

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Maria Célia Gomes Ventura Oliveira

**UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE RISCO NA APS DE BELO
HORIZONTE**

Belo Horizonte
2022

Maria Célia Gomes Ventura Oliveira

**UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE RISCO NA APS DE BELO
HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de Concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães

Belo Horizonte
2022

OL48u Oliveira, Maria Célia Gomes Ventura.
Utilização da Ferramenta de Avaliação de Risco na APS de Belo Horizonte [recursos eletrônicos]. / Maria Célia Gomes Ventura Oliveira. - - Belo Horizonte: 2022.

76f.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Eliane Marina Palhares Guimarães.

Área de concentração: Gestão de Serviço de Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acolhimento. 3. Assunção de Riscos. 4. Dissertação Acadêmica. I. Guimarães, Eliane Marina Palhares. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WM 165

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 69 (SESSENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MARIA CÉLIA GOMES VENTURA OLIVEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 18 (dezoito) dias do mês de agosto de dois mil e vinte e dois, às 15:00 (quinze horas), realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE RISCO NA APS DE BH", da aluna *Maria Célia Gomes Ventura Oliveira*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Trabalho e Gestão Participativa na Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Eliane Marina Palhares Guimarães, Alexandre Sampaio Moura e Mirela Castro Santos Camargos, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

-) APROVADA;
) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
) REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 18 de agosto de 2022.

Profª. Drª. Eliane Marina Palhares Guimarães
Membro Titular - Orientadora (UFMG)

Prof. Dr. Alexandre Sampaio Moura
Membro Titular (UNIFENAS)

Profª. Drª. Mirela Castro Santos Camargos
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Marina Palhares Guimarães, Professora do Magistério Superior**, em 05/09/2022, às 21:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Sampaio Moura, Usuário Externo**, em 19/09/2022, às 08:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mirela Castro Santos Camargos, Professora do Magistério Superior**, em 20/09/2022, às 17:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 20/09/2022, às 18:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_esterno.php?acao=documento_conferir&id_orqao_acesso_esterno=0, informando o código verificador **1737511** e o código CRC **E10E0A13**.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde e sabedoria para seguir sempre em frente. Obrigada por ser a minha força e o meu guia em todos os momentos. Por permitir a continuidade do meu trabalho, em uma época tão incerta e conturbada em que estive na linha de frente no primeiro ano da pandemia de COVID-19.

À minha mãe, Elza, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida, junto às minhas tias Terezinha, Glória, Lúcia e Bernadeth (in memorian), que nunca mediram esforços para a concretização dos meus sonhos. Sejam nas pequenas ou grandes apostas, sem vocês, eu não conseguiria. Amo vocês eternamente!

À minha filha Louise, pela paciência, maturidade e aceitação de permanecer em isolamento, por ser referência positiva para outras pessoas, por ser esta pessoa maravilhosa, lutadora e sonhadora; por tolerar com amor minha falta de atenção até quando não respondi às mensagens do celular.

Ao meu marido, Marcelo, inspiração, equilíbrio e porto seguro, que na sua disponibilidade me deu a maior prova de amor, ficando longe de mim no primeiro ano da pandemia, vivendo em comunidade, isolado, com a minha família, mantendo todos seguros e ocupados. Esta atitude será sempre reconhecida e foi crucial para a saúde física e mental de todos que lá estavam e também para a minha. Te amo!

À minha orientadora Profa. Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães, por ter acreditado no meu projeto e aceitado o desafio de seguir ao meu lado nesta tarefa árdua. Agradeço sua sabedoria no momento da pandemia de me acolher, de aguardar o melhor momento de entender e contribuir na superação de minhas dificuldades. Um exemplo que quero seguir pela vida e que, mesmo com a sua aposentadoria, continuou comigo até o fim.

À Tatiane Paixão, que me apoiou e contribuiu de maneira muito especial nas análises quantitativas, abrindo mão de seu descanso de domingo para me ajudar.

A todos da GEAPS, Gerência de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, que apoiaram a realização da pesquisa, e junto às Regionais participantes do estudo – Venda Nova e Centro-Sul – seguem confiando que podemos melhorar na busca da APS que queremos.

Aos meus colegas de Mestrado, Klébio e Carolina, pelos grupos de muita sabedoria e estudos bem-sucedidos, que mesmo com a distância e poucos encontros durante o trabalho tornaram alento para mim, durante os momentos em que estive na linha de frente do combate à COVID-19.

RESUMO

OLIVEIRA, M. C. G. V. **Utilização da ferramenta de avaliação de risco na APS de Belo Horizonte**. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

O usuário que busca o Serviço de Saúde deve ter seu risco avaliado oportunamente, visando não piorar seu estado de saúde enquanto aguarda atendimento. Para esta avaliação existem ferramentas objetivas, que utilizam cores para definir ordem de prioridades. Objetiva-se com este estudo avaliar a utilização da ferramenta de Avaliação de Risco das condições mais prevalentes, na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa. A coleta de dados foi realizada a partir dos registros nos prontuários eletrônicos relativos à frequência e prevalência de utilização da ferramenta de avaliação de risco sobre a demanda espontânea registrada nos 152 centros de saúde de Belo Horizonte no ano de 2021. Os dados qualitativos foram obtidos em março de 2022, em duas regionais, por meio de entrevistas com 12 enfermeiras. As regionais de saúde foram identificadas estatisticamente como aquelas de maior e menor registro de utilização da ferramenta e, conseqüentemente, seus centros de saúde. Esses dados foram compilados pela análise do discurso proposta por Bardin e analisados à luz da literatura. As entrevistas foram identificadas em três categorias: 1) Utilização do protocolo e suas limitações; 2) Registros no sistema e os fatores dificultadores; e 3) Adaptabilidade da ferramenta ao perfil da demanda dos usuários. Outro dado avaliado foi referente ao quantitativo dos profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, capacitados que superou 90% do total, das nove regionais de saúde. O uso da ferramenta nos centros de saúde variou entre 2% a 81%, considerando-se os 152 centros de saúde avaliados, porém a taxa média de utilização em Belo Horizonte foi de 9,36%. Os resultados demonstram que é importante avaliar o risco, porém o tempo do profissional de equipe e a falta de fluxogramas específicos foram impeditivos para sua aplicação. Problemas relativos ao sistema, voltados ao registro e aos agendamentos *on-line* são cruciais a serem solucionados. Escalar um enfermeiro somente para avaliação de risco, realizar capacitações e rodas de conversa sobre o uso da ferramenta podem ajudar na aplicabilidade do protocolo. Na percepção das enfermeiras é importante estratificar o risco na APS para ordenar a fila de espera de acordo com a prioridade clínica. As dificuldades evidenciadas foram de estrutura da instituição e mudanças de processos de trabalho na APS; verificou-se que a ferramenta funciona melhor na modelagem por “equipe de referência” e que aumenta a segurança para o profissional e o usuário, principalmente no encaminhamento para outros pontos da rede. A partir dos resultados, foi elaborado um Relatório Técnico com recomendações para a otimização do uso da ferramenta na APS, a ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde, como subsídio para possíveis intervenções.

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

ABSTRACT

OLIVEIRA, M. C. G. V. **Use of the risk assessment tool in APS in Belo Horizonte.** 2022. Dissertation (Professional Master's in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

Users who seek the Health Service must have their risk assessed in a timely manner, in order not to worsen their health status while waiting for care. For this evaluation there are objective tools, which use colors to define order of priorities. The objective of this study is to evaluate the use of the Risk Assessment tool of the most prevalent conditions in Primary Health Care in Belo Horizonte. This is qualitative descriptive research. Data collection was performed from records in electronic medical records regarding the frequency and prevalence of use of the risk assessment tool on spontaneous demand recorded in the 152 health centers in Belo Horizonte in 2021. Qualitative data were obtained in March 2022, in two regions, through interviews with 12 nurses. The regional health centers were statistically identified as those with the highest and lowest records of use of the tool and, consequently, their health centers. These data were compiled by the discourse analysis proposed by Bardin and analyzed in the light of the literature. The interviews were identified in three categories: 1) Use of the protocol and its limitations; 2) Records in the system and the hindering factors; and 3) Adaptability of the tool to the profile of user demand. Another data evaluated was related to the number of trained nurses, doctors and dentists, which exceeded 90% of the total, from the nine health regions. The use of the tool in health centers ranged from 2% to 81%, considering the 152 health centers evaluated, but the average rate of use in Belo Horizonte was 9.36%. The results demonstrate that it is important to assess the risk, but the time of the team professional and the lack of specific flowcharts were impediments to its application. Problems related to the system, related to registration and online appointments are crucial to be solved. Assigning a nurse only for risk assessment, conducting training and conversation circles about the use of the tool can help in the applicability of the protocol. In the nurses' perception, it is important to stratify the risk in PHC to order the waiting list according to clinical priority. The difficulties highlighted were the structure of the institution and changes in work processes in the PHC; it was found that the tool works better in modeling by a "reference team" and that it increases safety for the professional and the user, especially when referring to other points in the network. Based on the results, a Technical Report was prepared with recommendations for optimizing the use of the tool in PHC, to be sent to the Municipal Health Department, as a subsidy for possible interventions.

Keywords: Primary Health Care. Reception. Risk Rating.

LISTA DE SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CS	Centro de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RES	Registro Eletrônico de Saúde
SISREDE	Sistema de Registro Eletrônico
SMCR	Sistema Manchester de Classificação de Risco
SUS	Sistema Único de Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3 JUSTIFICATIVA.....	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1 Atenção primária à saúde: princípios e diretrizes voltados para a demanda espontânea.....	16
4.2 Acolhimento e classificação de risco na APS	19
4.3 Avaliação de risco das condições mais prevalentes de Belo Horizonte.....	24
5 METODOLOGIA	28
5.1 Abordagem da pesquisa	28
5.2 Sujeitos da pesquisa e critério de inclusão e exclusão	30
5.3 Campo da pesquisa.....	31
5.4 Aspectos éticos	32
6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DE DADOS.....	34
6.1 Utilização do protocolo de avaliação de risco das condições mais prevalentes na APS e suas limitações	43
6.2 Registros no sistema e os fatores dificultadores.....	45
6.3 Adaptabilidade da ferramenta ao perfil da demanda real dos usuários.....	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A – Produto Técnico	57
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	69
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70
ANEXO A - Termo de Anuência Institucional.....	72
ANEXO B - Parecer do CONEP	74

APRESENTAÇÃO

Ao longo da minha trajetória profissional, no Sistema Único de Saúde (SUS), tive a oportunidade de ingressar no Sistema pelo interior de Minas Gerais, com a implantação do programa de agentes comunitários de saúde, cadastrando a comunidade e identificando suas condições de saúde, o avanço para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), melhorando a vigilância das condições de saúde. Após prestar concurso em 2001, passei a trabalhar em Belo Horizonte, onde permaneço até os dias atuais.

Das experiências hospitalares atuei na saúde mental, pediatria, clínica médica e cirúrgica; sou servidora do Hospital das Clínicas da UFMG e da Prefeitura de Belo Horizonte. Concomitante à assistência, fui docente nas disciplinas de saúde coletiva, práticas de enfermagem e formação técnica para Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Como especialidades tenho residência em obstetrícia e saúde da família, pela UFMG.

Do PSF fui para o nível regional, assumir a coordenação de imunização, com metas e indicadores das campanhas, garantindo um aumento da cobertura vacinal. Esta mesma regional foi piloto de implantação do Protocolo de Manchester. O próximo passo foi integrar o Núcleo de Macroprocessos na Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS). Dentre várias frentes de trabalho, estou novamente envolvida com a classificação de risco de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica.

O interesse pela temática delineou a presente pesquisa e emergiu com minha prática, quando pude participar da construção de um Manual aplicável para avaliação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS) de BH.

Este estudo consolida uma experiência acumulada e a proposta de políticas resolutivas, mesmo em um contexto tão inusitado como o da pandemia ora vivenciada, o subfinanciamento e tantos retrocessos verificados nos últimos anos. Vem mostrar um panorama quantitativo da implementação da ferramenta de avaliação de risco das condições mais prevalentes da APS de BH e as percepções das enfermeiras avaliadoras acerca da ferramenta implementada. Pode também subsidiar a continuidade das ações da ESF, compreendendo e formalizando mudanças possíveis que visem à ampliação da segurança do atendimento aos usuários do SUS, que procuram o serviço de saúde com alguma queixa. Neste cenário, vejo o compromisso diante das necessidades locais, de maneira oportuna.

1 INTRODUÇÃO

Centro de Saúde (CS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), diariamente os usuários procuram atendimentos com demandas diversas, agudas ou não agudas. Independentemente do motivo ou do tempo de evolução do problema, essa busca da unidade de saúde de forma não esperada pelo serviço é denominada demanda espontânea (DE) e as queixas dos usuários devem ser ouvidas e direcionadas de acordo com a presença ou não de sinais e sintomas (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE - PBH, 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS), para ordenar o atendimento da DE, necessitou definir prioridades, observando critérios como: risco clínico, vulnerabilidade e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento apresentado deve ser acolhido (BRASIL, 2011). Foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) o termo acolhimento, como uma postura ética exercida por todos os trabalhadores locais, durante todo o horário de funcionamento das unidades, que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento de seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, tomando para si a responsabilidade da resolutividade com ativação das redes de saberes, de acordo com a individualidade do outro (BRASIL, 2009).

O resgate histórico se mostra importante para descrever a evolução do acesso ao SUS pelos usuários com DE, que se iniciou com filas únicas por ordem de chegada, sem considerar a prioridade clínica, vulnerabilidades e até as prioridades legais, utilizando fichas numeradas que limitavam o número de atendimentos, dispensando os excedentes sem nenhuma avaliação. Desde 2003, foi implantado o atendimento então denominado acolhimento, como forma de acesso dos usuários com DE, adotado pelas equipes, com escuta qualificada e sem limitações por fichas, baseado e orientado pelos princípios e diretrizes do SUS e da APS como longitudinalidade do cuidado e vínculo ao território. Diante dessa premissa, observa-se que, com o passar dos anos, o número de usuários que buscam os CS por DE vem crescendo e uma estratégia para ordenar a fila de espera com critérios de risco, evitando complicações enquanto aguarda o atendimento, se faz necessária.

Em 2009, o MS recomendou a implantação de acolhimento com classificação de risco (ACCR) nas unidades de atendimento às urgências, pensado como dispositivo técnico assistencial que permite refletir e mudar os modos de operar a assistência. Em 2011, o MS reafirma esta proposta do ACCR, expressa na Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, ampliando a classificação de risco para todos os pontos de atenção à saúde, incluindo a APS (BRASIL, 2011).

Belo Horizonte (BH) tem um modelo de APS robusto, implantado em 2002, com 302 equipes de saúde da família, podendo ser ampliado de acordo com as necessidades da população. Atualmente, 20 anos após a implantação, o município conta com 588 equipes distribuídas em 152 Centros de saúde (CS). A organização territorial de BH é composta por nove Regionais administrativas: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova, sendo que estas Regionais descentralizam as ações de saúde propostas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), além de favorecer a capilarização das estratégias ao nível local, ou seja, os CS. A população estimada da capital, em 2020, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2021) é de 2.521.564 habitantes e, de acordo com os cenários estatísticos observados, haverá um envelhecimento prolongado, devido ao aumento da expectativa de vida das pessoas. Paralelamente a esta situação e ao empobrecimento da população pela situação econômica, é esperada uma utilização crescente das políticas públicas, principalmente da saúde, tornando-se um desafio constante para a gestão.

