hora e intervalo aproximado de uma semana para cada reunião.

Trad (2009) considera a possibilidade da presença de um segundo moderador e de observadores externos nos grupos. Neste sentido, pensou-se na participação de uma profissional administrativa como observadora; no entanto, como os grupos eram formados exclusivamente por profissionais de enfermagem, cogitou-se que a presença de uma pessoa externa à equipe poderia inibir as colocações dos participantes. Desta forma, optou-se por um único moderador, sem a presença de outros observadores.

Antes de iniciar todas as reuniões, foi esclarecido ao grupo que os diálogos teriam seu áudio gravado para posterior transcrição; foi enfatizado o caráter sigiloso dos grupos, sendo realizado um contrato verbal sobre a reserva dos assuntos tratados; foi também salientado que não haveria respostas certas ou erradas e que as dúvidas relacionadas a assuntos diferentes aos discutidos nos GF seriam esclarecidas posteriormente à realização das reuniões; no início de cada grupo, reforçou-se a importância de todos falarem e que não poderia haver intimidação ou censura de qualquer forma, deixando todos os participantes livres para se expressarem.

Durante os encontros, observou-se que os participantes deste estudo trabalhavam juntos há muitos anos e possuíam um vínculo positivo e quase

familiar, facilitando o diálogo e o levantamento de ideias, apresentando uma crescente interatividade e espontaneidade entre os participantes. Nestes momentos, foi utilizado um roteiro elaborado pelo pesquisador contendo questões abertas sobre a caracterização dos trabalhadores e sobre a percepção dos sujeitos em relação ao atendimento da demanda espontânea na unidade (Apêndice B).

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem da Unidade Básica de Saúde e não estar afastado do trabalho durante o período de coleta de dados.

4) Elaboração do plano de ação

Esta etapa consiste na elaboração coletiva do protocolo de acolhimento. A utilização de protocolos de assistência tem como premissa a participação dos usuários dos serviços no processo de elaboração e de tomada de decisão, bem como da validação destes instrumentos sistematizados (PIMENTA et al., 2015).

Para o desenvolvimento sistematizado do protocolo, foram consideradas as etapas do Processo de Enfermagem e do método SOAP para descrever as ações relacionadas ao acolhimento dos usuários na Atenção Primária.

5) Implementação das ações

Uma vez elaborado o protocolo de atendimento da demanda espontânea, nesta etapa, as intervenções devem ser implementadas.

O fluxograma de ações e o protocolo de SAE da demanda espontânea elaborados neste estudo estão sendo implementadas na unidade de saúde estudada, contando com a participação de todos trabalhadores. Estes protocolos também serão apresentados aos gestores de saúde e de enfermagem do município, disponibilizando esta ferramenta para utilização nas demais unidades e serviços de saúde locais, inclusive podendo ser utilizados no Projeto de Acolhimento da Demanda Espontânea, coordenado pelo Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII).

4.3 Aspectos éticos

Este estudo somente foi iniciado após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Sertãozinho (Anexo 1) e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – CEP EERP/USP (CAAE 01912618.5.0000.5393) (Anexo 2). Foram seguidas as normalizações da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo seis profissionais de enfermagem, sendo uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem. Destes, uma técnica e uma auxiliar de enfermagem atuavam na sala de vacina, sendo que os demais profissionais de nível médio atuavam na assistência, enquanto a enfermeira é responsável por supervisionar toda a unidade. Dos seis participantes, apenas um era homem. As idades dos participantes variaram de 42 a 62 anos, com uma idade média de 51,5 anos. Em relação ao tempo em que atuavam na unidade, este período variou de seis a 18 anos, com um tempo médio de 10,33 anos.

5.2 Percepção dos trabalhadores sobre a APS

Durante os grupos focais, foram realizados questionamentos sobre o entendimento dos trabalhadores acerca da APS no município, sobre as funções dos profissionais neste serviço, sobre o acolhimento aos usuários, sobre os registros das atividades realizadas, sobre as dificuldades encontradas no serviço e sobre formas de melhorar a qualidade dos atendimentos prestados aos usuários.

Assim, quando questionados sobre o que entendem por APS, os profissionais referiram:

> O básico é informar, orientar. (Profissional B)
>
> Acesso à informação, atendimento médico, vacinação, atendimento com pediatra, ginecologista. Seria prevenção. (Profissional A)
>
> Não sei como funciona, mas todos os exames que os médicos da unidade pedem, a unidade é responsável para ver o resultado, agora quem é responsável para ver eu não sei. Deve ser o enfermeiro. (Profissional A)
>
> Pra mim, Atenção Primária, o paciente chega, vai passar pela recepção, fazer uma ficha, abrir cadastro e a gente vai ter que orientar o paciente. Temos que orientar o paciente para ele chegar no clínico geral, o clínico geral vai atender ele, mas acho que não acontece. Até ele chegar na enfermagem a gente não dá nenhuma solução pra ele...

> A gente fala que a sua solução vai ser no médico. Aí o médico quer atender em 5 segundos. Aí eles não explicam para o paciente a receita, ele não explica para o paciente o porquê que ele pediu aquele exame... Então o paciente entra e sai da mesma forma. Aí ele sai daqui e vai pra outra UBS, porque ele está procurando alguma coisa que não encontrou. Então eu acho que Atenção Primária seria isso... Acolher, conversar com o paciente, ouvir as queixas do paciente, falar pra ele que naquele momento ele não vai ter a resolução do problema dele, que vai demorar mais um pouco, que ele vai passar por isso ou aquilo, entendeu? (Profissional E)

Em relação aos serviços que fazem parte da APS, os trabalhadores relataram:

> O SAD, o SAMU, pois eu sempre que atendo, realizo orientações, outros colegas realizam também orientações, para os cuidados após. (Profissional B)
>
> O Centro de Saúde era estadual, aí gerou as especialidades, DST, atendimento à hanseníase, então pra mim é secundário. (Profissional B)
>
> Por exemplo o paciente acidentado que chegar ali (na UPA) vai receber o primeiro atendimento e será encaminhado para um hospital. Então eu acho que ali é primário... No Centro de Saúde eles atendem algumas especialidades, mas eles têm que encaminhar também. Eles não resolvem ali também, só encaminha. Posso estar pensando errado, mas eu acho que no Centro de Saúde é Atenção Primária. (Profissional E)

Questionados sobre o que se deve oferecer aos usuários na APS, os profissionais de enfermagem relataram:

> Acolher... Ouvir o paciente, sentir o que está acontecendo, dar orientação. (Profissional B)
>
> Tem paciente que vem aqui só para conversar às vezes... (Profissional A)
>
> (Na sala de vacina) Você não consegue fazer um por cento do que você precisa fazer. Nem de atenção, nem de acolhimento, de nada... O máximo que você consegue fazer é anotar, fazer as vacinas, dar uma orientação meio básica. (Profissional D)
>
> E essa questão da humanização, como todo mundo fala da humanização. Como vai existir humanização se eles colocam 16 pacientes para o ginecologista? Será que eles entendem? Que quando não tem médico é melhor ter 16 do que ficar sem consultar, mas será que eles entendem como é complicado para a mulher? Ir lá, tirar a roupa, subir naquela maca, abrir as pernas, enfiar aquele “trem” lá... E aí o médico fala “vamos rapidinho”. Quantas vezes eu quase caí da maca, que ódio. (Profissional E)
>
> Temos que fiscalizar... Como é que o paciente sai? Ele (médico) pode demorar um minuto pra atender ela, mas se ela sai da sala dele