Os CS da capital mineira têm números de equipes proporcionais à sua área de abrangência e estruturas físicas que buscam comportar os profissionais e a população atendida. Existe uma ampliação das áreas físicas de alguns CS em andamento, para melhorias na ambiência das Unidades. Os CS apresentam uma carteira de serviços com atendimentos cada vez mais diversos e complexos, o que exige mais dos trabalhadores e gestores. A agenda de atendimento se equilibra entre demanda espontânea e demanda programada e as equipes também necessitam de atividades administrativas, como reuniões, capacitações e supervisões, essenciais para o funcionamento na proposta da ESF com seus princípios e diretrizes.

A demanda espontânea, foco deste estudo, começou a tomar proporções maiores nas agendas, precisando ser revista de maneira dinâmica pelas equipes, com vistas a avaliar o processo de trabalho diário e a análise do perfil de utilização para favorecer o acesso dos usuários. Mas observa-se que, ao longo dos anos, o acolhimento foi sendo traduzido, modificado, desvirtuando-se de sua concepção original, adotando espaços ou horários predeterminados para acolher. As escutas iniciais eram realizadas pelo/a técnico de enfermagem ou enfermeiro/a que, mesmo utilizando escuta qualificada, com mensuração dos dados vitais e encaminhamento a outro profissional de acordo com suas percepções e habilidades, o acesso não era livre para usuários com queixas clínicas. Quando a capacidade de atendimento era excedida ou não era horário de atendimento da equipe, o usuário era orientado, ainda na recepção, a procurar outro ponto de atenção na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou aguardar um próximo acolhimento.

Tal prática acendeu um alerta na gestão, o que identificou a necessidade de organização da porta de entrada dos CS, com discussões e reflexões voltadas para o tema. Esse movimento culminou com a elaboração de um documento, discutido com a rede que normatiza as modelagens de atendimento das equipes, com garantias de premissas de que todos os usuários com queixa clínica deveriam ser avaliados durante todo o horário de funcionamento da Unidade (PEREIRA, 2016).

A discussão do acesso, tema desafiador na prática da APS, foi fomentada com a proposta de adoção do Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), orientado pela esfera estadual como método único para todos os pontos de atenção. A utilização de linguagem e fluxogramas minimamente padronizados para a organização da demanda espontânea, em toda a rede, de modo a evitar distorções ou práticas em desacordo com os entendimentos e políticas de saúde vigentes, se mostrou uma solução.

Em BH, o SMCR foi implantado nas UPAS, hospitais e CS, de acordo com a proposta ministerial, ratificada pelo Estado de Minas Gerais. O processo teve início em 2011, com o treinamento e implantação nos hospitais e nas UPAS da cidade e, em maio do mesmo ano, se estendeu para a APS de forma gradual, atingindo 30% dos CS. Contudo, a ferramenta se mostrou pouco efetiva para a APS e a elaboração de um novo documento foi necessária.

O documento em questão é complementar ao volume 01, descrito para APS com as recomendações para organização do processo de trabalho voltado para demanda espontânea. O volume 2 é complementar e trata-se de um novo protocolo adaptado para APS baseado no caderno 28 do Ministério da Saúde, este documento utilizou as condições clínicas mais prevalentes da APS, e tem fluxogramas organizados por ordem de gravidade e cores denominado: Avaliação de Risco das Condições Mais Prevalentes da APS. O documento foi elaborado e publicado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da Prefeitura de Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE - PBH, 2020). Este protocolo tem como conteúdo principal fortalecer a equipe multiprofissional, presente e atuante nos CS, e a possibilidade e respaldo do atendimento por todos os profissionais de acordo com suas competências e habilidades na pós-classificação (PBH, 2020; PEREIRA, 2016). De maneira bem clara, descreve a autonomia do profissional enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN, 2018; PREFEITURA DE BELO HORIZONTE - PBH, 2016), cujas medidas de conforto ou seja prescrições medicamentosas ou não medicamentosas para o cuidado direto ao usuário enquanto aguarda o atendimento, além da possibilidade de atendimento e dispensa através da consulta de enfermagem na pós classificação.

Diante do exposto, a presente pesquisa orientou-se a partir da seguinte pergunta: A nova

ferramenta de avaliação de risco das condições mais prevalentes da APS, elaborada pela SMSA/PBH, se mostra eficaz para a utilização nos centros de saúde na perspectiva dos(as) enfermeiros(as) avaliadores(as)?

Identificar se a utilização da ferramenta contribui de maneira positiva para o ordenamento das filas de espera na APS, evitando complicações enquanto se aguarda o atendimento e, ainda, que atue de forma resolutiva na organização de prioridades clínicas com respaldo para o profissional encaminhar interna e externamente é fundamental para aprimorar ações voltadas a esta temática.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Avaliar a utilização da ferramenta denominada Avaliação de Risco das Condições mais Prevalentes da APS de Belo Horizonte, no ano de 2021, na perspectiva das enfermeiras.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o processo de implantação para o uso da ferramenta de avaliação de risco das condições mais prevalentes na APS de Belo Horizonte;
- b) Identificar a frequência com que foram realizados os registros eletrônicos em saúde do uso da ferramenta de avaliação de risco, por Regional e por Centro de Saúde, no ano de 2021;
- c) Identificar através da perspectiva das enfermeiras a adequação da ferramenta para a classificação de risco na APS de Belo Horizonte;
- d) Apresentar um relatório técnico à SMSA, identificando as fragilidades e potencialidades da ferramenta e sugestões para adequação.

3 JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde recomenda, desde 2011, a triagem com classificação de risco nas urgências e na APS. Belo Horizonte implantou o SMCR nas suas portas de urgência, junto com os CS chegando a 30% dos CS utilizando o Sistema de Classificação de maneira sistemática. Porém essa ferramenta mostrou uma lacuna vivenciada pelos(as) enfermeiros(as) classificadores(as) da APS de BH, que relataram ser o protocolo médico centrado conforme o padrão hospitalar e que não se adapta à autonomia da equipe multiprofissional que atende nos centros de saúde. Ainda verificaram que, no uso do SMCR, a maioria dos usuários classificados na APS estava identificada com a cor verde e, conforme o protocolo, só poderiam ser encaminhados para o(a) médico(a), mesmo se a demanda apresentada fosse de habilidade e competência de atendimento pelo enfermeiro(a).

Os CS que não implantaram o SMCR em Belo Horizonte continuaram a atender, recepcionar e acolher de forma diversificada os usuários, muitas vezes ainda por ordem de chegada, contrariando as diretrizes institucionais, ou os categorizando conforme as prioridades determinadas apenas pela Lei 10.048/2000 (BRASIL, 2000), que define a prioridade de atendimento pela condição física e, não, pela estratificação das prioridades clínicas e vulnerabilidades normatizadas pela diretriz do Ministério da Saúde. Belo Horizonte então elaborou um protocolo de avaliação de risco para a APS publicado em 2020.

A proposta deste trabalho é verificar como está a utilização desta ferramenta de avaliação de risco na percepção dos enfermeiros. Este trabalho vem elucidar como foi o processo de implantação da nova ferramenta de avaliação de risco adaptada para a APS e verificar se ela é mais adequada para o usuário que procura o CS em Belo Horizonte apresentando uma queixa clínica. Como produto desse estudo foi produzido um relatório técnico e encaminhado à Diretoria de Assistência à Saúde da instituição (SMSA), identificando as potencialidades e fragilidades da ferramenta como produto a ser utilizado para a intervenção nas atualizações e melhorias necessárias.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico teve como base publicações de livros e artigos, por meio de pesquisa bibliográfica, dos últimos cinco anos, nos termos controlados em Descritores em Ciência da Saúde, revisados pelas palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acolhimento, Classificação de Risco. Os bancos de dados pesquisados foram: Biblioteca Virtual em Saúde, *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* e PUBMED.

A construção do referencial foi dividida em três partes, iniciando com APS, percorrendo sobre os princípios e diretrizes para contextualizar o acesso ao sistema de saúde, chegando à principal porta de entrada para o serviço. Na segunda parte, foi tratada a classificação de risco proposta pelo Ministério da Saúde, o SMCR e a Política Nacional de Humanização (PNH) com os manuais publicados pela SMSA da PBH, para descrever como funciona a avaliação dos usuários que chegam às unidades com queixa clínica a partir de algum sinal ou sintoma. Por fim, será analisado o uso do novo protocolo e verificada na literatura a abordagem das premissas que dispõem sobre acesso e avaliação de risco em Belo Horizonte, de acordo com as políticas públicas voltadas para a APS, e como o instrumento implantado se relaciona com estas teorias.

4.1 Atenção primária à saúde: princípios e diretrizes voltados para a demanda espontânea

O programa de Atenção Primária à Saúde (APS) visa reverter um quadro de assistência à saúde centrado no médico curativista, individual e hospitalocêntrico. O enfoque passa a ocorrer na perspectiva da coletividade e do cuidado prestado ao usuário. O objetivo é estabelecer uma relação de vínculo com a população adscrita e constituir metas condizentes com a realidade de cada local, sempre priorizando a promoção, a reabilitação da saúde e a prevenção dos agravos (STARFIELD, 2004). E conforme Portaria nº 2.436/2017:

[...] As Unidades Básicas¹ de Saúde deverão assegurar o acolhimento e a escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas (BRASIL, 2017).

¹ As APS são também chamadas de **Atenção Básica** (AB) nos documentos do governo brasileiro. Há esta variação de terminologia, porque alguns autores entendem “básica” vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam como “primário” como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar.

A APS orienta-se pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e enfoque comunitário. Os mais adequados na abordagem adotada neste estudo estão voltados para a demanda espontânea:

- a) Primeiro contato: caracteriza-se pela garantia de acesso facilitado aos profissionais de saúde, obtendo atenção necessária de acordo com a demanda apresentada. A qualidade deste contato está diretamente relacionada ao acolhimento de diferentes tipos de demandas, ampla resolutividade e menor tempo de espera. É estratégico diversificar as portas de entrada com o objetivo de otimizar o uso dos recursos da unidade e evitar dificuldade ou espera prolongada para obtenção de resposta.
- b) Longitudinalidade: relaciona-se ao vínculo com o profissional e equipe de saúde, pois o conhecimento da história do usuário agiliza o atendimento, evita intervenções desnecessárias, minimiza a chance de erro e facilita o manejo clínico dos problemas de saúde. Sendo assim, a organização do atendimento à demanda espontânea deve priorizar desenhos onde o atendimento do usuário seja realizado preferencialmente por profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) à qual está vinculado. É estratégico que a equipe esteja disponível nos diversos dias da semana e que a comunidade conheça seu horário para viabilizar o fortalecimento desta relação.
- c) Integralidade: relaciona-se com o conhecimento dos problemas mais comuns na comunidade; com a oferta de ações abrangendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ajustados a estes problemas; e com a coordenação do acesso a outros pontos de atenção à saúde da rede. É estratégico que a abordagem seja humanizada, centrada na pessoa e que compreenda as diversas dimensões do sujeito.
- d) Coordenação do cuidado: relaciona-se com o sincronismo, integração e harmonia das ações realizadas, garantindo continuidade e integralidade do cuidado. O conhecimento da função de cada ponto de atenção da rede e dos fluxos de assistência são ferramentas importantes neste processo (PBH, 2014).

Neste estudo, foi utilizado o conceito de acolhimento da Política Nacional de Humanização como postura capaz de escutar e dar a resposta mais adequada, que reconheça a legítima e singular necessidade de saúde trazida pelo usuário, responsabilizando-se, criando ou fortalecendo o vínculo (BRASIL, 2013b).

O conceito de demanda espontânea utilizado é a busca do usuário pela unidade de saúde, independentemente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma não esperada

pelo serviço (BRASIL, 2013a), e pode ser dividida em duas categorias: i) Demanda espontânea sem queixa clínica, que não apresenta sinais e/ou sintomas, busca por soluções administrativas; e ii) Demanda espontânea com queixa clínica, que apresenta sinais e/ou sintomas, sendo que este usuário deve ser direcionado para a avaliação de risco (PBH, 2014). Ainda se faz necessário explicar que a demanda espontânea com queixa clínica encaminhada para avaliação de risco deve ser estratificada por profissional de Nível Superior, preferencialmente o/a enfermeiro/a, e encaminhada ao profissional mais habilitado para o atendimento identificado (PBH, 2020).

A APS atua com o objetivo de melhoria dos processos assistenciais e na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, sendo assim, ser ordenadora das ações e dos fluxos dos usuários entre os pontos de atenção da rede é fundamental para a qualidade do serviço.

A lógica da APS é representada de maneira esquemática na Figura 1, que utiliza uma metáfora para explicar a construção da APS, empregada por Mendes (2015). Cada parte na construção da casa é importante para oferecer uma saúde de qualidade, mas há de se construir um alicerce que garantirá a solidez. Isso significa implantar mudanças estruturais, envolvendo os macro e microprocessos na APS e depois edificar as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela.

Figura 1 - A metáfora da casa na construção social da APS



Fonte: Mendes (2015, p. 80).

Cada parte desta casa, nos remete a um processo da APS que precisa ser cuidado para garantir uma assistência de qualidade, as paredes de sustentação se referem ao crônico e o agudo. Os eventos agudos são o somatório das condições agudas e às condições crônicas

agudizadas. Independentemente de como se apresentam, o padrão da resposta social é único: promoção, prevenção e gestão das condições de saúde. É fundamental adotar-se uma classificação de risco com base em algoritmos decisórios, construídos por sinais de alerta sob a égide da atenção centrada na pessoa, como um instrumento eficaz e humanizado (MENDES *et al.*, 2011).

A necessidade do acompanhamento de todos os macroprocessos da APS para se manter o equilíbrio das agendas se mostra evidente de maneira contínua principalmente neste momento vivenciado pela Pandemia da COVID-19, decretada como emergência sanitária em março de 2020. Este cenário foi responsável por contingenciamentos de atendimentos prestados que poderiam ser adiados pensando na segurança dos usuários. Ainda hoje, em 2022, muitos CS permanecem com duas portas de entrada para atendimento, separando usuários com queixas respiratórias de outros agudos. O aumento de números de casos em alguns meses, chamados de ondas pelas autoridades no controle da doença levaram ao prolongamento do contingenciamento e um represamento do acompanhamento dos usuários crônicos levando muitos a agudização.

4.2 Acolhimento e classificação de risco na APS

A APS, enquanto coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser assumida como uma das prioridades do governo federal. Entre os seus desafios atuais destacam-se aqueles relativos ao acesso, ao acolhimento, à efetividade e à resolutividade das suas práticas, recrutamento, provimento e fixação de profissionais, capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, 2011).

Entende-se que o acolhimento à demanda espontânea pode ser definido como a oportunidade de acolher as necessidades dos usuários, por meio de uma escuta qualificada e orientá-lo sobre o melhor percurso terapêutico, que não necessariamente irá se desdobrar em uma consulta individual (BRASIL, 2013a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), estabelece que o enfermeiro(a) deve realizar ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco.

Na APS de Belo Horizonte, se fala de acolhimento desde 1995, a implantação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família foram se fortalecendo e consolidando as formas de acesso para os usuários. A Política então avança com a estratégia de

saúde da família, por meio de diretrizes que são revistas e pactuadas através da PNAB. A pressão assistencial na porta de entrada para atendimentos de casos agudos se intensificou e foram observadas muitas formas de organização dos serviços. Discussões sobre o modo de atendimento, organização da DE e melhorias no acesso foram fomentadas com a rede em um movimento chamado de Oficinas de Qualificação da APS de BH e consolidadas em um documento de 2014 (Figura 2), ainda vigente, voltado para a demanda espontânea.

O referido documento chamado ‘Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte’ (PBH, 2014) resgata os princípios da APS, os principais conceitos e diretrizes relacionados à demanda espontânea e descreve as modelagens para atendimentos observadas nos CS, seja ela por equipe de saúde da família ou por equipe de referência escalada por hora/dia ou turno manhã/tarde.

O próximo ponto abordado neste documento são os aspectos organizacionais do processo de trabalho da DE, incluindo atribuições dos diversos profissionais envolvidos, fluxos e exemplos de desenhos das agendas, além de como identificar a capacidade de atendimento e referenciamentos a unidade de pronto atendimento. O documento inicial foi discutido com gerentes e profissionais dos CS e evidenciou que a prática de atendimento à DE causava grande dificuldade, quando era comum nas unidades a avaliação individual dos casos agudos pelo/a técnico/a de enfermagem ou até enfermeiro/a e, conseqüentemente, a decisão de atendimento ou não, cabia ao conhecimento e bom senso do profissional. Diante da necessidade de se organizar a forma de atendimento a DE e também referendado pelo Ministério da Saúde, foi proposta a utilização do acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada dos serviços de saúde. Este configura-se como uma estratégia de atendimento nos serviços de urgência que, com o auxílio de protocolos preestabelecidos, orienta a consulta dos usuários de acordo com o nível de complexidade e não por ordem de chegada. Distancia-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, pois os usuários que procuram o serviço devem ser classificados e os que não possuem perfil de atendimento na instituição são referenciados para os outros níveis de atenção à saúde, pactuados pela rede BH, utilizando o protocolo Sistema Manchester de Classificação de Risco (PBH, 2014).

Figura 2 - Documento da Demanda Espontânea na APS



Fonte: PBH (2014).

O Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) foi criado na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1997, desenvolvido por enfermeiros e médicos do Reino Unido, tem como estratégia estabelecer, dentre a demanda que se apresenta nas Emergências, os pacientes que, embasados em critérios clínicos, deveriam ter prioridade de atendimento. Serve, portanto, como uma diretriz de ordenamento para o atendimento priorizando aqueles pacientes sob condições clínicas de maior risco. A metodologia do SMCR baseia-se na queixa principal do paciente, que direciona o(a) enfermeiro(a) a um fluxograma de condição clínica.

O protocolo é composto por fluxogramas que são escolhidos pelo título de acordo com a queixa principal e cada fluxograma contém discriminadores que são descrições de sinais ou sintomas objetivos ou subjetivos que norteiam a investigação e, conforme as respostas que o usuário vai fornecendo, dá-se a classificação de gravidade ou risco clínico (CORDEIRO; TORRES; RAUSCH, 2010).

No Brasil, o SMCR foi adotado como ferramenta, desde julho de 2008, sendo o estado de Minas Gerais pioneiro em sua implantação no Hospital João XXIII e no Hospital das Clínicas da UFMG e, a partir de 2011, passou a ser aplicado também nas UPAS e APS de Belo Horizonte (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Existem outros protocolos desenvolvidos para a avaliação de risco, entre eles a Escala de Triagem Australiana (ATS), o Índice da Gravidade de Emergência – (ESI -Emergency

Severity Index) e a Escala Canadense de Triagem e Acuidade (CTAS). Estes instrumentos são internacionais e foram criados com enfoque nos serviços hospitalares de urgência e emergência, tendo como limitações, por exemplo, o fato de não incluírem sinais e sintomas atípicos ou inespecíficos voltados para violências e vulnerabilidades que são frequentemente encontrados na APS; e de não contemplar outros profissionais para atendimento, além do médico (PBH, 2020).

Avaliar riscos implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar necessitando de atendimento imediato, devido ao risco e à vulnerabilidade (BRASIL, 2009).

A avaliação do usuário que busca o serviço de saúde com queixa clínica utilizando a classificação de risco é recomendada pelo Ministério da Saúde desde 2002, conforme Portaria GM/MS nº 2.048/2002 (BRASIL, 2002). Em 2011, o MS reafirmou essa proposta por meio da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho do mesmo ano, que também reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, ampliando a classificação de risco para todos os pontos de atenção à saúde, incluindo a APS (BRASIL, 2011). O objetivo da avaliação de risco não é estabelecer um diagnóstico, mas indicar uma estratificação, partindo dos sinais e sintomas apresentados no momento do atendimento, para que sejam definidos o cuidado e a atenção adequados a cada situação (MACKWAY-JONES; MARDSEN; WINDLE, 2010).

A avaliação de risco na APS tomou espaço como um dos eixos estruturantes do SUS que é o acesso, e é uma das prioridades na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Esta Portaria reforça os princípios e diretrizes da APS e, entre os seus desafios, destacam-se aqueles relativos ao acesso da população aos serviços, fortalecendo as equipes de saúde da família, as suas bases de sustentação, vínculo e legitimidade social (BRASIL, 2017).

Em BH, a implantação do SMCR teve início em 2011 e atingiu 44 dos 152 CS da cidade, representando 30% dos CSs da rede. Houve um grande momento de treinamento oferecido para os(as) enfermeiros(as) da equipe de saúde da família, envolvendo todas as Regionais da cidade em modo presencial. Foi feita também uma atualização tecnológica, com a implantação do programa na rede integrada ao prontuário eletrônico, realizadas auditorias e acompanhamentos. De acordo com os registros da SMSA a Regional Leste, onde foi realizado o piloto do programa, teve 100% dos CS implantados.

Apesar do grande investimento da SMSA para manutenção do SMCR, com cursos, compra das licenças, custos anuais atrelados à capacitação sistemática dos profissionais,

inclusão de novos trabalhadores e liberação de novas licenças para utilização do *software* – cumprindo as regras de contrato e um código de conduta que visa garantir a confiabilidade e reprodutibilidade do sistema (CORDEIRO JÚNIOR; TORRES; RAUSCH, 2010).

A implantação do SMCR mostrou-se uma ferramenta útil e eficaz nos hospitais e UPAS, e nos CS permitiu organizar a porta de entrada e estratificar com clareza os usuários graves, evitando a piora em função da espera por atendimento do paciente. Entretanto, na opinião de enfermeiras(os) classificadoras(es), não permitiu discriminar adequadamente pacientes com queixas pouco urgentes e não urgentes, que constituem a maior parte dos atendimentos nos CS. Além desta fragilidade, a ferramenta define que todos os usuários classificados são encaminhados para atendimento médico, mostrando que seu uso não otimizava os recursos e habilidades da equipe multidisciplinar, anulando a autonomia (MOREIRA, 2014). Diante deste fato, a SMSA propôs a elaboração de um documento próprio, com respostas às lacunas apresentadas durante a utilização do SMCR, para adequações à APS. O SMCR foi mantido nas UPAS, mas nos CS foi substituído pelo protocolo da PBH, desde janeiro de 2020 quando foi publicado.

Pensando na demanda espontânea de maneira sistemática na APS, o Ministério da Saúde desenvolveu um documento para auxiliar no atendimento, chamado de ‘Caderno 28’ (BRASIL, 2013a). Este documento permite seu uso e adaptação, não envolve custos para o município, discorre sobre o manejo indicado para os problemas mais frequentes apresentados na APS como mostrado no quadro 01, utiliza quatro cores para classificar o risco do paciente: azul, verde, amarelo e vermelho. A estratificação de risco decorrente da aplicação da ferramenta orienta não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que deve ocorrer. Na atenção básica, vários membros da equipe podem contribuir com o atendimento e a estratificação de risco pode ser bastante útil neste sentido, evitando que o usuário permaneça em sofrimento por tempo prolongado (BRASIL, 2013a).

Quadro 1 - Classificação de risco de acordo com a cor

Situação não aguda
<p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização). • Agendamento/programação de intervenções. • Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
Situação aguda ou crônica agudizada
<p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa. • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas, inicialmente, medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência. • Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Fonte: Brasil (2013a).

4.3 Avaliação de risco das condições mais prevalentes de Belo Horizonte

O documento de avaliação de risco das condições mais prevalentes da APS foi elaborado pela SMSA/PBH, de maneira coletiva, por uma comissão de servidores(as), médicos(as) e enfermeiros(as) do nível local, regional e central e, posteriormente, colocado para consulta pública. O objetivo era criar um protocolo mais adequado à APS para ordenar a fila de agudos, auxiliando as equipes na identificação das prioridades clínicas. O referencial teórico desta publicação está ancorado no Caderno nº 28 do MS (BRASIL, 2013a) e, diferentemente do SMCR, utiliza quatro níveis de prioridades clínicas definidos por cores: vermelho, amarelo, verde, azul, correspondendo, respectivamente, ao atendimento imediato, atendimento prioritário, atendimento no dia e atendimento programado, mas acoplando o laranja ao vermelho, pois estas urgências são semelhantes em termos da condução para a APS. O protocolo não contempla detalhes acerca do manejo clínico, sendo a condução dos casos após a estratificação de riscos normatizada pelos documentos institucionais das diferentes condições de saúde descritos pela SMSA.

Este documento traz uma diferença acerca da avaliação realizada pelo(a) enfermeiro(a) pois são colocadas orientações que podem ser utilizadas como medidas de conforto até o atendimento, e casos classificados como verdes podem ser encaminhados para qualquer profissional de Nível Superior da Unidade, inclusive para consulta de enfermagem. O

documento é constituído de 17 fluxogramas elaborados após seleção, a partir das queixas clínicas mais prevalentes na APS-BH, identificadas em estudo realizado por Pereira (2016).

A comissão analisou criticamente os fluxogramas, balizando-o por evidências científicas com outros documentos nacionais e internacionais, e buscou corrigir eventuais inconsistências de parâmetros vitais, tendo em vista que esta ferramenta precisa estabelecer uma linguagem com a UPA do município onde se utiliza o SMCR. Os descritores assim denominados, os sinais e sintomas são apresentados em ordem da maior para a menor gravidade, auxiliando intuitivamente o classificador a determinar o sintoma por exclusão, e classificar na cor correspondente - vermelho, amarelo, verde ou azul assim como pode ser visualizado no manual mostrado na figura 3 .

Figura 3 - Manual de Avaliação de Risco de Belo Horizonte



Fonte: PBH (2020).

O Manual de avaliação de risco (Figura 3) está inserido no prontuário eletrônico da APS de BH. A ferramenta se apresenta no módulo demanda espontânea onde pode ser acessada para utilização e registro. Os dados são consolidados em relatórios analíticos a partir dos registros realizados pelos profissionais dos CS e disponibilizados para visualização em histórico.

Para a atualização do módulo de demanda espontânea foram inseridos no SISREDE 17 fluxogramas, a partir do Manual conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Fluxogramas de Avaliação de risco

1 Agitação/alteração aguda do comportamento/confusão mental	7 Dor de garganta	13 Problemas no olho;
2 Chieira, tosse ou dispneia;	8 Dor lombar ou cervical;	14 Problemas no ouvido
3 Coriza/obstrução nasal	9 Dor no dente ou trauma dentário;	15 Problemas urinários/uretrais/testiculares
4 Diarreia/vômitos	10 Dor torácica;	16 Sintomas e sinais inespecíficos em criança menor de 5 anos
5 Dor abdominal	11 Erupção cutânea, feridas, queimaduras	17 Sintomas e sinais inespecíficos em usuários com idade igual ou maior a 5 anos de idade.
6 Dor de cabeça	12 Problemas ginecológicos	

Fonte: PBH (2020).

O fluxograma é selecionado pelo(a) profissional de saúde classificador(a) a partir do relato apresentado pelo usuário. No fluxograma, estão listados os sinais e sintomas chamados “descritores”, que aparecem por ordem decrescente de gravidade. Os descritores estão categorizados em quatro cores, representando a ordem de atendimento. Ao ser definido o descritor pelo/a avaliador/a, é também definida a cor, e a classificação é encerrada. O usuário então deve ser encaminhado para o/a profissional que melhor irá atender àquela demanda no mesmo dia ou agendar a consulta de acordo com a estratificação. Os dados do atendimento ficam registrados no prontuário eletrônico e, caso esteja indisponível no momento, deve-se proceder o registro manual em folha física e arquivada com o prontuário individual.

Ressalta-se que a busca pela qualidade dos serviços de assistência em saúde no Brasil tem recebido grande destaque do Ministério da Saúde, com ênfase para o acesso. A identificação de critérios clínicos, de vulnerabilidades e de prioridade para a população é uma forma de efetivar e fortalecer a proteção ao direito fundamental à saúde, sem ignorar as contingências e limitações da Rede de Atenção à Saúde. Quando uma população não é estratificada por riscos, pode-se precarizar a oferta de cuidados necessários a pessoas com maiores riscos e/ou privilegiar a oferta àquelas que apresentam condições de menores riscos, produzindo uma atenção iníqua e pouco efetiva (PBH, 2020).

O processo de trabalho em saúde é dinâmico e precisa se adequar aos avanços, tecnologias e demandas do território. A pressão assistencial pode oscilar diante das diversas

mudanças socioeconômicas que acontecem no território, bem como diante do surgimento de novas doenças ou surtos que impactam nas demandas por atendimento. A utilização de uma ferramenta para ordenar a porta de entrada conforme os sinais e sintomas relatados pelo usuário traz respaldo e segurança para as relações no atendimento à saúde, além de um benefício real e mensurável de ganho para o SUS.

5 METODOLOGIA

5.1 Abordagem da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, cujas características são evidenciadas pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento, consistindo no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações do comportamento humano (MINAYO, 2008).

A análise descritiva consiste, basicamente, na organização, na identificação de valores que traduzem o elemento típico e na quantificação da variabilidade presente nos dados. Os elementos básicos para esta análise são: tabelas, gráficos e medidas ou sínteses numéricas. O uso de técnicas descritivas deve sempre preceder análises mais avançadas. Além de propiciar a familiarização, possibilita a detecção de estruturas interessantes e, eventualmente, a presença de valores atípicos nos dados (SOARES, 2011).

Os estudos descritivos têm por objetivo informar a frequência de um evento, mostrar ou identificar variações de dados na população, em diferentes épocas e lugares, buscando estabelecer um padrão entre os casos estudados (BARRETO, 2003; LIMA-COSTA, 2003). No mesmo sentido, Campbell (2002) descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde.