> satisfeita, está ótimo. Mas ele pode demorar 50 minutos pra atender ela, se ela sair da sala cuspindo fogo, não está certo. (Profissional E)
>
> O que eu penso do acolhimento, é fazer o paciente se sentir à vontade, você entendeu? Tratar ele com educação, com respeito, porque muitas vezes você não vai fazer o que ele quer. Ele vai embora sem o que ele quer. Você entendeu? E paciente da sala de vacina, a gente acaba criando um vínculo com a mãe. Quando a gente observa algo diferente, a gente sempre pergunta para o paciente, a não ser que for um paciente extremamente estranho, que é muito difícil, mas tem. Mas a maioria dos nossos pacientes, são pacientes que vêm com uma certa frequência, uma vez por mês ou uma vez a cada 15 dias, ou todo dia. Então vai ser muito difícil... A primeira coisa que a gente pergunta é o que aconteceu? Por exemplo o sr. (...) não veio um dia e eu perguntei: por quê o senhor não veio ontem? E ele falou: "ai filha, é porque eu passei mal, precisei ir pra UPA e então não pude vir". Então já cria esse vínculo e você já se sente à vontade. Agora se for uma paciente completamente estranha, que nunca veio... Ah, mas a gente dá um jeitinho de perguntar pra ela. (Profissional E)
>
> Teve uma senhora hoje que veio aqui confusa. Eu falei... A próxima vez que a senhora vier aqui vai trazer sua filha... Tudo que pergunta pra ela, ela não sabe... Eu falei pra ela, não dá, tem que vir. Entendeu? Então é complicado. (Profissional E)
>
> Idoso não deveria andar sozinho. Ele não consegue entender o que você fala. Você acaba de falar e ele pergunta de novo. Você fala de novo e ele pergunta de novo. Tem acontecido, principalmente na campanha (de vacinação), de idoso voltar 4 ou 5 vezes, entra pra falar a mesma coisa. (Profissional D)

De acordo com as falas dos participantes, observou-se que os trabalhadores reconheceram seu papel na prevenção e no tratamento de doenças agudas ou crônicas, e a necessidade do trabalho em equipes multiprofissionais, embora, de forma geral, ainda reconheceram o profissional médico como figura central da equipe. Os participantes também identificaram insatisfações dos usuários pela forma como eram atendidos por alguns profissionais.

Considera-se que qualquer profissional do serviço de saúde, sem exceção, pode causar impacto no atendimento ao usuário, seja de forma positiva ou de forma negativa, além de poder facilitar a atuação de outro profissional (BRASIL, 2011).

Identificou-se a falta de conhecimento dos profissionais sobre a definição de APS e sobre a SAE, uma vez que não sabiam diferenciar determinados serviços da APS e de outros níveis de complexidade. Além disso, não identificavam o Processo de Enfermagem e ações relacionadas à SAE na APS. Nascimento et al (2008) argumentam que a SAE deve ir além dos limites

da enfermagem, considerando que o trabalho multiprofissional complementa o cuidado ao usuário.

A autora também reconhece que o enfermeiro possui uma função de articulador entre os profissionais nos serviços de saúde. No entanto, durante a realização dos GF, os participantes ampliaram esta definição, demonstrando que, na APS, toda a equipe de enfermagem está comprometida em se articular não somente com outros profissionais da unidade, mas com outros serviços e também com familiares, estreitando o vínculo e fortalecendo a confiança do usuário em relação ao serviço.

Foi observado que, apesar de não terem conhecimento sobre a legislação que regulamenta o serviço em que atuam, os colaboradores conseguiam reconhecer seu papel na Rede de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, apresentavam incertezas sobre os demais serviços que compõem a RAS e as formas de articulação entre os usuários, a APS, os serviços de apoio e os demais serviços de maior complexidade que compõem a rede. Além disso, verificou-se que todos conheciam as rotinas da UBS e a regulação do município para o encaminhamento dos usuários para outros serviços de saúde de maior complexidade ou diferentes especialidades.

Sobre a percepção dos trabalhadores em relação aos demais profissionais no acolhimento, foi relatado:

> Muitos aí fora percebem que atrás de um profissional há um ser humano também. Muitas vezes eu iria fazer uma injeção em uma adolescente, eu chamo outro profissional para haver testemunha para que ela não alegue nada depois. É um acolhimento, não é? (Profissional B)
>
> (Sobre chamar outro profissional para acompanhar atendimentos) Eu acho que não (é acolhimento) porque (durante atendimento com determinado ginecologista) muitas se sentiam constrangidas com a nossa presença... Às vezes você vai passar em atendimento com o médico, então você está preparada para este exame, você sabe o que vai ter que fazer, aí de repente vem outra pessoa. Já é constrangedor a situação, mas você está preparada para isso. Aí vem outra mulher que vai ficar te avaliando... O ginecologista homem é diferente. Ele não vai ficar avaliando, mas uma mulher ela vai ficar olhando... “nossa, que esquisita, olha o seio dela, olha a barriga dela”, entendeu?... Não tenho problema nenhum em ir em um ginecologista homem. Já tive um problema, fui no médico, não tive problema em fazer o exame. Mas já pensou se ele chama alguém para acompanhar? Eu não iria gostar... Iria me sentir constrangida. (Profissional A)

Durante os GF, houve divergências em relação à possibilidade de um

profissional acompanhar outro colega durante o atendimento. Enquanto alguns acreditavam que isso proporcionaria conforto e segurança ao usuário, especialmente em momentos que este ficava mais exposto, outros profissionais acreditavam que este artifício representaria um respaldo profissional.

Erdmann (1995) questiona a noção de prioridade no desenvolvimento do cuidado em enfermagem, apontando que o sistema organizacional desta categoria é focado nos usuários e familiares, pois é "*a partir deles, com eles, neles e para eles*" que as oscilações de cuidado ocorrem, ou seja, sem usuários, não há a prática do cuidado. Neste sentido, alguns profissionais relataram que, se estivessem em atendimento, sentiriam-se constrangidos com a presença de mais uma pessoa na função de "observadora", pois não haveria nenhuma função técnica que justificasse este tipo de acompanhamento.

Questionados sobre os motivos que consideram levar os usuários a buscar os serviços e a respeito do que julgam que os usuários desejam durante o acolhimento, os trabalhadores relataram:

> Eu acho que a gente precisa ouvir o que necessita e fazer o que é o certo, mas nem sempre o certo é o que a gente queira fazer. Então é fazer algo aproximado. Teríamos que ouvir o paciente. Não fazer necessariamente o que ele quer. (Profissional A)

> Não temos como obrigar o paciente a fazer algo que ele não quer. Às vezes lá na sala de vacina, tem mãe que não aceita que a gente dê a vacina da gripe. Então a gente relata que a mãe se recusa e pede pra ela assinar no cartão. (Profissional C)

> Tem paciente que quer que atualize o bolsa família sem atualizar a vacina. Aí não dá. O bolsa família é um incentivo pra escola, vacina... (Profissional B)

Atualmente, após sair do atendimento médico, o usuário se dirige à recepção, com a finalidade de autorizar os exames, agendar retorno e receber outras orientações. Porém, todos os profissionais que participaram dos GF reconheceram que a equipe de enfermagem poderia orientar melhor os usuários se houvesse pós-consulta na UBS. Esta ação possibilitaria o oferecimento de orientações relacionadas, por exemplo, ao o uso de medicações prescritas e

sobre exames solicitados, esclarecendo possíveis dúvidas não esclarecidas durante a consulta médica e reduzindo a ansiedade do indivíduo.

Inclusive a equipe assentiu que a enfermagem na APS, habitualmente, é a equipe que desenvolve um maior vínculo com os usuários. Ainda apontaram que o tempo de espera e a forma como alguns profissionais atendem os pacientes poderiam intimidar ou inibir o usuário, fazendo com que os usuários deixassem de mencionar algo importante para o seu tratamento.

Apontaram ainda a importância da equipe de enfermagem no acolhimento do paciente após a consulta médica, momento considerado ideal para minimizar sentimentos de medo e angústia do indivíduo, evitando que ele recorra a outro serviço de maior complexidade sem necessidade devido ao fato de não sentir que sua demanda tivesse sido atendida.

De acordo com o CIAP2, um dos momentos primordiais na atenção à saúde é a escuta do usuário pelo profissional, no qual ele irá relatar seus anseios e o motivo pelo qual está procurando aquele serviço. Esta distinção entre a busca inicial do usuário e o que é necessário para que ele tenha suas demandas atendidas é a essência da APS, evitando procedimentos desnecessários e tornando as ações mais resolutivas (WONCA, 2009).