Neste estudo foi utilizada a análise estatística para identificar a prevalência dos registros de dados a partir das avaliações de risco realizadas nos Centros de Saúde de acordo com as Regionais de Belo Horizonte, para identificar a regional com maior e menor utilização da ferramenta foi feita o cálculo percentual da razão do número de atendimentos de demanda espontânea sobre o número total de atendimentos, e também o percentual de avaliação de risco sobre a demanda espontânea. A partir desses dados identificar a regional e o centro de saúde com maior e menor utilização. Com estas unidades definidas, foi realizada entrevista semiestruturada para conhecer a opinião dos(as) enfermeiros(as) a respeito do instrumento implantado para a realização da classificação de risco. Em cada Centro de Saúde foi definido o quantitativo de participantes, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

Para a realização da análise de dados, foi obtido no SISREDE um banco de dados compilado em uma tabela de Excel, com o número de profissionais do grupo-alvo da capacitação na APS. Em função da pandemia, alguns centros de saúde tiveram alta rotatividade de profissionais em 2021, estas contratações para a mesma vaga provocaram uma porcentagem superior a 100% no quesito capacitação, que foi mantida. Os dados considerados foram

consolidados por regional relacionando o número de profissionais certificados com o número de profissionais esperados para o curso da regional. O número total de atendimentos de demanda espontânea registrados e o número total de atendimento em demanda espontânea foi o denominador para o número de registros de avaliação de risco. Na coleta de dados foi analisada a proporção de profissionais que fizeram o Curso de Avaliação de Risco oferecido na modalidade de Educação a Distância relacionado ao quantitativo total de enfermeiros(as), dentistas e médicos(as) da APS por Regional e centro de saúde. Em seguida, foram coletados os dados de Registro Eletrônico em Saúde (RES) a partir dos relatórios analíticos da utilização, do módulo demanda espontânea, relacionados à avaliação de risco realizados pelos 152 centros de saúde da cidade de Belo Horizonte e compilados em uma tabela de Excel.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, permitindo a compreensão do conteúdo das mensagens, conforme técnica descrita por Bardin (1977). A organização da análise foi realizada em quatro etapas: i) pré-análise com a leitura flutuante, que é o contato do pesquisador com os documentos da coleta de dados, com escuta exaustiva e transcrição dos áudios gravados; ii) demarcação dos documentos transcritos e revistos após impressão com uma leitura sistemática, a fim de buscar a coerência dos dados, agrupar as informações e destacar as frases mais relevantes ou que chamaram mais atenção; iii) formulação dos objetivos e hipóteses por meio de categorização, utilizando os conteúdos manifestos nas respostas, que permitiram ordenamento e análise, com base na fundamentação teórica do tema estudado; e iv) realizada a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores, por meio de recortes de texto nos documentos da análise utilizando e sistematizando os termos das respostas comparados aos autores e a conclusão da avaliação (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo vai além do campo meramente descritivo da mensagem, buscando descobrir o que está por trás dos assuntos manifestos, atingindo uma interpretação mais profunda (MINAYO, 2013). Segundo Moraes (1999), a modalidade de Análise Temática consiste em avaliar de forma sistemática um corpo de texto, de forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras, frases ou temas considerados “chave”, que possibilitem uma comparação posterior.

O qualitativo traz benefícios ao possibilitar o entendimento e a descrição dos fenômenos sociais, por meio do estudo das experiências de indivíduos ou grupos, do exame das interações e comunicações, e da investigação de documentos. Partindo do conceito de construção social, o interesse da investigação qualitativa está voltado para as perspectivas dos participantes, suas práticas, experiências e conhecimentos, diferentemente das abordagens quantitativas (FLICK, 2009).

5.2 Sujeitos da pesquisa e critério de inclusão e exclusão

A população-alvo do estudo foi composta por 12 enfermeiras lotadas nos centros de saúde selecionados. O critério de exclusão foi a não aceitação da profissional em participar da pesquisa, bem como de profissionais que não estavam presentes na instituição no período da coleta de dados por motivo de férias, licença médica prolongada ou não realização da capacitação no curso de Avaliação de Risco promovido pela SMSA.

Os critérios incluíram todas as enfermeiras de apoio e de equipe de saúde da família lotadas nestes centros de saúde, que tivessem obtido a certificação no Curso de Avaliação de Risco das condições mais prevalentes de BH e que concordaram em participar da entrevista, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nas 12 entrevistas individuais realizadas com as enfermeiras que trabalham em atendimento direto aos usuários de seus centros de saúde, lotadas nas eSF ou apoio, foi utilizado um roteiro semiestruturado. Como afirmado, a cada entrevista foi atribuído um número de 1 a 4 e para cada centro de saúde duas letras, sendo Cag1, Cag2, Cbg1, Cbg2, Cap1, Cap2, e assim sucessivamente, de acordo com a seleção realizada anteriormente, a partir dos dados referentes à utilização da ferramenta.

O Roteiro de entrevista foi apresentado previamente às enfermeiras que aceitaram participar da entrevista, foram esclarecidas quanto ao objetivo da pesquisa de verificar as percepções sobre o uso da ferramenta de avaliação de risco, por meio de um instrumento semi estruturado. Os encontros foram realizados de maneira presencial, tiveram os áudios gravados mediante autorização e identificados por números e letras a fim de manter o anonimato.

- a) Você já utilizou o Sistema Manchester de Classificação de Risco?
- b) Você está utilizando o protocolo de avaliação de risco das condições mais prevalentes de BH?
- c) Se você não está utilizando, porquê?
- d) Como você avalia o registro de saúde em rede do módulo Avaliação de Risco?
- e) Existe alguma dificuldade? Qual?
- f) Você avalia que a ferramenta é adequada para utilizar na APS? Por que?

O convite para a participação da pesquisa foi enviado à enfermeira e informado ao diretor regional e ao gerente da unidade por *e-mail*. Foi esclarecido que as entrevistas seriam

realizadas no local e horário de trabalho, sem comprometer o funcionamento da unidade. A participação foi voluntária e não apresentou ônus para as participantes.

5.3 Campo da pesquisa

O campo da pesquisa envolveu duas Regionais e quatro Centros de Saúde da APS/PBH, em Belo Horizonte, Minas Gerais. O município conta com uma população estimada de 2.530.701 habitantes distribuídos em uma área de 331 km², o que lhe confere a quinta posição dentre os mais populosos do Brasil (IBGE, 2021). O seu território é subdividido em nove áreas administrativas, que são chamadas de Regionais, e que coincidem com o mesmo nome dos Distritos Sanitários de Saúde: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (Mapa 1). Cada Distrito Sanitário tem um número específico de Centros de Saúde.

Mapa 1 - Regionais de Belo Horizonte



Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (PBH, 2021).

Foi realizado um levantamento dos registros de avaliação de risco, por meio dos relatórios do SISREDE, ou seja, toda avaliação de risco feita no centro de saúde e registrada no sistema por enfermeiro no ano de 2021. Diante dos dados, foram identificadas duas regionais cujos registros evidenciaram a maior e menor taxa do uso da ferramenta. A Regional Centro-

Sul apresentou o menor número de registros no protocolo e a Regional Venda Nova o maior número de registros considerando todos os centros de saúde. As análises foram realizadas através do compilado dos dados de registros de avaliação de risco, por centro de saúde em planilhas do Excel. Após evidenciada a prevalência por Regional, foram identificados dois centros de saúde também com os mesmos critérios baseado no volume de registros. De acordo com as análises, os dois com menor e maior volume de registros na ferramenta receberam os números e letras Cag1, Cbg2, Cap3 e Cbp4.

O Centro de Saúde nomeado de Cbp4 foi eliminado da amostra devido às entrevistadas não preencherem os critérios de inclusão e não foi necessária a substituição por outro CS, devido à saturação da amostra.

5.4 Aspectos éticos

Em atendimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos no Brasil (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS, 2013), o presente estudo, após aprovado na instituição acadêmica, na qual se insere o Programa do Curso de Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde, foi requerida a anuência da Secretaria Municipal de Saúde, registrado na plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP), tendo sido aprovado em 14 de dezembro de 2021, sob o CAAE: 51127921.5.0000.5149 e o número do parecer: 5.164.446.

Após a aprovação final do projeto, a coleta de dados foi iniciada em quatro Centros de Saúde de duas Regionais de Belo Horizonte, estas foram selecionadas de acordo com a frequência de utilização da ferramenta, identificadas como a que mais utilizou o protocolo e a que menos o utilizou na cidade. Em relação aos participantes da pesquisa, foram realizados esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, antes da entrevista, sendo dada a garantia de anonimato, sigilo e privacidade. Ressalta-se, ainda, que todas as voluntárias do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para sua participação nesta pesquisa (APÊNDICES B e C).

Todas as participantes foram esclarecidas sobre tratar-se de um trabalho científico, sendo-lhes garantida a voluntariedade, bem como o direito à desistência em participar do estudo, sem sofrer nenhum tipo de dano ou prejuízo profissional, além do total anonimato e sigilo das informações confidenciais, explicitados no TCLE antes da coleta de dados. Esses

cuidados éticos não podem ser colocados como fatores limitantes do conhecimento, mas como respaldo à integridade individual e coletiva (GOLDIM, 1997).

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DE DADOS

Tendo em vista o objetivo geral e os específicos deste estudo, após organização e análise dos dados foi possível demonstrar como a frequência de utilização da ferramenta de avaliação de risco aconteceu em BH, por centro de saúde e manifestado nas nove Regionais. A partir desse delineamento, foram realizadas as entrevistas com as enfermeiras, a fim de compreender suas percepções sobre o uso da ferramenta em seu local de trabalho.

Após o consolidado dos dados, foram identificadas as Regionais de Belo Horizonte com maior e menor utilização da ferramenta e, a partir dessa informação, foram escolhidos os dois centros de saúde, conforme já abordado, para a realização das entrevistas com as enfermeiras, identificadas por letras e números.

A Tabela 1, a seguir, registra a frequência e prevalência do uso da avaliação de risco em Belo Horizonte, segundo as nove Unidades de Saúde que coincidem com as Regionais administrativas da cidade.

Tabela 1 - Frequência e prevalência do uso da avaliação de risco em Belo Horizonte

“continua”

Nome da Unidade de Saúde	Nº total de profissionais	Certificação até 31/12/2021	% de certificação	Total atendimento registrado no SISREDE jan-dez 2021	Demanda espontânea registrada no SISREDE 2021	% de Demanda espontânea em relação ao total de atendimento	Avaliação de risco registrada no SISREDE 2021	% avaliação de risco sob demanda espontânea registrada no sisrede	% avaliação de risco sob atendimento total registrado no sisrede
Barreiro	263	278	105,70	591643	138223	23,36	5178	3,74	0,87
Média	13,15	13,90	105,37	29582,15	6911,15	23,30	258,90	3,46	0,96
desvio padrão	2,64	5,71	36,12	8106,39	3207,81	8,98	392,72	4,52	1,54
(%) mediana	13,5	13	107,77	29397	7717,5	24,34	109	1,34	0,32
Centro- Sul	121	101	83,47	298835	57934	19,38	1337	2,30	0,44
Média	10,08	8,41	87,06	24902,91	4827,83	18,63	111,41	4,76	0,52
desvio padrão	2,23	3,62	36,84	9917,58	3125,25	9,43	155,19	6,93	0,73
(%) mediana	11	8,50	100	24067,50	4264	21,32	50,0	2,35	0,20
Leste	166	66	39,75	418945	75779	18,08	3171	4,18	0,75
Média	11,85	4,71	39,76	29924,64	5412,78	17,66	226,50	8,79	0,81
desvio padrão	2,597	3,36	25,41	8057,70	3307,29	9,36	217,11	12,30	0,79
(%) mediana	12	4	39,28	30174,50	5073	18,02	194	4,47	0,49
Nordeste	247	208	84,21	659791	181196	27,46	34579	19,08	5,24
Média	11,76	9,90	82,78	31418,61	8628,38	26,61	1646,61	20,94	5,47
desvio padrão	2,79	4,84	30,91	9903,27	3709,52	8,15	1436,55	18,42	4,93
(%) mediana	12	8	80	29968	8595	26,55	1553	21,17	5,06
Noroeste	209	86	41,10	356715	33699	9,40	1473	4,37	0,41
Média	13,06	5,38	42,82	25115,12	2106,19	7,92	92,06	5,83	0,33
desvio padrão	4,22	3,01	23,87	8497,19	2833,35	9,17	157,32	8,80	0,58
(%) mediana	12,00	5,50	46,43	27006,00	1318,00	5,93	7,00	1,00	0,03
Norte	225	173	76,88	414153	84413	20,38	8701	10,30	2,10
Média	11,25	8,65	76,34	26590,70	4220,65	14,94	435,05	7,40	1,57
desvio padrão	1,371	4,04	33,61	5403,76	3683,76	11,23	778,33	13,18	2,86
(%) mediana	11,5	10	83,33	25941	3209,50	12,31	17,50	1,33	0,06

“conclusão”

Nome da Unidade de Saúde	Nº total de profissionais	Certificação até 31/12/2021	% de certificação	Total atendimento registrado no SISREDE jan-dez 2021	Demanda espontânea registrada no SISREDE 2021	% de Demanda espontânea em relação ao total de atendimento	Avaliação de risco registrada no SISREDE 2021	% avaliação de risco sob demanda espontânea registrada no sisrede	% avaliação de risco sob atendimento total registrado no sisrede
Oeste	221	267	120,81	524357	154360	29,43	5077	3,28	0,96
Média	12,27	14,83	119,66	29130,94	8575,55	29,70	282,05	2,80	0,86
desvio padrão	4,62	7,21	31,70	9525,98	3217,23	8,16	682,35	5,17	1,60
(%) mediana	11	12,5	120,52	28107	8561	29,69	87	0,93	0,25
Pampulha	149	136	91,27	377611	92363	24,45	8327	9,01	2,20
Média	10,64	9,71	104,37	26972,21	6597,35	22,87	594,78	5,76	1,52
desvio padrão	3,17	4,02	60,36	11263,80	4611,78	6,93	1560,68	8,41	2,97
(%) mediana	9,5	9,5	88,88	26964,50	6209,5	22,60	133,50	2,15	0,53
Venda Nova	252	231	91,66	599268	109196	18,22	42495	38,91	7,09
Média	14,82	13,58	92,45	35251,05	6423,29	17,34	2499,70	21,28	5,74
desvio padrão	2,76	4,62	26,47	8208,71	5352,35	12,33	4861,03	31,44	9,97
(%) mediana	15	13	94,11	33459	4929	15,85	139	2,05	0,42

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborada pela autora (2022).