Quando questionados sobre o que podemos melhorar no trabalho e na UBS para otimizar o acolhimento ao paciente, os trabalhadores referiram:

> A recepção... O acolhimento deveria começar lá na recepção. (Profissional C)
>
> Na recepção, o que eu acho é assim... Ele vem e consulta com um médico, aí ele vai marcar o retorno e marcam com qualquer um. Não é assim... Deveriam marcar o retorno com o mesmo médico. (Profissional A)
>
> Uma coisa que eu acho que falha muito é não ter uma pós consulta. (Profissional E)
>
> O povo sai do consultório e vão na farmácia e elas não orientam lá. Deveriam orientar. Tem farmacêutico pra isso. (Profissional C)
>
> Sobre dividir os pacientes para consulta, eu acho desumano agendar 24 pacientes para o mesmo horário. O último sai daqui meio dia. (Profissional A)
>
> (dividir os pacientes por horários) Facilita... Porque na hora que você estiver terminando a pós consulta, você já está fazendo a pré consulta de novo e já vai vir a pós consulta de novo. E pode até resolver uma outra coisa... Briga... Porque vai estar todo mundo ocupado e não vai ter tempo de brigar. (Profissional E)

> O que mais falta é informação, você entendeu? É isso que acaba deixando ele estressado. (Sobre os agendamentos) Pode ser ruim pra recepção, o posto pode ficar cheio de gente o dia todo, não tem aquela calmaria, mas eu acho uma falta de respeito o paciente chegar aqui 11h30 e ir embora 16h30. Já esperei mais em consultório particular, SERMED... Sim eu não tô dizendo que não exista. Mas eu acho que podia fazer de uma forma... Tempo... O tempo é uma coisa tão importante (Profissional E)

> Eu gostaria de pegar na pós consulta. Eu acho que se a gente tiver uma pós consulta bem feita, muito desses "ai, eu não to entendendo... Vem aqui e me explica... Porque você é legal..." Entendeu? Isso aí vai diminuir. (Profissional F)

> E o médico aprender que tem que fazer o relatório legível. Porque se eu pergunto pro paciente e o senhor não entendeu, aí você vai ler o que o doutor (clínico) ele escreve, faz uns redondinhos da parafuseta lá... Nem no advinho você não consegue. O dr. (ginecologista) coloca assim, ó... "DI... Ok... BCF tanto...", quando ele coloca, né? Se a paciente não entendeu vai continuar não entendendo, porque eu não sei o que aconteceu dentro da sala. (Profissional E)

Esclarece-se que, atualmente na UBS estudada, os atendimentos são agendados no mesmo horário para serem atendidos em quatro horas pelo médico. Assim, para o Clínico Geral, são agendados 24 pacientes às 7:00 (para atendimento até às 11:00); para o Ginecologista e para o Pediatra são agendados 16 pacientes às 7:00 (para atendimento até às 11:00).

Diante desta situação, os participantes sugeriram alterar a forma de agendamento dos atendimentos, passando a agendar metade das consultas às 7:00 e metade às 9:00, diminuindo o tempo de espera e a quantidade de pacientes na UBS.

Os trabalhadores relataram também que alguns profissionais da recepção, no momento de agendar o retorno dos pacientes, não se atentam à especialidade (Clínica Geral, Ginecologia ou Pediatra) e ao profissional que atendeu o paciente, ocorrendo retornos com profissionais diferentes dos que deram início ao tratamento. Isso foi apontado durante os GF como um fator que dificulta o acompanhamento, além de prejudicar o vínculo profissional-usuário.

Também foi discutido sobre o atendimento na farmácia. Os profissionais referiram que os usuários não recebem esclarecimentos suficientes e de forma adequada para uso das medicações, seja durante a consulta, seja durante o atendimento farmacêutico. Foi relatado ainda que o atendimento na farmácia é realizado em uma pequena janela, o que aumenta a impessoalidade do atendimento e pode causar certa insegurança ao indivíduo para sanar dúvidas

que porventura possam existir.

Os participantes sugeriram que a pós-consulta de enfermagem poderia resolver esta situação, na qual os profissionais poderiam explicar com detalhes a forma correta do uso da medicação, antes mesmo de retirá-la na farmácia e, caso fosse observado alguma dificuldade de compreensão pelo usuário, construiriam estratégias para facilitar o uso e reduzir o risco do uso incorreto dos fármacos prescritos.

É possível constatar que as pontuações dos profissionais sobre as oportunidades de otimização do atendimento se referem basicamente à reorganização do serviço, sem necessidade de investimentos em recursos materiais. Neste sentido, a SAE surge como a ferramenta de estruturação do cuidado profissional, a qual possui o objetivo de predicamentar a assistência, reduzindo os possíveis riscos aos usuários atendidos, permitindo que o profissional enfermeiro realize suas atribuições privativas, sem que necessite perpassar suas responsabilidades como gestor da equipe de enfermagem. A SAE proporciona e fortalece a autonomia da equipe de enfermagem ao passo que viabiliza a organização do processo de trabalho (OLIVEIRA, 2010).

Por fim, os participantes relataram que os registros elaborados pelos profissionais médicos, geralmente, possuem informações insuficientes e/ou letras muitas vezes ilegíveis, dificultando as orientações da equipe de enfermagem aos usuários ou familiares.

Erdmann (1995) ressalta que o processo de cuidar na saúde possui elementos por vezes técnicos e, em outros momentos, empíricos. As interpretações dos profissionais confirmam esta ideia, apontando que o cuidado extrapola o conhecimento técnico, transpassando pelas relações e interações sociais com o usuário.

Em relação à capacitação dos trabalhadores, foi relatado:

> Eu falo que pra tudo não é só ir lá dar uma aula ou palestra. Cartilha... Precisa rezar a cartilha... Cada funcionário na sua (Unidade), aí o enfermeiro “ó gente, vocês estão recebendo, é assim que funciona e tal, tal...” É educar o funcionário... Quando eu falo cartilha, é um regimento. O enfermeiro pega e orienta. Com a correria que a gente tem, não é por maldade, mas a gente joga lá no canto e esquece. Só que ele (enfermeiro) vai colocar o pessoal aqui, meia dúzia que pode, e vai fazer o be a bá. Vai dar a orientação do que é a cartilha, como se deve funcionar. Tanto pra enfermagem como pra recepção, administrativo e tudo, entendeu? (Profissional B).

No que concerne às capacitações, os participantes reconheceram que recebiam treinamentos e cursos de atualização, oferecidos pela Prefeitura do município. Estes treinamentos foram considerados importantes para o desenvolvimento profissional e um participante referiu que as novas orientações deveriam ser exigidas a todos os profissionais, referindo que teria pouca resolutividade realizar capacitações se alguns mantivessem práticas antigas ou não utilizassem os insumos adequados durante o atendimento.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) afirma que a atuação dos profissionais no sistema de saúde não deve ter apenas um caráter técnico, apontando também a importância das relações interpessoais e dos processos de trabalho. A EPS traz uma concepção para a atuação nos serviços do SUS de compromisso com a coletividade, considerando a diversidade presente no Brasil, e afirma que as tomadas de decisão devem perpassar pelo acolhimento, com a escuta qualificada do usuário, respeitando-o e oferecendo um cuidado de qualidade (BRASIL, 2014).

Sobre os registros dos atendimentos, os participantes relataram:

> Eu acho que poderia ter alguma coisa, com umas perguntas que você possa fazer e que também não leve muito tempo, que não seja um texto muito longo, porque, infelizmente você sabe, que o problema do brasileiro é ler e escrever. Então teria que ser uma coisa mais dinâmica, né? Um check list... Deixar uma observação embaixo pra você completar com mais alguma coisa. Que nem, por exemplo, na pré consulta mesmo, se eu for sentar o paciente, tudo que eu falo com ele, olhando a pressão, pesando e medindo, eu vou umas duas horas só de pré consulta. Você até pede pra ele “olha, não esquece de falar tudo isso pro médico, o que você falou pra mim, mas aí fica lá três horas esperando, será que ele falou? Será que ele lembrou? Ou será que ele queria ir embora logo? (Profissional E)

A respeito da necessidade de registrar as atividades realizadas, foi mencionada a dificuldade de registrar todas as ações efetivadas, considerando o número de usuários atendidos no serviço e a dificuldade de trabalhar com os impressos que existem atualmente no serviço. Além disso, os trabalhadores de enfermagem relataram haver espaço reduzido para a enfermagem nos impressos destinados aos registros de atendimento, havendo uma área maior para os registros médicos (o impresso atual possui apenas duas linhas para o registro da enfermagem na pré-consulta, sem espaço para registro de pós-

consulta).

Também foi mencionado que, devido ao tempo de espera para atendimento médico, existe a possibilidade de o usuário olvidar-se de todos os detalhes informados durante o atendimento pela enfermagem, sendo consideradas importantes as anotações durante a pré-consulta para que não faltem informações e para ações mais efetivas por parte do profissional médico.