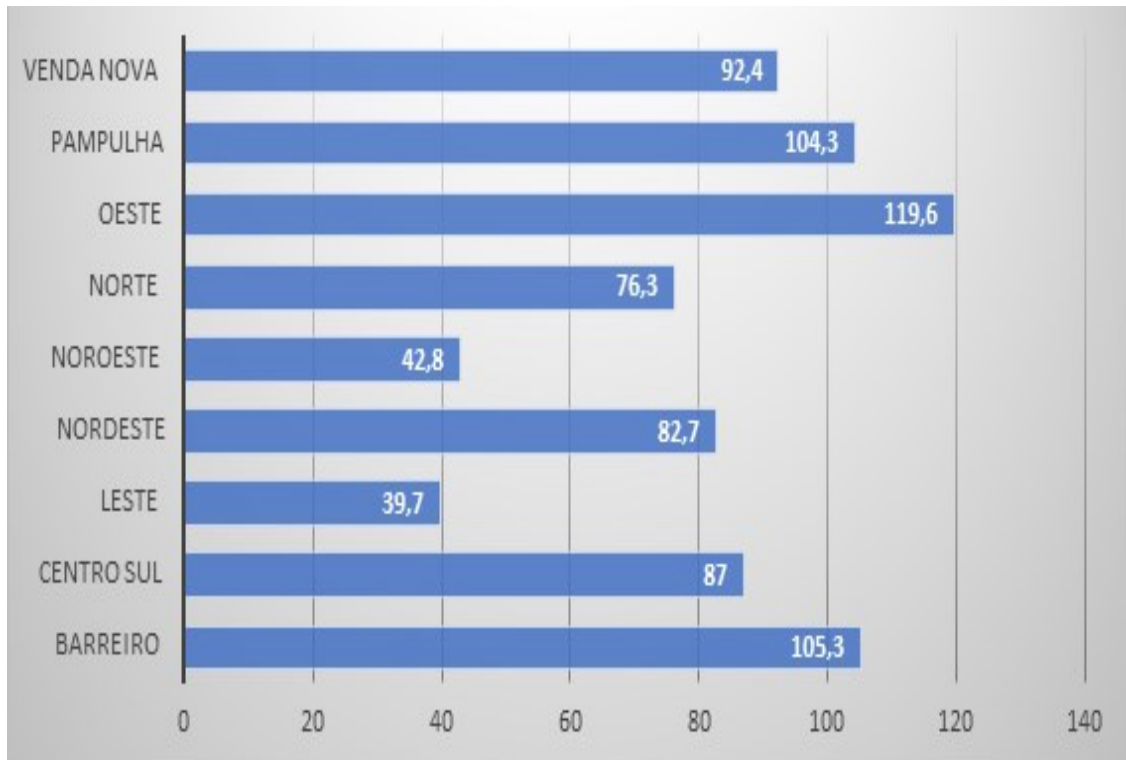
O protocolo de avaliação de risco das condições mais prevalentes da APS de BH foi publicado no *site* da Prefeitura de Belo Horizonte, em janeiro de 2020, fazendo no SISREDE a substituição do SMCR pelo novo protocolo, considerada uma ferramenta amigável e intuitiva. Concomitantemente à publicação, foi ofertada uma capacitação na modalidade EaD, com horário protegido para médicos, enfermeiros e dentistas, somando 1.788 profissionais participantes. Em março do mesmo ano, foi decretada a pandemia da COVID-19 e, mesmo diante do cenário incerto e das repercussões da doença nos centros de saúde, do total de profissionais, 1.610 foram certificados até 31 de dezembro de 2021, compreendendo 90,04%. A utilização da ferramenta de avaliação de risco foi contabilizada durante o ano de 2021 em número absoluto, sendo encontrado um total de 110.338 registros no sistema.

A capacitação é o primeiro passo para que uma ferramenta seja implementada. A PBH capacitou, mesmo durante a pandemia, os profissionais das nove regionais administrativas, alcançando um índice acima de 76% em sete delas, ficando somente duas Regionais - Leste e Noroeste - abaixo de 41%. Conforme Garcia (2019) relata, os profissionais de enfermagem da APS devem ter qualificação e competência para atender às demandas espontâneas, visto que a unidade de saúde é a primeira porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde, e restringir o acesso ou referenciar de maneira inadequada para outros pontos de atenção ainda são obstáculos vivenciados.

Os usuários do serviço procuram a unidade por já serem acompanhados pelos profissionais, terem o território como referência, serem cadastrados pela eSF e pela oferta de uma assistência de saúde rápida, efetiva, além de ser próximo da sua residência. O que se percebe com frequência é a escassez de recursos humanos, agravada pela falta de capacitação sistemática para o trabalho, sendo estas algumas das barreiras gerenciais enfrentadas. O desconhecimento dos protocolos ainda suscita dúvidas, fazendo com que os profissionais percebam a necessidade de aprofundar os aspectos teórico-práticos da clínica, para realizar a classificação dos usuários com segurança e mitigar os riscos de uma tomada de decisão equivocada.

O Gráfico 1 mostra as médias em porcentagem dos profissionais certificados por Regionais de Saúde. Nesse Gráfico, percebe-se que a Regional Oeste apresentou o maior número de profissionais certificados no Curso de Avaliação de Risco, ou seja, 119,6%; a Regional Leste apresentou o menor percentual (39,7%). As Regionais Barreiro, Oeste e Pampulha apresentaram médias acima de 100% em relação ao número de profissionais certificados, fato justificado pela rotatividade de profissionais ocorrida no período da pandemia.

Gráfico 1 - Porcentagem de profissionais certificados por Regional



Fonte: Dados da pesquisa. Elaborada pela autora (2022).

No Gráfico 2, as médias regionais representam a avaliação de risco registrada no município. A Regional Centro-Sul teve o menor número de avaliações (2,3%), e a Regional Venda Nova a maior utilização registrada (38,9%). Também é possível verificar que a Regional Nordeste teve uma boa expressão e ao examinar os dados por centro de saúde foi a Regional mais homogênea. Este resultado significa que, dentre os centros de saúde da Regional Nordeste, todos apresentaram a taxa de utilização da ferramenta de modo similar, diferentemente do que ocorreu na Regional Oeste, onde dois centros de saúde apresentaram taxas altas e os demais índices muito baixos.

Tabela 2 - Certificação e Utilização da classificação de risco na APS, por Regional

Regional	Certificação %	Utilização da ferramenta %	Demanda espontânea %
Barreiro	105,7	9,39	23,3
Centro-Sul	83,4	2,3	19,3
Leste	39,7	4,1	18,3
Nordeste	84,2	19,0	27,4
Noroeste	41,1	4,3	9,4
Norte	76,8	10,3	20,3
Oeste	120,8	3,2	29,0
Pampulha	91,2	9,0	24,4
Venda Nova	91,6	38,9	18,2

Fonte: Elaborada pela autora (2022) a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informação e Registro de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte.

Como observado na Tabela 2, a Regional Venda Nova certificou 92% de seus profissionais e utilizou a ferramenta de avaliação de risco para a classificação com uma frequência de 38,9%. A Regional Centro-Sul certificou 83,4% de seus profissionais, e utilizou a ferramenta com uma frequência de 2,3%. Diante destes resultados, podemos constatar que realizar a capacitação não garante a utilização da ferramenta, assim como relatado no estudo de Morelato *et al.* (2021), que identificaram as necessidades de aprendizagem sobre o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) da demanda espontânea por enfermeiros que atuam na APS, tanto aquelas de ordem individual como as coletivas, que têm origem em lacunas de conhecimento sobre os aspectos clínicos que envolvem a tomada de decisão no acolhimento. Os autores ainda afirmam que a gestão do protocolo na APS é papel do enfermeiro e da equipe no processo de trabalho.

Ainda na Tabela 2, identifica-se que a maior taxa de demanda espontânea registrada foi na Regional Oeste e, embora apresentando o maior número de certificações dos profissionais, 120,8%, essa Regional apresentou baixos índices de avaliação de risco, com média de 3,2%.

Os resultados demonstraram que o município apresentou uma taxa média de utilização da ferramenta de 9,36%. Centros de saúde de uma mesma Regional apresentaram grandes discrepâncias nas taxas de utilização, com variância de 2% a 81%. Para verificar o quantitativo dos centros de saúde que se comportaram de maneira diferente, se levado em conta a média do

município de 9% de utilização da ferramenta de avaliação de risco, 29% dos centros de saúde ficaram acima desta média - considerando todas as Regionais.

Em estudos como Borges, Lima e Santos (2021) relatam que independente do tamanho da população pesquisada é permitido considerar os resultados obtidos apenas no contexto estudado levando-se em consideração as barreiras de acesso: horários limitados de funcionamento, demora do atendimento e acúmulo de consultas semanais que dificultam a realização de atendimentos, condizente com o ocorrido no município durante a pesquisa onde foi verificada discrepância em relação ao uso da ferramenta, levando-se em consideração que o quantitativo de demanda espontânea se comporta de maneira similar em toda a cidade, o uso da ferramenta pode ser justificada por estes vários fatores.

Nas entrevistas realizadas com as enfermeiras avaliadoras, foram aprofundadas as análises sobre a ferramenta de classificação de risco na APS em si e as contribuições para o acolhimento, bem como as limitações para sua implementação. Na avaliação do sucesso ou não da implantação da ferramenta do estudo em questão, existem instrumentos validados para qualificar aspectos relacionados à APS, a exemplo dos modelos de Campbell (2002) e Donabedian (1966).

O Modelo Donabedian é fartamente usado em todo o mundo como referência para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. O enfoque mais tradicional utilizado refere-se à abordagem normativa focada nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade, com definição de estratégias, critérios e padrões de medição da qualidade (DONABEDIAN, 1966). A abordagem de três dimensões para avaliação da qualidade em serviços de saúde é possível, porque uma adequada estrutura aumenta a probabilidade de bom processo e bom processo aumenta a probabilidade de obter melhorias na saúde e bem-estar dos indivíduos ou populações, ou seja, bons resultados. Deve-se deduzir que condições estruturais podem ser tanto desfavoráveis quanto condutivas ao bom cuidado, não podendo afirmar, entretanto, se o cuidado, em função destas, será bom ou ruim (DONABEDIAN, 1988).

Os resultados encontrados nesse estudo mostraram sucesso na estrutura, corroborando com as análises de Donabedian, pois a oferta de capacitação na forma de EaD, em horário protegido para os profissionais da APS, foi essencial e estratégica, possibilitando atingir acima de 90% do público-alvo, embora a meta era 100% chegar aos 90% durante a pandemia considero ser muito positiva devido a todas as licenças e problemas de RH enfrentadas. O investimento nos equipamentos para a instalação do novo protocolo no sistema de prontuários, o manual disponível e publicado no formato *on-line* possibilitaram o acesso e sua utilização, pelos profissionais, assim que concluíram a capacitação, que puderam experimentar o

conhecimento adquirido. A ferramenta possibilita, ainda, realizar uma auditoria ou verificação por meio do histórico do sistema das classificações, de acordo com a queixa principal, analisando os acertos após a avaliação, mas tal exame não foi objetivo deste estudo.

Para avaliar o sucesso do uso da ferramenta proposta para atendimento podemos citar Campbell (2002) descreve o processo como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. O autor entende que, à medida que o objetivo da melhoria da condição de saúde da população é atingido, a avaliação de resultados fundamenta-se no propósito de medir o cumprimento desse objetivo. No entanto, há duas dificuldades: i) A medição do resultado em si, visto existirem situações onde respostas ao uso de tecnologias, ou serviços de saúde, somente se observam após um longo período, ou onde não há clareza quanto às respostas mais relevantes; e ii) A atribuição do resultado ao cuidado à saúde em questão. Além disso, a avaliação de resultados é limitada, no que diz respeito à indicação do que se deve fazer face a achados desfavoráveis.

A partir dos resultados apresentados neste estudo e buscando compreender sob o olhar do enfermeiro, a real avaliação da utilização da ferramenta, foram analisados os dados obtidos nas entrevistas de como a avaliação de risco se comporta, de acordo com as duas modelagens encontradas no atendimento à demanda espontânea do município seja atendimento à demanda espontânea pela própria equipe ou por equipe de referência. Constatou-se que cada uma das 152 unidades de saúde de Belo Horizonte pode ter processos de trabalho referentes ao atendimento da demanda espontânea funcionais sendo que a escolha é decidida pelo nível local, levando em consideração o número de equipes, a disponibilidade de consultórios e a capacidade de atendimento.

Quando as unidades trabalham a demanda espontânea por equipe, ou seja, cada enfermeira, médico e técnico de enfermagem faz a escuta de seus próprios usuários, sendo referenciados entre estes profissionais conforme sua habilidade e competência. Os usuários passam por uma primeira escuta ainda na fila para atendimento pelo técnico de enfermagem, que retira os prontuários e já filtra as demandas administrativas, identifica as prioridades na fila e encaminha o usuário ao médico ou enfermeiro. A enfermeira(o), neste momento, realiza a escuta qualificada no consultório, faz a consulta de enfermagem e, como já são casos conhecidos da equipe, dá os encaminhamentos necessários segundo os protocolos institucionais ou encaminha para atendimento pelo profissional médico, se necessário. Nessa modelagem sendo o atendimento de demanda espontânea pela própria equipe, foi relatada maior dificuldade em utilizar a ferramenta para Avaliação de Risco na APS, pois a enfermeira já realiza o atendimento ou encaminhamento necessário e, na sua percepção, “fazer a avaliação de risco

neste momento atrasa mais do que ajuda” – conforme relato durante entrevista da pesquisa (Cap4).

Na segunda forma de modelagem denominada equipe de referência, o atendimento da demanda espontânea é direcionado a uma ou mais enfermeiras escaladas, seja por hora, turno ou dia, de acordo com a organização da unidade. Elas fazem a avaliação de risco dos usuários com queixas clínicas e encaminham para o profissional mais adequado ao atendimento. Tal modelagem se mostrou mais efetiva para utilizar a ferramenta, a partir dos relatos, pois a enfermeira prioriza uma queixa do paciente para classificá-lo. É importante lembrar que a ferramenta tem o objetivo de ordenar a fila por prioridades clínicas estabelecidas por cores, para tempos de espera por atendimento.

Se todos ou a grande maioria dos usuários são classificados com a cor verde e essa situação é recorrente no cotidiano das unidades, a efetividade da ferramenta é notada por permitir identificar as demandas mais graves, aumentando a segurança do usuário. Além disso, respalda o profissional de saúde que está com uma demanda muito grande à sua porta, para encaminhamento a outros pontos de atenção com a mesma linguagem e maior segurança do processo de tomada de decisão. Segundo Denis e Champagne (1997), o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política. Ele sofre, todavia, as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funcionam em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias dos atores (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Durante a entrevista foi feita referência ao Sistema Manchester de Classificação de Risco protocolo já utilizado pela prefeitura nos centros de saúde e ainda utilizado nas UPAS, saber se as entrevistadas conhecem esta ferramenta tem objetivo de auxiliar com conhecimentos adquiridos para a compreensão do uso, mas também evitar confusões a respeito da ferramenta em estudo que segue a lógica de classificação por cores mas é voltada para APS.

Assim, 75% das entrevistadas relataram já terem utilizado o SMCR, seja na UPA, hospitais ou nos próprios centros de saúde e os profissionais que nunca utilizaram esta ferramenta, justificaram que não realizaram o curso do SMCR ou não tiveram oportunidade nos seus locais de trabalho. Em relação ao novo protocolo da avaliação de risco das condições mais prevalentes da APS/PBH, utilizam com frequência variada 66,6% das entrevistadas e as demais, não utilizam a ferramenta.