A Resolução COFEN nº 564/2017, em seus artigos 36 e 37, reafirma o dever do profissional de enfermagem de realizar os registros das informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar com clareza e objetividade, garantindo a continuidade do cuidado (COREN, 2018).

Sobre o que a Secretaria da Saúde do município poderia realizar para melhorar o acolhimento da demanda espontânea na APS, os participantes relataram:

> Eu falei com a secretária o dia que ela veio aqui. Eu falei pra ela que nós poderíamos já doutrinar nas escolas, tipo assim, criar uma cartilha, elaborar e implementar na grade que começa na educação na sala de aula. Como funciona o serviço do SAMU... Como funciona o serviço na UBS. Nos bombeiros antigamente eles orientavam. O que era perigoso, o que tinha que ficar fechado, coisa boba, mas era pra criança. Você acredita que tinha criança que ia e ensinava a mãe, o pai, o avô? Às vezes a criança não vai mudar a cabeça deles, mas quando ela cresce já cresce sabendo. Isso na parte do bombeiro, mas na parte da saúde, por que não? Como funciona... O posto de saúde do Jamaica, por exemplo... Lá é agendado, é assim, marca consulta... Você entendeu? De uma certa forma a criança vai assimiliar esse be a bá. A criança já cresce sabendo. Tem que ser elaborado por profissionais, mas eu falei pra ela (Secretária de Saúde), Secretaria com Secretaria (educação e saúde). Ela achou legal, mas é coisa que não pode ficar no esquecimento. Chama o pessoal da educação pra elaborar. Um gibizinho que atraia a atenção das crianças... (Profissional B)

> Mudar o horário da farmácia. Eu acho que a farmácia tem que abrir às 07h e fechar às 17h. Porque o paciente vai na UPA e a maioria dos remédios.... Aí o paciente chega aqui pra tomar injeção depois das 16h... Vamos supor que seja aquela mesygina... “hoje é o último dia pra tomar, mas é depois das 16h e se eu for na UPA depois não dá porque não é rotina... "Amanhã eu venho aqui porque eu não tenho tempo”. O que eu falei pra paciente? Eu falei “tá, então vamos fazer o seguinte, eu vou te dar o número do meu telefone e você vai me ligar porque eu não lembro, você me dá o número do seu prontuário, eu vou pegar a injeção pra você e vou deixar aqui e vou fazer. Só que a gente não tem mais autorização pra ficar com medicação da farmácia. Mas entre aspas, porque senão ela não iria tomar. Ela disse “eu saio tarde do serviço e é só eu e meu marido. Meu marido cuida do meu sogro que é acamado, não tem como ele sair pra me buscar e nós trocamos de horário... Eu trabalho de dia e ele de noite. E eu não tenho família aqui”. Então por que a farmácia tem que abrir às 08h e fechar às 16h?

> E por que a farmácia tem que ter horário de almoço? Tudo bem que é uma moça só... Eu entendo isso... Mas o posto não fecha... Não estou dizendo que a menina não tem que ter horário de almoço... Estou dizendo que a farmácia não tem que fechar para o horário de almoço... Porque de repente, no horário do meu almoço, eu posso sair correndo do meu serviço e vir pegar meu remédio... Só que a farmácia está fechada na cidade inteira. Então eu acho que isso é uma falha grave. (Profissional E)

A respeito das melhorias que poderiam ser implementadas pela Secretaria de Saúde, foi mencionada a possibilidade de articulação junto à Secretaria da Educação para realizar orientações nas escolas. Desta forma, com um trabalho contínuo e a longo prazo, possivelmente a população teria maior conhecimento dos atendimentos oferecidos e possibilitaria a otimização dos serviços prestados.

Outra ação questionada foi o fato de a UBS não possuir governabilidade sobre o horário de atendimento das farmácias. Em todas as UBS o horário de funcionamento deste serviço é das 8:00 às 16:00, com horário de almoço entre 12:00 e 13:00. A observação realizada durante os GF foi principalmente relacionada aos usuários que trabalham em horário comercial. Muitas vezes, as pessoas aproveitam o horário de almoço para buscar medicações de uso contínuo ou para que sejam administradas medicações injetáveis, com contraceptivos hormonais, por exemplo. Nestas situações, o horário com maior facilidade para o usuário retirar a medicação seria justamente o período em que a farmácia se encontra fechada.

Na fala do profissional acima foi referido que para possibilitar o uso da medicação pelo usuário, foi necessário que o servidor retirasse a medicação da farmácia no período em que o setor estava aberto para possibilitar a administração no período correto e de forma que não gerasse prejuízo à usuária, o que não seria necessário caso a farmácia funcionasse nos mesmos horários que a UBS.

Questionados sobre as dificuldades encontradas, os participantes relataram:

> Problemas de relacionamento faz com que alguns profissionais deem orientações diferentes aos usuários dificultando a uniformização das informações; (Profissional A)

> A partir do momento que eu brigo com você na frente de todos os pacientes, eu to dando corda pro paciente brigar comigo, com você,

> com todo mundo e tá todo mundo vendo... Então não existe respeito. A primeira coisa que deveria existir é respeito. Eu entendo assim... Se eu brigo com você, eu dou abertura pra qualquer um brigar... Daqui a pouco vai ser todo mundo rolando. Eu acho isso muito feio... Muito baixo. (Profissional D)

> (Sobre discussões com pacientes) Eu acho que é uma coisa que acontece, mas não é com todo mundo. Entendeu? Então eu acho assim... Acolher é estar disponível pra ajudar... É mostrar que você está aqui pra isso... Não é você dificultar, entendeu? Quando você acolhe bem, você pode até não fazer o que ela tá querendo que você faça, mas ela vai entender o porquê que você não vai fazer. Entendeu? Então existe gente que trata mal o paciente aqui dentro... E é uma coisa, pra mim, na nossa profissão, do nada... Eu acho que nem do nada e nem do tudo, nem que o paciente esteja errado, você entendeu? É inadmissível que a gente trate mal um paciente. Eu acho inadmissível... Ele está abusando? Sai, chama o enfermeiro, conversa... "ó, não aguento mais aquele homem... Vai lá porque eu não tô mais conseguindo... Eu vou estourar". Então a gente vai, entendeu? Mas, de cara, já chegar maltratando o paciente... Não gostar do jeito que o paciente falou? Você não está aqui pra gostar do jeito do paciente falou... (Profissional F)

Quando questionados sobre as dificuldades na atividade laboral, todos os profissionais mencionaram os desentendimentos e as discussões entre profissionais e com os usuários.

Em relação aos usuários, foi exposto que os profissionais devem desenvolver a empatia, compreendendo as diferenças entre as pessoas, o que também faz parte do acolhimento. Nenhum outro motivo de dificuldade foi alegado durante os GF, ou seja, em nenhum momento foram apontadas inadequações relacionadas aos recursos humanos, materiais, administrativos ou qualquer outro.

Deste modo, apesar de não conseguirem definir o acolhimento dos usuários, os trabalhadores de enfermagem reconheceram que se trata de ação fundamental nos serviços de APS. Identificaram a importância de saber ouvir e conhecer o motivo pelo qual o usuário está procurando o serviço, sobre a necessidade de humanização das ações em saúde, sobre a importância do trabalho em equipe, a necessidade de maior resolutividade das ações, a importância da orientação dos usuários, das famílias e dos cuidadores, da promoção da atenção integral aos usuários e da adoção de ações preventivas.

5.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem no Acolhimento da Demanda Espontânea

A realização dos grupos focais possibilitou compreender as percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca de diversos aspectos relacionados ao acolhimento dos usuários em UBS. Além disso, durante os encontros com os trabalhadores, foram elaborados protocolos para a sistematização da assistência de enfermagem durante o acolhimento da demanda espontânea na APS.

Entretanto, paralelamente à realização deste estudo, foi iniciado um projeto coordenado pelo Departamento Regional de Saúde da Regional de Ribeirão Preto (DRS XIII) denominado “Protocolo de Acolhimento da Demanda Espontânea – Atenção Básica – Municípios DRS XIII”, com o objetivo de construir protocolos municipais de acolhimento na Atenção Básica. Este projeto teve início em fevereiro de 2019 e tem previsão de conclusão em junho de 2020. Para isto, foi necessária a escolha de uma UBS Piloto em cada município, sendo que em Sertãozinho, foi escolhida uma UBS diferente da Unidade selecionada para este estudo.