É preciso reafirmar que os estudos demonstram que uma classificação de risco estruturada reduz o risco de agravamento dos quadros dos pacientes antes do primeiro atendimento médico, aumenta a satisfação do usuário e dos profissionais de saúde, além de

racionalizar o consumo de recursos (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Mas não existe um consenso do uso de ferramentas para o acolhimento com classificação de risco na APS, mas uma diretriz ministerial presente na PNAB 2017, com propostas de utilização de protocolos de acordo com os municípios. Conforme descreve Silva, Barros e Torres (2012) e Souza e Bastos (2008), os enfermeiros do referido estudo utilizavam o SMCR e relataram que os resultados do processo de acolhimento com classificação de risco na prática são inúmeros relacionados a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade e a gravidade de cada caso; agilidade no atendimento para as pessoas que mais necessitam; a diminuição de ocorrências indesejadas nas filas de espera; a melhoria no prognóstico dos pacientes associada à intervenção mais rápida e oportuna conforme a necessidade, entre outros.

Observamos que, apesar das discussões empreendidas até o momento sobre o uso da avaliação de risco na APS, a literatura referente à temática com foco no acolhimento com classificação de risco mostra que o protocolo de Manchester é a ferramenta mais utilizada no Brasil e na Europa para classificar o risco de usuários graves, mas se mostra pouco eficaz na APS, devido às vulnerabilidades que não são classificadas e ao grande número de usuários classificados na cor verde que podem ser conduzidos pela equipe multiprofissional (SILVA; BARROS; TORRES, 2012).

Para análise temática, foram codificadas as respostas em três grandes categorias pelos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência fizeram sentido para o objetivo analítico visado, ou seja, a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. A amostra atingiu saturação evidenciada pela repetição nas respostas.

6.1 Utilização do protocolo de avaliação de risco das condições mais prevalentes na APS e suas limitações

Nesta categoria, verifica-se a repetição de avaliações relativas ao tempo, como demora, atraso e lentidão, e que se relacionam diretamente com a otimização da espera e a resolução da demanda, como observado na fala de algumas entrevistadas:

“É muito demorado e não atende, às vezes, a queixa do paciente” (Cag1).

“Sistema muito lento, muito demorado, ansiedade de tempo de protocolo e quantidade de pacientes” (Cap4).

“A questão de ter alguém esperando e no caso da demanda espontânea muitas pessoas, ‘causa angústia’ (Cbg3).

Outras palavras usadas com frequência no uso da ferramenta foram: trabalhoso, confuso, desacordo, insuficiente. Foi observado nas entrevistas que estas situações são causadas quando não se consegue encaixar a demanda do usuário em um fluxograma predefinido no protocolo e, neste caso, o uso do fluxograma inespecífico é necessário. O fluxograma compreende coletar vários dados mensuráveis, como: glicemia capilar, medidas de pressão arterial, temperatura, saturação, justamente para ampliar as possibilidades de descartar possíveis complicações e aumentar a segurança da decisão. No entanto, sua utilização deveria ser ocasional, mas devido à dificuldade de delimitar as queixas, acaba sendo muito usado, gerando insatisfação no profissional e no usuário, conforme identificada na afirmação

“ ... gasta mais tempo com a classificação do que quando estou atendendo...” (Cbg4).

Esse fenômeno foi descrito em outros estudos, como o de Morelato *et al.* (2021, p. 1):

O reconhecimento das necessidades de aprendizagem dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde implica construção ou aprimoramento de saberes para desenvolver junto com a equipe de saúde a classificação de risco da demanda espontânea, o que requer a mudança na formação e a continuidade de sua qualificação no/para o trabalho evidenciando o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do objetivo da ferramenta e da organização do serviço.

Assim também Celeste, Maia e Andrade (2021), em sua revisão integrativa, concluíram que a insegurança dos profissionais e a carência da prática serão superadas com cursos de capacitação para todos os profissionais de enfermagem da APS, visto que a falta de informação sobre a temática pode afetar a assistência recomendada pela atenção primária.

A avaliação de risco é uma forma de ordenar o atendimento com base nas prioridades clínicas estabelecidas por um padrão, um protocolo, ou seja, não é o que eu “acho” ou o que o paciente “acha”, mas é de acordo com um consenso à luz de evidências científicas que delimita uma classificação. Na APS, o acolhimento é uma ferramenta importante, incorporada como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo a Política, ‘acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde’. O Caderno de Atenção Básica nº 28 (BRASIL, 2013a) enfatiza que o ato de acolher está presente em todas as relações entre profissionais de saúde e usuários, de forma positiva ou negativa, revelando-se nas práticas concretas como ferramenta de fortalecimento ou enfraquecimento de vínculos, dependendo da forma como acontece. Neste estudo as entrevistadas reconhecem a necessidade da ferramenta mas não veem aplicação do acolhimento da própria equipe explicando os motivos.

Os resultados encontrados neste estudo corroboram o disposto no Caderno 28 (BRASIL, 2013a), quando na prática os usuários a serem classificados na APS apresentam várias queixas,

não pela natureza dos problemas ou comorbidades, mas pelo vínculo estabelecido, que faz parte do modelo de assistência. Este é um desafio relatado que necessita ser levado em consideração, pois é importante saber que, na impossibilidade de delimitar uma única queixa como prioridade para ser classificado o risco, este pode ser o limite para o uso da ferramenta.

A necessidade de separar os usuários com queixas agudas daqueles que se apresentam sem queixas ou com demandas administrativas, para dividir entre técnicos e enfermeiros(as) como previsto pela instituição também não foi verificada, pois nos relatos das enfermeiras estas demandas se misturam, sendo um desafio, como evidenciado por Costa *et al.* (2018), quando citam que a prática do acolhimento se apresentou de diversas maneiras e envolveu atores do cotidiano da atenção básica, sendo mais frequente sua realização pelo profissional técnico de enfermagem. Destaca-se, ainda, em relação à classificação de risco, a hesitação dos enfermeiros em relação à sua aplicabilidade e evidencia-se a necessidade de respaldo, em relação à formalização dos protocolos.

6.2 Registros no sistema e os fatores dificultadores

Em relação aos registros no sistema e aos fatores dificultadores para sua operacionalização, 75% das profissionais alegaram que o sistema precisa ser melhorado, ajustado e ampliado, e ainda foram unânimes sobre os problemas de visualização imediata do histórico pelo sistema, destacando que a avaliação precisa ser impressa no momento de sua finalização, conforme pode ser observado nas seguintes falas:

“Mesmo quando é uma queixa só, e ela é bem direcionada, quando eu abro pra passar pro médico, não consigo marcar, a médica, não conseguia visualizar” (Cap2).

“Então a gente costuma não usar muito por causa disso... você não consegue imprimir na hora ... ele não aparece no histórico” (Cap4).

É importante esclarecer que a PBH está em fase de mudança do sistema eletrônico de prontuários, para que seja integrado à UPA, hospitais e rede especializada, previsto para ocorrer, de forma gradual, em 2022 e 2023. Em 2021, ano em que está sendo realizada a presente pesquisa, foi marcado por realizar poucas adequações no sistema, devido ao disposto no contrato que determina uma paralisação nas adequações do SISREDE para se trabalhar os programas de migração dos dados para o novo sistema.

O protocolo de avaliação de risco foi instalado no sistema em janeiro de 2020, substituindo o SMCR e, a partir desse período, os trabalhadores começaram a utilizar a ferramenta e perceber as falhas. Porém, em março daquele mesmo ano, foi decretada a

pandemia no Brasil e todas as formas de atendimento, características e contingenciamentos mudaram o cenário da demanda espontânea, sendo mais prevalente a busca dos serviços por usuários com suspeita de Covid-19.

Em 2021, com os usuários já vacinados, foi possível retomar de maneira gradativa os atendimentos da APS e a organização da demanda espontânea. Os profissionais estão utilizando o sistema de maneira sistemática e remeteram as falhas `quem???, sendo possível realizar algumas alterações naquele momento, mas outras de maior complexidade terão de aguardar o novo sistema, conforme pode ser observado nas falas:

“Tem um problema, quando você finaliza, não tem como voltar atrás, então se você classificou um paciente com a cor verde e quer fazer uma reclassificação, você viu que errou ou ouviu outra coisa e achou que era realmente amarelo, não tem como voltar atrás” e avalia como “incompleto, ele não apresenta todos os fluxogramas, de acordo com a queixa do paciente” (Cbg2).

“Aí eu já joga no módulo adulto ou hipertenso, diabético, porque geralmente esses pacientes também já têm comorbidade. São poucos os que se enquadram só naquela demanda espontânea” (Cag2).

6.3 Adaptabilidade da ferramenta ao perfil da demanda real dos usuários

A adaptabilidade da ferramenta ao perfil da demanda real dos usuários aponta que 75% das enfermeiras entrevistadas acham que a ferramenta não é adequada para a APS, e as demais acham necessária, mas precisa ser melhorada. A adaptabilidade da ferramenta a APS talvez seja o cerne das limitações para sua ampla utilização, pois essa categoria traz as pistas do porquê não é tão simples a utilização da ferramenta de avaliação de risco no contexto da APS. Nas intervenções das enfermeiras é frequentemente citado que:

“As queixas e demandas de usuários da APS são mais complexas e existe um contexto diferenciado do paciente que espera em UPA e o que espera em unidade básica, além dos horários e agendas dos médicos e enfermeiros” (Cbg1).

“A maioria dos atendimentos são da minha equipe” (Cap1).

“Vários fatores prejudicam a avaliação, falta de profissional, conhecimento e sistema... Passamos muitas vezes por falta de médico na equipe, dificultando avaliação/consulta” (Cbg2).

Desde 2004, a SMSA avança na orientação do MS, quando propõe um acolhimento mais humanizado com uma ferramenta como dispositivo de mudança na urgência e na APS, e foi identificado sucesso no atendimento de urgência, qualificando a prioridade clínica e evitando

pioras ou, até mesmo óbitos, por espera de atendimento. Na APS, os estudos de acolhimento dos usuários com classificação de risco chegam no mesmo resultado: poucos usuários classificados na cor vermelha são prontamente identificados; os usuários classificados na cor amarela são encaminhados ao médico, e os classificados com a cor verde, que configuram a maioria, precisam ser assumidos por toda equipe multiprofissional.

O acolhimento com classificação de risco na APS propõe deslocar o eixo central do processo de trabalho do médico para a equipe multiprofissional, de forma a valorizar o potencial de atendimentos de todos os profissionais da equipe de Saúde da Família. Porém, há barreiras culturais importantes nesse processo, como demonstram Souza e Bastos (2008). Os autores destacam que a população se mostrou descontente por estar sendo atendida por outro profissional, quando esperava e desejava ser atendida por um médico. No estudo de Campos *et al.* (2014) sobre avaliação da qualidade do acesso na APS de uma grande cidade brasileira, também pôde-se perceber que os usuários demonstraram uma grande tendência em centralizar as ações de saúde na figura do médico, com intenções curativas, mostrando que não houve incorporação do modelo multiprofissional proposto pela estratégia de saúde da família.

Zem, Montezeli e Peres (2012) afirmam que os enfermeiros preocupam-se com fatores que não envolvem somente o ato da classificação de risco, mas também com o trabalho de acolhimento como um todo, e de humanização como um processo que somente é garantido se toda a equipe possuir uma comunicação congruente. A proposta do novo protocolo voltado para APS dá autonomia ao enfermeiro em atender como consulta de enfermagem as demandas, de acordo com sua competência e habilidade, mas o fato de um enfermeiro classificador encaminhar para outro colega ainda não foi incorporado.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 661/2021 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN, 2021), busca garantir a segurança dos pacientes, e determina que a classificação de risco e priorização da assistência não pode ser feita de forma concomitante com outras atividades do enfermeiro(a), além de estabelecer que somente profissionais de Nível Superior podem avaliar e estratificar o risco do usuário, sendo o/a enfermeiro/a o/a profissional preferencialmente mais indicado/a para esta função.

Assim, de acordo com Torres e Monteiro (2006), quando afirmam a necessidade de os gestores e profissionais de saúde proporem ações que valorizem e favoreçam a educação em serviço, mobilizando seus funcionários para a formação de grupos de estudos locais, de funcionamento regular, de forma a refletir sobre a prática da educação com base na necessidade de organizá-la em função dos objetivos que se quer alcançar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da ferramenta de avaliação de risco na APS ordena a porta de entrada do serviço de saúde por prioridade clínica, conforme recomendação do Ministério da Saúde que estabelece critérios para tempo de espera enquanto aguarda o atendimento.

Após a análise dos dados obtidos e no diálogo com a literatura, é possível afirmar que a avaliação da implementação de políticas públicas é um processo indispensável, tendo em vista que permite conhecer alguns dos efeitos produzidos pela observação, e ainda possibilitar, em certa medida, a comparação do planejado com a realidade.

Dessa forma, o presente estudo permitiu verificar que a ferramenta de avaliação de risco das condições mais prevalentes da APS se encontra implementada no município de Belo Horizonte de maneira institucional, o protocolo foi publicado, porém os profissionais consideram que precisam ser revistos e atualizados com novos fluxogramas para melhor adequar à realidade da APS.

Esse estudo mostrou pontos importantes como potencialidades, foi verificada a ampla capacitação dos profissionais, possível pela adoção da estratégia metodológica do ensino a distância (EaD), mediatizado pela TIC (Tecnologia de Informação e Comunicação). Este aprendizado gerado na pandemia precisa ser mantido, porém com cautela, pois mesmo com uma grande adesão dos profissionais à capacitação, não tivemos a repercussão satisfatória no uso da ferramenta. Nas declarações obtidas durante as entrevistas foi proposta a criação de espaços permanentes para discussão e avaliação da prática relativos à capacitação. Tivemos elevada prevalência de profissionais capacitados no uso da ferramenta de avaliação de risco, chegando a 90,04% do público esperado, tal sucesso foi atribuído, principalmente, à sensibilização dos gestores e à proteção da agenda dos profissionais para a realização da capacitação de trabalhadores da área, nas nove Regionais do município de Belo Horizonte.

Contudo, é notório o entendimento diferente do objetivo da ferramenta, que perpassa conceitos culturais arraigados e ainda muito fortes no que se refere ao atendimento centrado no profissional médico. Ficou evidenciada a necessidade de educação/formação permanente na APS e o entendimento do nosso modelo assistencial. Foram identificados avanços relativos à estrutura, com equipamentos compatíveis nas unidades de saúde, possibilitando a utilização do sistema e salas privativas para atendimento do usuário, porém identificamos problemas na operacionalização do uso da ferramenta, devido à falta de agilidade esperada durante e após a classificação do risco do paciente.

A Regional Oeste teve o maior índice de profissionais capacitados e apresentou, no ano de 2021, a maior taxa de demanda espontânea registrada, porém com baixo índice de avaliação de risco registrado, o que demonstra que somente a capacitação não garante a implantação e uso de uma ferramenta.

A Regional Venda Nova apresentou a maior taxa de utilização da ferramenta de avaliação de risco 38,9% e a Regional Centro-Sul a menor taxa 2,3%, sendo a média geral do município em torno de 9,36% de utilização, mas se avaliadas as regionais individualmente foram apresentadas grandes discrepâncias, variando entre os centros de saúde do município. Essa situação revela a necessidade de aprofundamento do tema e novos estudos sobre a estrutura e os processos implementados para o emprego da ferramenta nos centros de saúde, com a proposição de adequações para sua melhor efetividade.