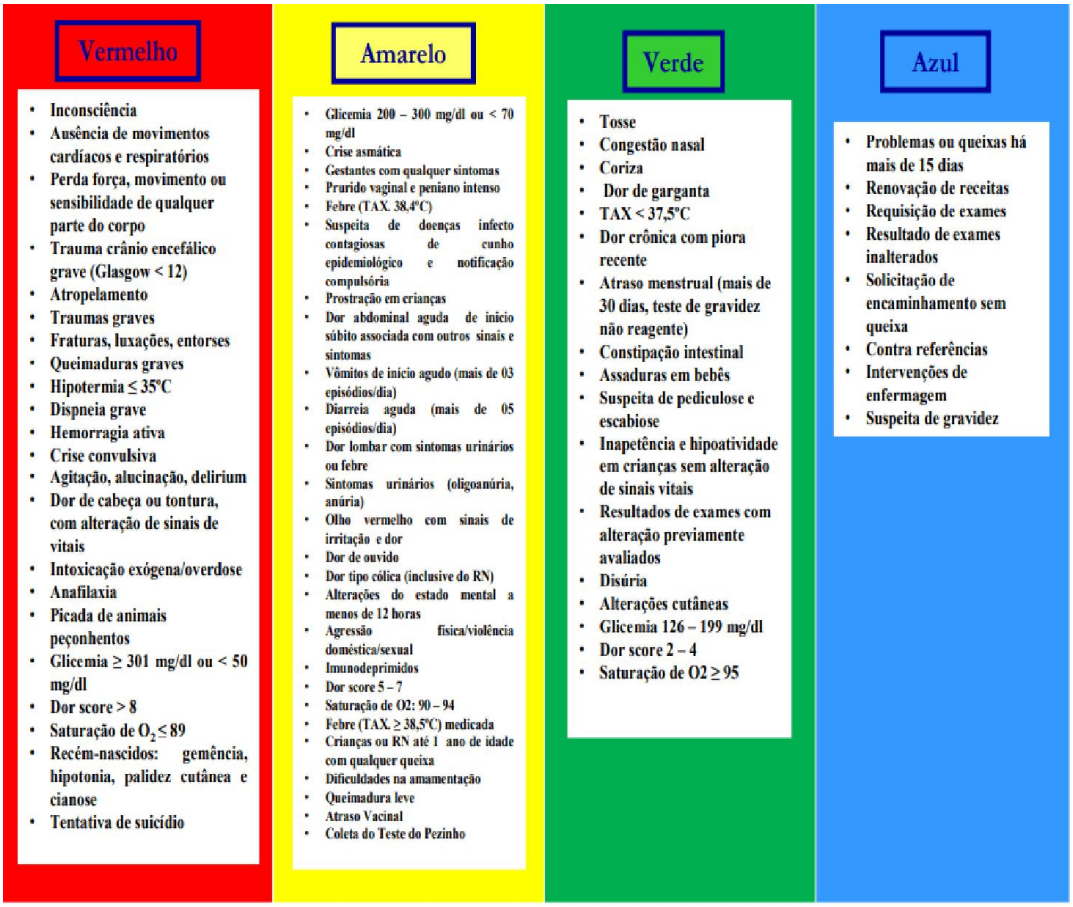
Os instrumentos propostos pela DRS XIII são apresentados a seguir (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Figura 6 – Estratificação de Sinais Vitais/Glicemia/Saturação de O_2 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	≥1 40 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			

Fonte: Ribeirão Preto (2015).

Figura 7 – Estratificação de Sinais de Alerta.

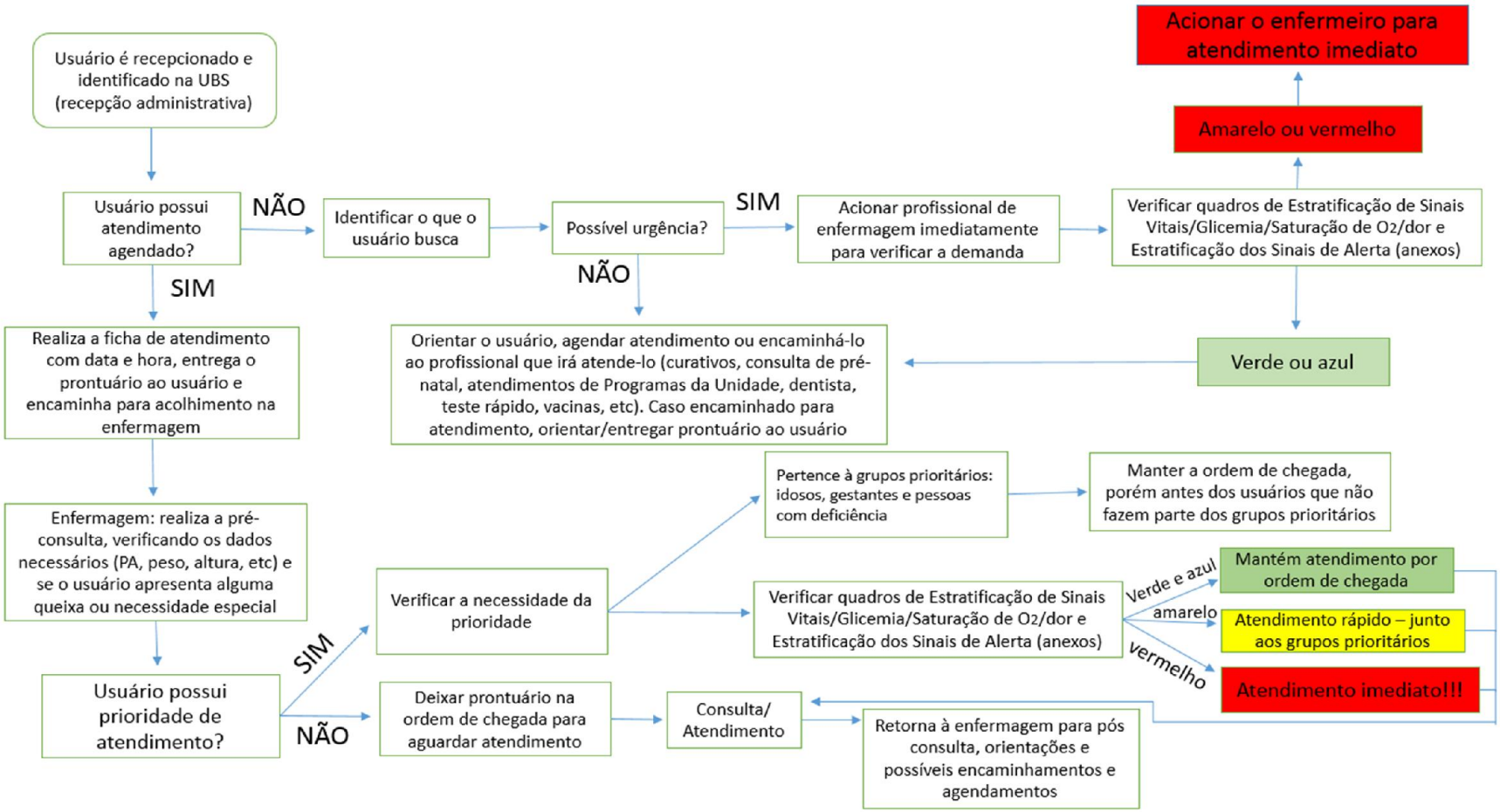


Fonte: Ribeirão Preto (2015)

Ressalta-se que estes instrumentos poderão sofrer alterações até a conclusão do projeto coordenado pela DRS XIII, de acordo com as discussões que serão realizadas com todos os municípios participantes.

Uma vez que estes protocolos estão sendo testados em uma UBS de Sertãozinho, decidiu-se pelo desenvolvimento de um fluxograma de ações assistenciais no acolhimento da demanda espontânea e de um protocolo de SAE no acolhimento da demanda espontânea na APS, apresentados a seguir.

Figura 8 – Fluxograma de ações assistenciais no acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde.