Os resultados evidenciam, ainda, a existência de desafios a serem enfrentados, como o fato de a enfermeira classificadora na APS não poder realizar atividade concomitante, para que não haja demora no processo e prejudique o usuário.

Outro dificultador apresentado foi realizar a avaliação de risco no momento do “acolhimento” da própria equipe o enfermeiro avaliador deveria triar e depois retorna a fila e chamar novamente para atendimento. Essa prática se mostrou inapropriada, causando insatisfação tanto no usuário quanto no profissional, além de induzir ações não-adequadas no sistema para agilizar o atendimento.

Foi observado nas entrevistas situações que não se consegue encaixar a demanda do usuário em um fluxograma pré definido no protocolo e, neste caso, o uso do fluxograma inespecífico é necessário. O fluxograma inespecífico compreende coletar vários dados mensuráveis, como: glicemia capilar, medidas de pressão arterial, temperatura, saturação, justamente para ampliar as possibilidades de descartar possíveis complicações e aumentar a segurança da decisão. No entanto, sua utilização deveria ser ocasional, mas devido à dificuldade de delimitar as queixas, acaba sendo muito usado, gerando insatisfação no profissional e no usuário.

Outro fator apresentado é como definir em quais situações o profissional avaliador encaminha um usuário avaliado na cor verde, para ser atendido pelo(a) enfermeiro(a), pois esta decisão está relacionada ao conhecimento acumulado e prévio deste(a) profissional e na capacidade de resolução do caso, muitas vezes gerando uma consulta médica. Os protocolos auxiliam os profissionais no manejo dos casos respaldando as condutas, mas as habilidades são adquiridas com a prática e se tornam potentes no trabalho em equipe.

O cenário apresentado nas Regionais se mostrou muito diverso, deixando claro que é urgente a adoção de medidas que visem transformar esta realidade, principalmente no que concerne à comunicação, ao sistema de saúde, de assistência operacional, e à diretriz institucional. Nesse sentido, torna-se imperativa a necessidade de desenvolvimento de estratégias com objetivos bem definidos, investimentos em tecnologias, maior aproximação com os profissionais dos centros de saúde na construção de manuais e protocolos colaborativos e, principalmente, em qualificação e valorização do profissional enfermeiro (a).

Com o intuito de contribuir para melhor entendimento do processo de avaliação de risco e de sua implementação em BH, este estudo apresenta algumas recomendações que serão descritas em um Relatório a ser apresentado à SMSA, que propõe realizar, entre outras medidas, avaliações periódicas como subsídio contínuo do processo de implementação, visando à sustentabilidade da Política pública de saúde voltada para APS; além de investir na capacitação de profissionais enfermeiros(as), refletindo o processo de trabalho.

Como limitação avaliada no estudo coloco a pandemia de Covid-19 em destaque, pelos contingenciamentos gerados durante os anos 21 e 22 devido às medidas de restrição das pessoas de buscar os centros de saúde. Foi necessário o uso de portas de entrada diferentes para os sintomáticos respiratórios, organização de cada centro de saúde para os atendimentos muitas vezes de maneira manual em áreas externas. Foi evidente a diminuição de profissionais em postos de trabalho por adoecimentos, remanejamentos principalmente dos enfermeiros para fortalecer as atividades de vacinação, exames e testes rápidos. Ainda destaco a exaustão vivenciada que parece não passar diante do sofrimento e o medo vivido.

Em resumo, utilizar a avaliação de risco na APS significa organizar a porta de entrada, priorizando os casos com necessidades agudas mais graves, atender os usuários classificados como verdes por médicos e enfermeiros, de maneira segura proporcionando o atendimento integral e longitudinal com o cuidado centrado no usuário, conforme o modelo idealizado. Mostrar a utilização da ferramenta na APS de Belo Horizonte após ter sido estabelecido um protocolo próprio, considerando as condições mais prevalentes de saúde, traz pistas importantes de ações que podem ser executadas.

REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson, 1999. 203 p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 118 p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
- BARRETO, R. G. **Tecnologias educacionais e educação à distância**: avaliando políticas e práticas. 2. ed. Rio de Janeiro: Quartet, 2003. 192 p.
- BORGES, J. P. A.; LIMA, R. F.; SANTOS, S. C. R. Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 10, n. 2, e202113, jul./set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. v. 2, 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético estético no fazer em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 48 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PNH - Política nacional de humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 13 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 148, n. 130, p. 69, 8 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011>. Acesso em: 10 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2048, de 5 de novembro de 2002. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 139, n. 219, p. 32, 12 nov. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 9 nov. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110048.htm. Acesso em: 10 out. 2022.

CAMPBELL, J. L. Ideas, politics, and public policy. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 28, p. 21-38, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, out. 2014. Special issue. DOI <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JC63pCCBWxw8kfdrKTqfsgH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2022.

CELESTE, L. E. N.; MAIA, M. R.; ANDRADE, V. A. Capacitação dos profissionais de enfermagem frente às situações de urgência e emergência na atenção primária a saúde: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Oxford, v. 10, n. 12, e443101220521, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 423, de 9 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 170, p. 195, 11 abr. 2012. Disponível em: https://novo.portalconfen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 598, de 17 de dezembro de 2018. Aprova os Relatórios Trimestrais de Fiscalização e de Processos Éticos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 243, p. 192, 19 dez. 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-598-2018.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 661, de 9 de março de 2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 47, p. 192, 11 mar. 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção primária e promoção da saúde.** Brasília, DF: CONASS, 2011. 197 p.

CORDEIRO JÚNIOR, W.; TORRES, B. L. B.; RAUSCH, M. C. P. **Sistema Manchester de Classificação de Risco:** comparando modelos. Belo Horizonte: GBCR, 2010. 16 p.

COSTA, A. B. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). **Enfermeria Actual de Costa Rica**, Costa Rica, n. 35, p. 103-115, jul./dez. 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32113>. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/32113>. Acesso em: 15 out. 2022.

COUTINHO, A. A. P. **Classificação de risco nos serviços de emergência:** uma análise para além da dimensão técnico assistencial. 2010. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. de O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.

DECLARAÇÃO de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, 12 set. 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. *In:* HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v. 44, n. 3, pt. 2, p. 166-206, Jul. 1966.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre, RS: Bookman, 2009. 164 p.

GARCIA, J. A. C. L. **Atuação em urgência e emergência na atenção básica:** percepção dos enfermeiros. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GOLDIM, J. R. **Conferência de Asilomar.** Rio Grande do Sul, 1997. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/asilomar.htm>. Acesso em: 22 out. 2022.

GOMIDE, M. F. S. *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, abr./jun. 2017. DOI <https://10.1590/1807-57622016.0633>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XyT8fzQD4 hHzxCRBSKTVVCWP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2022.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (GBCR). **Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências:** como implementar o Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2. ed. Belo Horizonte, mg: GBCR, 2015. 22 p. Disponível em: <http://gbc.org.br/downloads>. Acesso em: 18 out. 2022.

HARTZ, Z. M. A. Novos desafios para a Avaliação em Saúde: lições preliminares dos Programas de Promoção. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 5-6, jan./abr. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População**. Brasília: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>. Acesso em: 18 out. 2022.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. *In:* ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 499-513.

LIRA, L. B. S. *et al.* Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário. **Revista de Enferm UFPE on Line**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2334-2340, set. 2018.

MACKWEY-JONES, K.; MARDSEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco:** classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte, MG: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249 p.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. *In:* MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (org.). **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: EDUEL, 2003. p. 11-25.

MARTINS, C. C. **Análise do processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde de Minas Gerais tendo por referência o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 193 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 406 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 416 p.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, D. A. **Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde: visão de profissionais, usuários e gestores.** Belo Horizonte, MG: [s.n.], 2014. 119 p.

MORELATO, C. S. *et al.* Acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária: necessidades de aprendizagem de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 2, p. 1-9, 2021.

PEREIRA, A. F. **Caracterização da demanda espontânea com queixa clínica na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte e sua associação com o índice de vulnerabilidade da saúde.** 2016. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

POPPER, K. R. **A lógica da pesquisa científica.** São Paulo: Cultrix, 1972. 282 p.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). **Demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: avaliação de risco das condições mais prevalentes.** Belo Horizonte, MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. v. 2, 70 p.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). **Demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local.** Belo Horizonte, MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. 40 p.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). **Manual de Enfermagem: atenção primária à saúde.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. 173 p.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). **Portal BHGEO.** Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/bhgeo/galeria-de-mapas>. Acesso em: 18 out. 2022.

QUEIROZ, R. L. B. **O uso do protocolo de Manchester na Atenção Básica e suas implicações.** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, MG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4188.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

RONCALLI, A. A. *et al.* Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 2, e16949, 2017. DOI <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i2.16949>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000200305. Acesso em: 18 out. 2022.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C. A. Entrevistas on-line: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **REFACS - Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 8, n. 4, p. 960-966, out./dez. 2020.

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 225-231, abr./jun. 2012.

SOARES, T. P. **Os benefícios do acolhimento na unidade básica de saúde: uma revisão de literatura.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí, 2011.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado pelo profissional enfermeiro. Relato de experiência. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 581-586, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO, 2004. 726 p.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em Unidade de Pronto Socorro de um Hospital Municipal de Belo Horizonte.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

TORRES, H. C.; MONTEIRO, M. R. P. Educação em saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis no programa de saúde da família de Belo Horizonte - MG. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 402-406, out./dez. 2006.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração.** 15. ed. São Paulo: Atlas, 2014. 296 p.

ZEM, K. K. S.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **RENE – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 899-908, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983020>. Acesso em: 18 out. 2022.

APÊNDICE A – Produto Técnico

MARIA CELIA GOMES VENTURA OLIVEIRA

RELATÓRIO TÉCNICO

Utilização da ferramenta de Avaliação de risco na APS de BH

Relatório Técnico apresentado ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Marina Palhares Guimarães

BELO HORIZONTE

2022

1 APRESENTAÇÃO

Este relatório tem como finalidade apresentar dados relativos à "Utilização da ferramenta de Avaliação de risco na Atenção primária à saúde de Belo Horizonte" como diretriz da política nacional de atenção básica. Os dados apresentados foram gerados a partir do estudo realizado na implementação da ferramenta e seu uso nos centros de saúde, além de apresentar as principais fragilidades e potencialidades identificadas. Portanto, o objetivo aqui proposto é subsidiar a gestão municipal na reorganização de ações, com vistas ao fortalecimento da promoção da saúde no SUS.

2 INTRODUÇÃO

Este Produto Técnico é parte integrante da dissertação de Maria Celia Gomes Ventura Oliveira, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A dissertação teve, por objetivo geral, avaliar a utilização da ferramenta de avaliação de risco das condições mais prevalentes da APS de Belo Horizonte no ano de 2021, na perspectiva dos(as) enfermeiros(as). Por objetivos específicos apresentam-se: Descrever o processo de implantação da ferramenta de avaliação de risco nas condições mais prevalentes na APS de Belo Horizonte; Identificar a frequência com que foram realizados os registros eletrônicos em saúde da avaliação de risco, por Regional e por Centro de Saúde, no ano de 2021; Identificar a adequação da ferramenta para a classificação de risco na APS de Belo Horizonte; e apresentar um produto técnico, identificando as fragilidades e potencialidades da ferramenta e sugestões para adequação.

Em 2011, o Ministério da Saúde reafirma a proposta de implantação do acolhimento com classificação de risco (ACCR) em todos os pontos de atenção à saúde, incluindo a APS, pensado como dispositivo técnico-assistencial que permite refletir e mudar os modos de operar a assistência. As diretrizes para organização dos processos voltados ao acesso são utilizadas constantemente pela gestão para rever a práxis buscando atingir o equilíbrio das agendas.

3 RESULTADOS

Neste capítulo, discorre-se os resultados do estudo do uso da ferramenta de avaliação de risco, as potencialidades e fragilidades identificadas no processo de implementação e a análise das dimensões de Estrutura, Processo e Resultado referentes ao uso.

Foi evidenciado que o processo de capacitação em formato EAD foi capaz de produzir benefícios importantes e que devem ser levados em conta pela capacidade de acessar a rede com muita amplitude e capilaridade. O desafio é manter um processo sistemático de educação continuada com procedimentos para verificação do uso da ferramenta e consolidar o desejo/necessidade dos servidores em aplicar as técnicas no dia a dia de trabalho.

A implantação ocorreu na maioria das unidades de maneira incipiente, porém despertou nas unidades e nos distritos movimentos de aprofundamento do conhecimento sobre o tema, como estratégias de reorganização dos fluxos e dos processos de trabalho das portas de entrada dos Centros de Saúde (CS). Esta estratégia de manter a temática de organização da porta de entrada e a avaliação de risco durante o horário de funcionamento dos centros de saúde deve ser fortalecida nas reuniões do colegiado de gerentes e nos colegiados dos CS fomentando as sugestões que devem ser encaminhadas à Gerência de Assistência à Saúde (GEAPS) .

A nova ferramenta para avaliação de risco elaborada pela Secretaria de Saúde de BH, também lançou aos gestores novos desafios na dimensão técnico-assistencial da produção do cuidado integral e na dimensão da autonomia do trabalho do enfermeiro nos CS. Esse talvez seja um ponto importante a ser melhor desenvolvido de como este profissional pode ser referenciado para atender os usuários classificados como verde. São discussões que devem ser realizadas no colegiado gestor da unidade após a identificação da demanda.

Há limites objetivos no contexto de implantação da ferramenta diante da formação do profissional enfermeiro, muitas vezes centrada nas atividades de reprodução e checagem de processos. Mesmo em unidades onde se tem o enfermeiro de equipe e os enfermeiros de apoio, diante de licenças e férias foi verificada, uma sobrecarga destes profissionais nas funções de coordenação da eSF, supervisão dos técnicos e ACS supervisão de setores na unidade, e muitas vezes substituição de funções gerenciais por motivos administrativos. São muitas funções para adequar uma agenda com os atendimentos de cuidados integrais à população incluindo pré-natal, puericultura, coleta de citopatológicos, usuários crônicos de HAS e DM, feridas, visitas domiciliares e a demanda espontânea. Na avaliação de risco o enfermeiro deve ser escalado somente para esta função evitando atrasos na avaliação.

A lei do exercício profissional 7498/86 e parecer 10/2019/CTLN/COFEN respaldam o atendimento por consulta de enfermagem com condutas descritas nos protocolos institucionais. O usuário que tem seu risco estratificado pode ser encaminhado a consulta de enfermagem de acordo com as habilidades e competências descritas nos protocolos assistenciais. Estes protocolos necessitam ser revisitados e atualizados por meio de ações de educação em serviço, oferecendo segurança para os profissionais e os usuários atendidos, assim como alinhamento em toda a rede.

A cultura de consulta médica ainda é muito forte perante os usuários, o que pode dificultar a implantação da ferramenta para os casos de encaminhamento a equipe multiprofissional. Para tal organização, as equipes junto ao gerente devem definir no colegiado gestor propostas para formato de atendimento e dialogar com a população em reunião do conselho local e informativos nos CS.