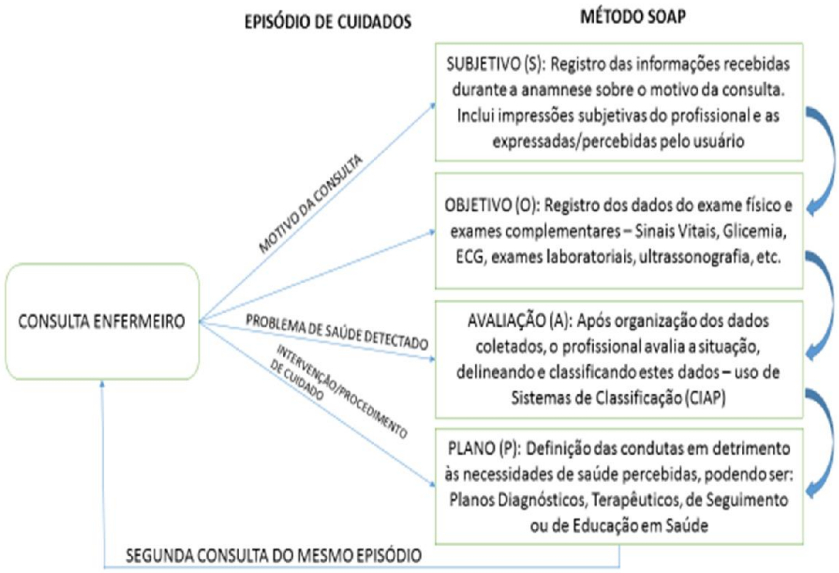


Fonte: Elaborado pelo autor.

Neste fluxograma, todos os profissionais da UBS devem participar do planejamento, coordenação e avaliação das ações prestadas aos usuários, priorizando os atendimentos de acordo com as necessidades dos pacientes Ressalta-se que os auxiliares e técnicos de enfermagem não devem realizar a Classificação de Risco dos pacientes, a qual é atribuição exclusiva do profissional enfermeiro. No entanto, devem identificar os sinais de alerta e as vulnerabilidades dos usuários para priorizar os atendimentos.

O enfermeiro, por sua vez, é responsável por supervisionar as ações dos técnicos e auxiliares de enfermagem no acolhimento aos usuários. Além disso, é papel do enfermeiro capacitar a equipe de enfermagem, oferecendo condições necessárias para a efetivação da SAE.

Figura 9 – Protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Acolhimento da Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde.

Protocolo de SAE no acolhimento da demanda espontânea na APS	
OBJETIVO	Realizar, de forma sistematizada, o atendimento a pacientes que possuem sinais de alerta e/ou sinais vitais que se enquadrem nas cores vermelho ou amarelo e o atendimento em situações previamente agendadas (consulta pré-natal, determinados curativos, orientações sobre amamentação, etc.) ou em apoio aos demais profissionais enfermagem (auxiliar/técnico de enfermagem) durante a classificação de risco.
ATIVIDADES	
MÉTODO SOAP	**S (Subjetivo):** representa basicamente a queixa do paciente e outras informações abstratas e intrínsecas percebidas pelo profissional durante atendimento. Ex: diagnóstico prévio como diabetes, hipertensão, etc.; forma como usuário descreve o que sente e há quanto tempo; insatisfações; problemas familiares; relato de uso de medicações; entre outros. **O (Objetivo):** dados concretos provenientes de exame físico ou exames complementares. Ex: sinais vitais; característica de lesões; dados observados durante exame físico como palpação, percussão, ausculta; registro de exames laboratoriais, de imagens; entre outros. **A (Avaliação):** inferências do profissional, tomando por base os dados registrados durante a avaliação Subjetiva e Objetiva. Pode-se utilizar instrumentos de classificação diagnóstica neste momento (CIAP, NANDA, CIPE, CIPESC, etc.). Neste momento pode-se descrever também a evolução do caso que está sendo acompanhado pelo profissional, quando já houve atendimento anterior. **P (Plano):** neste momento registra-se a conduta do profissional de acordo com o que foi avaliado até aqui. Ex: pode ser realizada orientação sobre alimentação, encaminhamento para avaliação de outro profissional, entre outras ações.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Este protocolo foi elaborado a partir da compreensão da possibilidade de aplicação do Processo de Enfermagem e do método SOAP na prática profissional dos enfermeiros na APS, garantindo a sistematização da assistência de enfermagem e a prática baseada em evidências científicas. Deste processo deriva, portanto, o oferecimento de ações capazes de garantir a segurança do paciente e a qualidade do atendimento durante o acolhimento da demanda espontânea na APS.

O propósito dos métodos utilizados é fornecer maior objetividade ao atendimento, maior facilidade de acesso à informação para tomadas de decisões, evidenciar os dados que sustentam as conclusões e destacar os diagnósticos e condutas profissionais durante o acompanhamento (CORIOLANO, 2017).

Entretanto, o desconhecimento da operacionalização da SAE por parte dos profissionais é irrefutável. Em estudos realizados com profissionais de enfermagem em serviços da APS (KRAUZER et al, 2015; RIBEIRO; PADOVEZE, 2018), os autores apontam dificuldades da implementação da SAE na APS. Os dois trabalhos indicam que as publicações que tratam sobre a implementação da SAE são predominantemente voltadas ao ambiente hospitalar e, por haver pouco material sobre o assunto voltado à APS, mesmo havendo uma imposição legal para a implementação da SAE e do Processo de Enfermagem em todas as áreas de atuação da equipe de enfermagem, esta prática se mostra incipiente. Outro apontamento comum aos dois trabalhos é sobre a formação dos profissionais, onde concluem que o tema da SAE é tratado de forma ainda insatisfatória.

No entanto, Ribeiro e Padoveze apontam a importância da capacitação contínua para a efetivação da SAE nos serviços de enfermagem, indicando que os locais que investem em educação permanente conseguem reduzir os comportamentos contrastantes de alguns profissionais, facilitando a execução da SAE e, consequentemente, do PE (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a SAE no acolhimento da demanda espontânea nas UBS possa auxiliar na efetividade das ações de saúde e na resolutividade da assistência em saúde do município. Além disso, considera-se a possibilidade de colaborar com a melhor organização da RAS do município e de oferecer oportunidade de empoderamento e autonomia aos enfermeiros da APS, otimizando a regularidade dos atendimentos agendados e reduzindo custos relacionados ao uso inadequado de serviços de maior complexidade.

É notório que a sistematização do atendimento na APS e a efetivação do acolhimento aos pacientes que procuram o serviço para atendimento espontâneo não irá esgotar todos os problemas já conhecidos e expostos neste trabalho. Entretanto, espera-se que a organização do acolhimento aos pacientes promova a redução das faltas aos atendimentos agendados e a redução do número de atendimentos desnecessários em outros serviços de saúde. Desta forma, será possível aumentar a eficiência dos atendimentos na APS, aumentando consequentemente a resolutividade das ações desenvolvidas e reduzindo a procura por serviços de maior complexidade e maior custo.

Além disso, com o uso da CIAP e do método SOAP, espera-se ampliar a compreensão das necessidades dos pacientes por meio da humanização e da integralidade da assistência em saúde e enfermagem.

Em relação ao desenvolvimento dos grupos focais, houve dificuldades já esperadas e mencionadas em todos os estudos relacionadas à participação dos profissionais (BARBOUR; KITZINGER, 1999; TRAD, 2009; GATTI, 2005; MORGAN,1998). Neste sentido, considera-se difícil a participação efetiva de todos os indivíduos durante as discussões. Assim, enquanto alguns participantes possuem maior facilidade em se comunicar e interagir com o grupo, outros se mantêm menos participativos. No entanto, não ocorreram situações de conflito em nenhuma reunião.

Apesar de grande cautela para condução dos grupos focais, apontamos como uma possível fragilidade do estudo o fato de a pesquisa ter sido conduzida por um dos enfermeiros responsáveis pela supervisão da equipe de enfermagem da UBS estudada. Apesar dos encontros terem sido realizados de forma fluida, dinâmica e de ser previamente esclarecido que não haveria nenhum tipo de censura ou assédio aos

trabalhadores, o fato do moderador trabalhar na mesma equipe pode ter causado inibição de algum membro da equipe.

Além disso, de acordo com Minayo (1992), um dos obstáculos para uma análise eficiente diz respeito à “ilusão do pesquisador” em perceber as conclusões de forma nítida à primeira vista. A autora afirma que quanto maior for a familiaridade do pesquisador com o assunto observado, maior poderá ser a ilusão de obviedade dos resultados, o que pode levar a uma simplificação desses dados, criando conclusões equivocadas ou superficiais. Outro obstáculo citado por Minayo (1992) é quanto ao envolvimento do pesquisador com os métodos e as técnicas, fazendo com que os significados presentes em seus dados sejam depreciados. Em contrapartida, a autora informa que o pesquisador pode reduzir estas fragilidades quando possui maior experiência e fundamentação teórica sobre a temática.

Não obstante, foi observado que o fato de o pesquisador ser enfermeiro da UBS pode ter facilitado a implementação das ações propostas, as quais são consideradas importantes para o desenvolvimento de um trabalho mais efetivo pelos participantes. Considera-se que, caso o pesquisador não atuasse na unidade de saúde pesquisada, suas ações poderiam ser limitadas a ouvir os profissionais e a sugerir ações aos responsáveis ao invés de implementar as ações com maior brevidade e autonomia.

Outro fator que podemos considerar como uma possível fragilidade do estudo é por não haver moderador de apoio e observador, ficando a compreensão das falas e da comunicação não verbal sobre o crivo apenas do pesquisador.

7. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS[2]

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.

ALBUQUERQUE, L. M.; CUBAS, M. R. CIPESC – CIPESCANDO EM CURITIBA: Construção e Implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde. Curitiba/PR, 2005. 121 p.

BARBOUR, R.S.; KITZINGER, J. *Developing focus group research*. London: Sage, 1999.

BARROS, A. L. B. L. et. al. Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; Alba Lúcia B.L. de Barros... [et al.] – São Paulo : COREN-SP, 2015. 113 p.

BRASIL. Barbara Starfield. Unesco. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, 2002. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf. Acesso em: 01 de maio de 2018.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http:www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 01 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, 2011. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf . Acesso em: 05 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização: PNH. **Humanizasus**, Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf . Acesso em: 05 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 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: 22 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Primária; n. 28, V. 1).

---

[2] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023)

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CANTALE, C.R. História Clinica Orientada a Problemas. University of Southern California, 2003, p.7.

CASTRO, A. R. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde / organizado por Abílio José Ribeiro de Castro e Maria Emi Shimazaki. – Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2006. 240p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução n° 358, de 15 de outubro de 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, 2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 22 de abril de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução n° 514 de 05 de maio de 2016. Guia de Recomendação para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 22 de abril de 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Guia de boas práticas de enfermagem na Atenção Primária: norteando a gestão e a assistência / Rosana Aparecida Garcia ... [et al.]. – São Paulo: Coren-SP, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. PARECER COREN-SP 056/2013 – CT PRCI n° 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: 22 de abril de 2018.

ERDMANN, A. L. A complexidade no cotidiano de um sistema organizacional de cuidados de enfermagem hospitalar [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO - FOSP. RRAS 13 – DRS Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto. FOSP, 2014. Disponível em: http://www.fosp.saude.sp.gov.br:443/boletinsRaas/Boletim-RRAS13.pdf. Acesso em 24 de abril de 2018.

FUNDAÇÃO SEADE. Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: http://www.perfil.seade.gov.br/. Acesso em 01/05/2018.

GATTI, B. A. Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro 2005.

GONÇALVES, V. L. M. Reconstruindo o processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem do Hospital Universitário da USP. São Paulo, 2003. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem da USP.

HORTA, W. A. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

KRAUZER, I. M.; ADAMY, E. K.; ASCARI, R. A.; FERRAZ, L.; TRINDADE, L. L.; NEISS, M. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: O QUE DIZEM OS ENFERMEIROS?. Ciencia y Enfermería [en linea] 2015, XXI (Agosto-Sin mes) : [Fecha de consulta: 1 de agosto de 2019] Disponible en:**<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370442674004>** ISSN 0717-2079

KURCGANT, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.

LEOPARDI, Maria Terza; BECK, Carmem Lúcia Colomé, NIETSCHE, Elisabeta Albertina; GONZALES, Rosa Maria Barcini. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Pallotti; 2001.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MESQUITA, AMO.; DESLANDES. SF. A Construção dos Prontuários como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde. In: Saúde Soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 664-673, jul./set. 2010.

MINAYO, M.C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORGAN, D. L. *The Focus Group Guidebook.* Thousand Oaks: Sage, 1998.

NASCIMENTO K. C.; BACKES D. S.; KOERICH M. S.; ERDMANN A. L. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008; 42(4): 643-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf

OLIVEIRA, R. M.; FASSARELLA, F. S. A inovação na formação: a importância do conhecimento acadêmico sobre sistematização da assistência de enfermagem. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2010. Out/Dez. 2(Ed. Supl.): 623-627. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1070/pdf_239.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*: documento de posicionamento da OPAS/ OMS. Washington, DC: OPAS, 2007. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965. Acesso em: 01 de maio de 2018.

PEDROSO, R. A.; KLS, C. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 2, p. 270-6, 2006.

PIMENTA, C. A. de M. et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. **COREN-SP** – São Paulo: 2015.

RAMOS, V.A. Consulta em 7 Passos. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda., 2008, p.126. Disponível em: http://www.apmgf.pt/ficheiros/A%20Consulta%207%20passos.pdf. Acesso em: 22 de abril de 2018.

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.

RIBEIRO, G. C.; PADOVEZE, M. C. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03375. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375

ROGER, V. L. et al. Heart disease and stroke statistics—2012 update a report from the American heart association. **Circulation**, v. 125, n. 1, p. e2-e220, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Rev. bras. hipertens**, v. 13, n. 4, p. 260-312, 2006.

STEWART, M. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRAD, L. A. B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [3]: páginas 777 – 796, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. International Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision). Geneva, , 1992. Disponível em: http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf. Acesso em: 01 de maio de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Report of the International Conference on Primary Care, Alma Ata, USSR, 6-12, September 1978; WHO/Alma Ata/78.10. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 01 de maio de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. The Word Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Acesso em: 01 de maio de 2018.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS – WONCA. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf. Acesso em: 01 de maio de 2018.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: “Acolhimento da demanda espontânea na atenção primária: sistematização da assistência de enfermagem”, a qual será desenvolvida por Gustavo Henrique Piza de Assis, enfermeiro, aluno do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e por Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da mesma instituição. O objetivo deste estudo é elaborar um protocolo sistematizado de acolhimento de enfermagem à demanda espontânea dos usuários na Atenção Primária de Sertãozinho. Sua participação consiste em participar de reuniões com os demais profissionais de enfermagem desta Unidade Básica de Saúde (UBS Olívia Mendes Mossim – Jamaica) para discutir questões sobre acolhimento e planejar ações para sistematizar e otimizar a atenção e cuidados de enfermagem durante o acolhimento aos usuários do serviço. Estas reuniões serão realizadas na forma de Grupos Focais, e consistirá em coletar dados através das falas do grupo de profissionais, explicitando suas experiências e percepções acerca do acolhimento da demanda espontânea nesta Unidade Básica de Saúde. Terão duração máxima de vinte minutos e serão realizadas dentro da própria UBS e durante o horário de serviço do profissional, e em horário de menor fluxo de pacientes, de forma a não causar prejuízos no atendimento à população. Sua participação é voluntária, livre de custos e garantimos que você pode desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, retirando seu consentimento. Destacamos que sua identidade será mantida em absoluto sigilo e, na ocorrência de danos relacionados à sua participação, você terá direito à indenização pelo pesquisador e pelas instituições envolvidas. Salientamos ainda que, apesar do pesquisador fazer parte da equipe de saúde da unidade e de ser o responsável pelo presente estudo, não haverá qualquer relação de autoridade ou submissão em relação aos participantes. Sua participação poderá nos ajudar a elaborar um protocolo para a sistematização de enfermagem no acolhimento aos usuários da Atenção Primária e que poderá ser utilizado pelo município de Sertãozinho em todas as Unidades Básicas de Saúde, representando um grande benefício ao município. No entanto, se durante sua participação das reuniões, você se sentir desconfortável por qualquer motivo, garantimos a você o direito de retirar seu consentimento e interromper sua participação. Esclarecemos que os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e poderão ser divulgados em eventos científicos ou em revistas especializadas, sendo preservado seu anonimato. TCLE-versão02-26/11/18. Você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa e sobre sua participação a qualquer momento, diretamente ao pesquisador, via e-mail (gustavoassis@usp.br) ou por telefone (16 993743430).