Os resultados aqui apresentados são um primeiro plano de aproximação das repercussões que uma ferramenta de avaliação de risco é capaz de produzir na gestão do cuidado, e mostra a necessidade em todas as dimensões de acompanhamento e avaliação dos protocolos. No primeiro momento essa tecnologia pode ser vista como uma forma de abertura para os casos agudos que buscam os CS, dada pela facilidade de acessar principalmente a consulta médica e dos enfermeiros. A partir da organização das agendas voltadas para os casos crônicos os processos de agudização tendem a diminuir e conseqüentemente os encaminhamentos à UPA gerando o estabelecimento dos fluxos e horários protegidos para as demais funções dentro dos CS.

O estudo provoca, ainda mais, a necessidade do protagonismo da enfermagem no cuidado, o entendimento do objetivo do uso da ferramenta e a aplicabilidade na APS dentro do modelo de população cadastrada, vinculada com processos de gestão da clínica e longitudinalidade do cuidado. A educação continuada é o gatilho para esta organização de sucesso. É preciso entender como podemos utilizar as tecnologias de modo a impactar na produção do cuidado para o usuário convergindo com o desejo de maior resolutividade da APS.

A figura 01 representa os processos de fragilidades evidenciados no estudo, para serem trabalhados e monitorados através de um ciclo de melhorias nas regionais de saúde.

Figura 01: Ciclo de melhorias para o acompanhamento



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A proposta é que a referência regional proponha reuniões (mensais) periódicas com os gerentes dos centros de saúde para avaliar o processo de implantação da ferramenta de avaliação de risco e as ações desenvolvidas para esse objetivo. Os principais desafios elencados no estudo foram os apontados no ciclo de melhorias e servem de base para as discussões. Estes devem ser colocados em uma matriz a ser preenchida com as contribuições apresentados por cada centro de saúde.

Avaliação de risco: Deve ser realizado uma extração do sistema (SISREDE) de maneira mensal e avaliada a quantidade de demanda espontânea registrada e a quantidade de avaliação de risco realizada, fazer a proporção e analisar com o centro de saúde os dados.

Organização do processo de trabalho: De maneira sistemática este tema deve ser trazido ao colegiado gestor dos centros de saúde, sobre a importância da utilização da ferramenta e como se pode organizar a porta de entrada do Centro de saúde de modo a melhorar o acesso dos usuários e a qualidade do serviço prestada pelos profissionais. O gerente deve preencher os apontamentos de maneira consolidada em planilha de excel disponibilizada no drive a ser compartilhada na reunião com a referência técnica no nível regional e central para monitoramento das ações.

Capacitação e atualização: Sinalizar a importância de novas capacitações ao núcleo de educação permanente (NEP) e providenciar os acessos via plataforma. Monitorar os acessos ou turmas necessárias para realizar a ação, apontar ao gerente a necessidade de reservar a agenda do profissional para o curso.

Recursos humanos: Sinalizar a mudança de profissionais médicos, enfermeiros, e dentistas e colocar este treinamento como prioridade dos cursos introdutórios.

Sistema funcional: Verificar de maneira sistemática através dos centros de saúde as alterações realizadas no sistema se foram suficientes para atender as demandas e gerar os relatórios. Possibilitar os acessos aos novos profisiionais e trabalhar com ciclos de melhorias a partir dos apontamentos e soluções apresentadas.

No quadro 02 é mostrado como sugestão a construção de uma planilha de excel a ser consolidada e compartilhada por regional com as ações previstas.

Quadro 02: Matriz de acompanhamento da utilização da ferramenta de avaliação de risco na APS PBH

<p>REGIONAL: -----</p> <p>CENTRO DE SAÚDE: _____</p> <p>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL REGIONAL (DIRETOR/ Referência Técnica): _____</p> <p>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL CENTRO DE SAÚDE (GERENTE): _____</p> <p>DATA DE INÍCIO: <u> </u> DIA / <u> </u> MÊS / <u> </u> ANO</p>						
Fragilidades identificadas na utilização do instrumento de Avaliação de Risco	Proposta de solução	Ações a serem realizadas	Participantes	Cronograma	Ações de monitoramento	Produto alcançado
Relacionar cada fragilidade apontada pela equipe.	A partir de cada fragilidade apontada, descrever a solução viável (lembre-se da governabilidade e factibilidade da proposta).	Ações que devem ocorrer, estabelecendo metas e prioridades para sua execução.	Descrever por grupos profissionais, escala de trabalho ou nominalmente.	Estabelecer o cronograma (pense na viabilidade) , descrevendo a data e hora para cada ação.	Definir as ações de monitoramento e os instrumentos a serem utilizados (metas e indicadores, por exemplo).	Descrever o produto alcançado.
Organização do processo de trabalho do centro de saúde para utilização da ferramenta de avaliação de risco	Em colegiado gestor consultar as equipes qual a melhor forma de organização do acolhimento. Por equipe de referência ou próprio equipe e definir os turnos e agenda para esta organização.	Foi estabelecido que os acolhimentos de manhã serão por equipe e a tarde definido por equipe de referência. Cada equipe terá a sua escala definida e será responsável por organizar as coberturas que por ventura ocorrerem. A ferramenta será utilizada então a tarde pela enfermeira de referência.	Todas as equipes de PSF e enfermeiros de apoio	Definir o início e comunicar a população por cartazes. Também explicar no conselho local a mudança	Monitorar a proposta por semana e detectar possíveis falhas no processo e corrigir	Utilizar a ferramenta quando for equipe de referência otimizando o atendimento do usuário e a qualidade dos encaminhamentos que forem necessários.

Equipe assistencial com número significativo de profissionais recém-admitidos	Capacitação da equipe para utilização da ferramenta de Avaliação de Risco.	Ativar o Núcleo de educação continuada regional. Realizar a inscrição na plataforma para ter o acesso ao curso. Elaborar Programa de Capacitação para utilização da ferramenta de Avaliação de Risco para 100% dos profissionais recém-admitidos, tendo como referência as metodologias ativas. Providenciar recursos necessários para a realização da capacitação (local, equipamentos, materiais). Articular com a gerência do CS a viabilidade da escala de trabalho liberação de horas do profissional para realizar o curso	Estabelecer relação de participantes de acordo com a articulação definida junto à gerência da unidade.(turmas para capacitação).	Elaborar o cronograma de acordo com as turmas previamente definidas.	Elaborar lista de presença para assinatura dos participantes. Registrar em relatório próprio cada ação realizada.(Eleg er um participante para esta ação). Divulgar entre os participantes os relatórios de cada ação para acompanhamento da execução da proposta.	100% da equipe recém-admitida capacitada para utilização da ferramenta de avaliação de risco na APS.
Déficit de Enfermeiros e médicos.	Recomposição da equipe de enfermeiros e médicos, tendo como referência o quadro de pessoal previamente estabelecido pela gestão de acordo com o número de equipes.	Fazer o levantamento do quantitativo de pessoal necessário para contratação. Abrir o processo de contratação via RH regional. Definir medidas de adequações do processo de trabalho junto à gerência da unidade, até a recomposição da equipe, gradativa ou totalmente.	Responsável técnico (categoria profissional – enfermeiro e médico). Gerente da Unidade.	Estabelecer prazo para recomposição da equipe de enfermeiros e médicos.	Acompanhamento semanal do processo de contratação junto à gerência da unidade.	Recomposição de 100% da equipe de enfermeiros e médicos, no prazo de 3 meses.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Na matriz de acompanhamento elaborada, devem ser realizados os registros das propostas de solução para os problemas encontrados e relatados pelos profissionais na utilização do instrumento de Avaliação de Risco na APS. Propõe-se que a coordenação desta ação de monitoramento seja realizada pela Referência técnica regional junto ao Gerente da unidade de Saúde avaliada e assim deve constar no cabeçalho do quadro.

Em cada registro se espera-se uma proposta dentro da governabilidade da equipe do centro de saúde assim como a observação dos acertos e as falhas diante dos processos, que devem ser apresentadas no colegiado gestor e propor soluções conjuntas. Os desafios que dependem de outros níveis de atenção, devem ser encaminhados ao nível central para as possíveis soluções. É importante descrever as ações com detalhamento e checar se o produto esperado está compatível com as ações. Como apresentadas na matriz:

Proposta: Relacionar cada fragilidade apontada pela equipe. A partir da fragilidade descrever a solução viável pensando no produto esperado.

Ações: O que deve ser realizado, estabelecendo metas e prioridades para sua execução. Relacionar com quem vai executar ou seja os responsáveis e principalmente pactuar com os envolvidos os detalhes, não se esquecendo de comunicar e explicar previamente os usuários as mudanças.

Cronograma: Estabelecer prazos possíveis (pense na viabilidade), descrevendo a data e hora para cada ação. A pactuação deve ser estabelecida no colegiado gestor, caso não der certo na prática a ação deve ser repactuada no mesmo colegiado, mantendo o processo democrático ativo.

Avaliação: Definir as ações de monitoramento e os instrumentos a serem utilizados, metas e indicadores, por exemplo tivemos uma utilização de 10% no ano de 2021, proposta de aumentar para 30% considerando que será realizada pela equipe de referência somente no turno da tarde. Buscar os dados no SISREDE e analisar.

Produtos: O sucesso será obtido de acordo com as ações propostas e executadas. Devem ser consideradas todas as ações, mesmo as pequenas entregas, para a garantia do processo.

É importante ressaltar que o acompanhamento das ações por meio de relatório de cada ação e relatório final permitirá a readequação da proposta durante sua execução e a avaliação dos resultados ao final, pelo cumprimento das metas e produtos alcançados.

Espera-se com esta proposta que a utilização da ferramenta de avaliação de risco seja implementada e realizada pelos profissionais, para que o acolhimento na APS independente da modelagem ou forma que ele ocorra possibilite o acesso do usuário durante todo o horário de funcionamento da unidade. Apresente melhora nos indicadores através da frequência de utilização da ferramenta em relação a demanda espontanea registrada e possa identificar através de um canal permanente com as enfermeiras avaliadoras, adequações da ferramenta para a classificação de risco na APS de Belo Horizonte, ampliando assim a sua utilidade.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). **Demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**: avaliação de risco das condições mais prevalentes. Belo Horizonte, MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. v. 2, 70 p.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). **Demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local. Belo Horizonte, MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. 40 p.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Data: _____

Horário: _____

Nome da(o) entrevistada(o): _____

Centro de Saúde: _____ - Regional: _____

Orientações iniciais (entrevistadora):

- Fazer uma breve contextualização da pesquisa.
- Confirmar aceite e assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.
- Confirmar aceite gravação da entrevista *on-line*.

Perguntas norteadoras (roteiro semi-estruturado):

1. Você já utilizou o Sistema Manchester de Classificação de Risco?
2. Você está utilizando o protocolo de avaliação de risco das condições mais prevalentes de BH?
3. Se você não está utilizando, porquê?
4. Como você avalia o registro de saúde em rede do módulo Avaliação de Risco?
5. Existe alguma dificuldade? Qual?
6. Você avalia que a ferramenta é adequada para utilizar na APS? Por que?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES DA APS DE BH

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa sobre a **AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES DA APS DE BH** em desenvolvimento no Curso de Mestrado Profissional de Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este estudo será realizado pela pesquisadora mestranda Maria Célia Gomes Ventura Oliveira, orientada pela Profa. Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães.

A pesquisa tem por objetivo avaliar a utilização da ferramenta de Avaliação de Risco na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, e pretende-se descrever as potencialidades e fragilidades identificadas, na utilização da ferramenta e no SISREDE apontadas pelas enfermeiras entrevistadas. Por fim, construir um relatório técnico para fornecer à gestão informações sobre as lacunas apontadas no instrumento de avaliação de risco da APS BH para que se possa melhorar.

Para isso serão realizadas entrevistas individuais *on-line* que serão gravadas e transcritas, com garantia de confidencialidade. Se você concordar em participar da pesquisa será convidada para uma entrevista de acordo com a sua disponibilidade e agendamento prévio. As informações fornecidas na gravação serão identificadas pelo número da entrevista, em nenhum momento você será identificada, garantindo o anonimato. A participação não oferece riscos à sua saúde e integridade.

SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA.

A participação é voluntária e, mesmo depois do consentimento, você tem o direito e a liberdade de interromper a qualquer momento a participação na pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados obtidos nesta

pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos, incluída a publicação em congresso ou em revista científica especializada, mas sua identidade não será divulgada sendo garantido o sigilo. Acredita-se que essa pesquisa possa contribuir para a qualidade do acesso dos usuários com queixa clínica que buscam o serviço de saúde.

Para esclarecimentos de qualquer dúvida ou outras informações você poderá entrar em contato com a pesquisadora por e-mail (marentura@gmail.com) ou telefone (31-██████████). Este documento será rubricado e assinado na última página, em duas vias: uma será entregue a você e a outra ficará de posse da pesquisadora responsável, sendo arquivada por 5 anos e posteriormente destruída.

Consentimento:

Eu, _____, fui informado(a) do objetivo do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para fins científicos e melhoria da qualidade do acesso do usuário com queixa clínica nas unidades de saúde. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2021.

Nome: _____

Assinatura: _____

Contatos: _____

Mestranda: Maria Célia Gomes Ventura Oliveira
e-mail: marentura@gmail.com - Cel: (031) 98661-2203

Orientadora: Eliane Marina Palhares Guimarães
e-mail: elianemg@gmail.com - Cel: (31) 3409-5559

ANEXO A - Termo de Anuência Institucional



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa 'AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES DA APS DE BH', sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Célia Gomes Ventura Oliveira, CPF 001.184.346-24, cujo objetivo é 'avaliar a utilização da ferramenta de Avaliação de Risco na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte' e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.


O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 12 de abril de 2021


 Fernando Azeredo Chaves
 Gerência de Atenção Primária à Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Assessoria de Educação em Saúde / ASES
Assessoria de Educação em Saúde / ASES
Assessoria de Educação em Saúde / ASES


 Cláudia Fidelis Barcaro
 Assessoria de Educação em Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Assessoria de Educação em Saúde / ASES
Assessoria de Educação em Saúde / ASES
Assessoria de Educação em Saúde / ASES

Conclusão

Considerando que o estudo é relevante na área da gestão do trabalho em saúde no que concerne à sua contribuição para melhorar a organização dos microprocessos da assistência em saúde no nível local com a sistematização do acolhimento na atenção primária à saúde, agregando eficácia e resolutividade, sou, salvo melhor juízo da Assembleia Departamental do ENA, favorável à aprovação do projeto de pesquisa "Utilização de Ferramenta de Avaliação de Risco na APS de Belo Horizonte".

Belo Horizonte, 22 de junho de 2021.

Profa. Marta de Oliveira Pimentel
Membro da Assembleia Departamental - ENA

Parecer aprovado em Assembleia Departamental em 24/06/2021.

MEIRIELE TAVARES ARAUJO
Chefe do Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem da UFMG



Documento assinado eletronicamente por **Marta de Oliveira Pimentel, Professora do Magistério Superior**, em 28/06/2021, às 12:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Meiriele Tavares Araujo, Chefe de departamento**, em 28/06/2021, às 13:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0798774** e o código CRC **C6E186E7**.

ANEXO B - Parecer do CONEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 5.164.446

/ Brochura Investigador	plataforma.pdf	10:38:04	Palhares Guimarães	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	30/06/2021 10:31:59	Eliane Marina Palhares Guimarães	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 14 de Dezembro de 2021

Assinado por:

Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br