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. O CEP tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315-9197, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10h às 12h e das 14h às 16h.

Consentimento de participação

Eu _____ li e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____de_____de 201_.

_____ _____

Assinatura do Participante Gustavo Henrique Piza de Assis
Enfermeiro Pós-Graduando EERP-USP

APÊNDICE B – ROTEIRO DE QUESTÕES PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

APÓS APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DO TRABALHO, INICIA-SE O GRUPO.

1. O QUE VOCÊS ENTENDEM COMO ATENÇÃO PRIMÁRIA?

2. QUAIS SERVIÇOS NO MUNICÍPIO VOCÊS ENTENDEM QUE FAZEM PARTE DA ATENÇÃO BÁSICA?

   2.1 A UPA, FAZ PARTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA?

   2.2 OS MÉDICOS ESPECIALISTAS QUE ATENDEM NO CENTRO DE SAÚDE, COMO CARDIOLOGISTAS, POR EXEMPLO, FAZEM PARTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA?

   2.3 PACIENTES QUE REALIZAM MEDICAÇÕES ASSISTIDAS PARA TUBERCULOSE POR EXEMPLO, ESTE TIPO DE ATENDIMENTO FAZ PARTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA?

3. COMO PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, QUAL O NOSSO PAPEL? O QUE DEVEMOS OFERECER AO USUÁRIO?

4. OS AGENDAMENTOS SÃO PARA ATENDIMENTO MÉDICO, OS OUTROS PROFISSIONAIS NÃO POSSUEM AGENDA. CASO O PACIENTE CHEGUE AQUI, SEM AGENDAMENTO, SOLICITANDO ATENDIMENTO MÉDICO, TEM AÇÕES QUE PODEMOS REALIZAR? QUAL É O NOSSO PAPEL?

5. QUANDO A GENTE FALAR EM ACOLHIMENTO DO PACIENTE, O “PERCEBER” COMO ESTÁ O OUTRO PROFISSIONAL E ACOLHER ESTE PROFISSIONAL TAMBÉM FAZ PARTE DO ACOLHIMENTO?

6. O QUE PODEMOS MELHORAR NO NOSSO TRABALHO E NA NOSSA UNIDADE PARA OTIMIZAR O ACOLHIMENTO AO PACIENTE?

7. TEM MAIS ALGUMA COISA QUE VOCÊS ACHAM QUE A GENTE PODE MUDAR NA UNIDADE PARA MELHORAR A QUESTÃO DO ACOLHIMENTO AO PACIENTE?

8. NA SECRETARIA DA SAÚDE, VOCÊS ACHAM QUE TEM ALGUMA COISA QUE ELES PODERIAM FAZER QUE AJUDARIAM NA OTIMIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DA APS?

9. A PREFEITURA SEMPRE TEM ALGUNS CURSOS AOS SERVIDORES. VOCÊS ACHAM ISSO IMPORTANTE? É SUFICIENTE? DEVERIA TER ALGUMA ALTERAÇÃO?

10. GOSTARIAM DE FAZER MAIS ALGUMA COLOCAÇÃO?

ANEXO 1 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Sertãozinho para realização de pesquisa

MUNICÍPIO DE SERTÃOZINHO-SP

Processo: 15018 / 2018

Data/Hora: 01/08/2018 13:42:09

Folha: 1

Requerente: GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS

Órgão Solic:

Beneficiário:

Resp. Solic:

Logradouro: RUA . CANINDE,767

Bairro: JARDIM MONTE ALEGRE

Cidade: RIBEIRAO PRETO

Cep: 14051-180

Órgão Resp. Ass: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Assunto: ASSUNTOS DIVERSOS

Motivo: REF: OFICIO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

31/08/18

Data Prevista de Término 31/08/2018

SRRW00300 - SMARAPD Informática Ltda 01/08/2018 13.42 Página 1

OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ribeirão Preto, 30 de julho de 2018.

Prezado Senhor,

Encaminhamos o projeto de pesquisa intitulado **"Acolhimento da demanda espontânea na atenção primária: sistematização da assistência de enfermagem"**, o qual será desenvolvido por Gustavo Henrique Piza de Assis, aluno regularmente matriculado no Programa Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem EERP/USP, sob a orientação da professora Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, para apreciação.

Na presente oportunidade, informo que o objetivo desta pesquisa é criar um protocolo de sistematização de enfermagem para acolhimento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde no município de Sertãozinho. Para isso, necessitamos autorização para realizar as coletas de dados e a implementação da sistematização no acolhimento dos usuários. Inicialmente este estudo será realizado apenas na UBS Olívia Mendes Mossim (Jamaica), podendo ser estendido às demais Unidades, conforme critério da gestão municipal. Informamos ainda que a pesquisa somente iniciará após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Sertãozinho e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de São Paulo (USP).

Em qualquer momento a Secretaria da Saúde poderá esclarecer quaisquer dúvidas diretamente com o pesquisador via e-mail (gustavoassis@usp.br) ou por telefone (16 993743430), podendo também solicitar a interrupção dos trabalhos conforme critérios da gestão da Secretaria da Saúde.

Desta forma, solicito autorização para realização da pesquisa supracitada e me coloco à disposição para eventuais dúvidas.

Atenciosamente,

Gustavo Henrique Piza de Assis
Enfermeiro Pesquisador responsável

Autorizado
11/10/18

Angélica Lazarini
Diretora de Departamento
Plan Aval. e Controle
RG 23.943.499-7

Ilmo. Sr.
Fabrício de Freitas Fonseca
Secretário da Saúde

ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – CEP EERP/USP

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Pesquisador: GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01912618.5.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.076.233

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto em pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: na PB, os pesquisadores incluíram os riscos ("Por se tratar de relatos e percepções pessoais, poderão ocorrer desconfortos durante as reuniões devido lembranças de situações vivenciadas no passado") mas não incluíram o manejo, caso o desconforto ocorra.

Benefícios: na PB, os pesquisadores incluíram os benefícios do estudo e não, os benefícios aos participantes, mesmo que indiretos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram incluídos os seguintes documentos: ofício de encaminhamento, projeto d epesquisa e TCLE.

Recomendações:

- Em cada nova versão do TCLE um novo documento deverá ser encaminhado para análise deste CEP, contendo data e versão, em nota de rodapé (Exemplo: VERSÃO02_TCLE_Mês/Ano).

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

- Orienta-se impressão do TCLE em frente e verso e, quando não for possível, as páginas devem ser enumeradas da seguinte forma: 1/4; 2/4; 3/4; 4/4 (nesse caso deve ter um espaço para as rubricas do pesquisador e participante da pesquisa).

- Destacar as alterações realizadas nos documentos para que elas sejam mais facilmente identificadas pelo CEP.

- Elaborar ofício de resposta às pendências emitidas pelo CEP-EERP/USP, descrevendo quais alterações foram efetuadas, com respectivas justificativas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1- na PB, incluir o manejo dos riscos e os benefícios aos participantes;

2- Sobre a relação de autoridade: apesar de o pesquisador responsável informar que não haverá risco desse fenômeno ocorrer, ele informa que é enfermeiro no local onde será realizado o estudo e será o coordenador de todas as ações desenvolvidas na investigação. Além disso, fica a dúvida se ele será participante da pesquisa, visto que os participantes serão 6 trabalhadores (um enfermeiro e cinco técnicos/auxiliares de enfermagem). Favor esclarecer essa questão;

3- na etapa 1 da coleta de dados (diagnóstico situacional), esclarecer "Como o pesquisador é enfermeiro da referida unidade, esta etapa não será realizada isoladamente". Os outros participantes farão parte dessa etapa?

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado ad referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1242865.pdf	05/12/2018 16:58:29		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Reencaminhamento.pdf	05/12/2018 16:54:02	GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS	Aceito

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 3.076.233

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_destacado.pdf	04/12/2018 14:39:22	GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_destacado.pdf	04/12/2018 14:38:27	GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EncaminhamentoCEP.pdf	29/10/2018 09:25:25	GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	29/10/2018 09:24:54	GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_instituicao.pdf	29/10/2018 09:24:38	GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/10/2018 09:24:27	GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/10/2018 11:35:13	GUSTAVO HENRIQUE PIZA DE ASSIS	Aceito

Situação do Parecer:
Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br