

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CLAUDETE DIVINA DE GODOI**

**ANÁLISE DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM O ACOLHIMENTO E  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CLAUDETE DIVINA DE GODOI**

**ANÁLISE DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM O ACOLHIMENTO E  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Prof. Orientador: Enfº Dr. Rafael Marcelo Soder**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ANÁLISE DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM O ACOLHIMENTO E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO** de autoria da aluna **CLAUDETE DIVINA DE GODOI** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência.

---

**Prof. Enfº Dr. Rafael Marcelo Soder**  
Orientador da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>9</b>
<b>3 – MÉTODO</b>	<b>13</b>
<b>4 – RESULTADO E ANÁLISE</b>	<b>14</b>
<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>19</b>
<b>6 - REFERÊNCIAS</b>	<b>20</b>

## RESUMO

O presente estudo visa diagnosticar a qualidade na assistência à saúde, especialmente nas unidades de emergências, que pode ser considerada a porta de entrada para todos que necessitam de atendimentos a saúde, e com isso causando superlotação, filas, sobrecarga dos profissionais e a insatisfação dos pacientes. Esse projeto tem como linha estrutural, analisar o novo processo de gestão da qualidade e assistência à saúde, voltado ao melhor acolhimento e a classificação de riscos, considerando a real necessidade e tipo de gravidade de cada paciente, a fim de se estabelecer prioridade mais equitativa para o atendimento. O objetivo do estudo visa melhorar e aprimorar a qualidade da assistência e do acolhimento, com o intuito de avaliar se as ações estão em conformidade com as expectativas para a melhoria no sistema amparada pela humanização. Utilizou-se os recursos da revisão bibliográfica do tipo exploratória e de natureza descritiva. Por meio de uma avaliação preliminar foram constatadas algumas mudanças significativas e imediatas em razão do novo modelo de trabalho, sendo diferente do habitual, os quais pode-se destacar: um repensar sobre a sobrecarga dos profissionais, exigindo assim uma readaptação na organização dos recursos humanos; o novo modelo de gestão originou também a maximização do tempo de espera, o que contribui na eficácia e efetividade no atendimento a saúde dos usuários em situações que demandam atendimento generalista e especializado.

**Palavras-chaves:** Qualidade. Classificação de riscos. Acolhimento.

## 1 INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se, dentre outros desafios, garantir o acesso do usuário à rede de saúde de forma satisfatória e que atendesse às suas necessidades.

As unidades hospitalares e os pronto-atendimentos que funcionam 24 horas, passaram a receber demandas diferenciadas, para as quais estão preparadas e equipadas como serviços de urgências e emergências. O maior volume das ocorrências são classificados como não urgentes, e assim poderiam ser solucionadas nas unidades de menor complexidade (DESLANDES et al., 2007).

O fato é que a cultura da maioria dos usuários do sistema de saúde, acredita que a melhor forma de se obter atendimento é nas portas de emergências hospitalares e dos prontos atendimentos, colaborando assim para a superlotação nos referidos locais e também para o déficit em suprir as necessidades da população, gerando dificuldade em eleger as prioridades do atendimento em vista de um sistema centrado no atendimento médico e ordenado na maioria das vezes em filas organizadas por ordem de chegada.

Considerando que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo, e que passa por diversas transformações, foram testados vários projetos no sentido de se oferecer atendimento mais digno à população. O acolhimento com avaliação e classificação de risco é o novo programa que tem como finalidade oferecer aos nossos usuários um atendimento rápido e de qualidade, acelerando o processo de acordo com a necessidade do paciente (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2005).

No intuito de inovar o atendimento, o Ministério da Saúde passou a desenvolver políticas de saúde pública direcionadas à qualificação e melhoria dos processos de trabalho no atendimento aos usuários. Em 2004 inicia o Programa Nacional de Humanização (PNH), o Humaniza SUS, que dentre suas diretrizes e dispositivos definiu uma estratégia de modificação do processo de trabalho em saúde utilizando as ferramentas do acolhimento e da avaliação com classificação de risco (BRASIL, 2008).

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que envolve o profissional e o usuário, obedecendo a normas técnicas, ética, humanitária e solidária, tendo como sujeito ativo o usuário,

que busca os serviços de saúde, que invariavelmente irá ser acolhido por um profissional que executará e pactuará medidas adequadas, com resolubilidade dentro de suas necessidades (BRASIL, 2004).

A tecnologia de avaliação e classificação de risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento, a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré- estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

A classificação de risco e o acolhimento é um novo modelo de atendimento aos clientes que necessitam de cuidados de saúde e, que possui aplicabilidade de forma multiprofissional, buscando a excelência no atendimento de modo a ouvir e entender com melhor qualidade os problemas dos usuários.

A inspiração e inquietação para a elaboração do presente estudo deu-se pela necessidade de se fundamentar a importância do acolhimento e a classificação de risco para os serviços de saúde, já que no modelo anterior percebia-se a dificuldade de acesso ao atendimento, e a não existência de critérios que estabelecessem prioridades. Em relatos de pacientes em diversos locais ficou evidenciado o bom funcionamento do acolhimento com a classificação de risco e o auxílio destes para a mudança de qualidade nos serviços assistenciais da saúde pública.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 GERAL**

Realizar análise quanto à qualidade da assistência de saúde à sociedade, através da produção científica com enfoque para a qualidade no atendimento após a implantação das políticas de saúde enfocadas na classificação de risco e acolhimento.

### **1.2.2 ESPECÍFICOS**

a) Analisar a qualidade da assistência sem a implantação do acolhimento e classificação de risco;

b) Avaliar as mudanças que ocorreram depois de se implantar o Manual de acolhimento e classificação de risco.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 QUALIDADES DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Qualidade é uma forma de gerenciar que uma vez implantada tem o intuito de melhorar, de forma continuada, o desempenho da organização de modo a favorecer o grau de satisfação da clientela. Para Gil (1997) é a eficácia no atendimento do consumidor na satisfação de seus anseios e desejos de consumo.

Está intimamente ligado ao desempenho das pessoas, processos de trabalhos, satisfação do cliente e cultura organizacional, através de ações em equipe, tem como objetivos de melhorias da qualidade o envolvimento de toda equipe, com ações de longo prazo e mudanças gradativas tendo as pessoas com maior importância aumentando o comprometimento, disciplina e esforços conscientes (ALVARES, 2001).

A qualidade nos serviços tem sido reconhecida pelos clientes como componentes tangíveis e intangíveis sendo que aquilo que o cliente vê e sente, por exemplo, a estrutura física do local é reconhecida como tangíveis. Já, a intangibilidade são amabilidade e cordialidade da equipe, ou seja, os componentes intangíveis se relacionam diretamente entre equipe profissional e clientes (ASSADA, 2005).

Existem três dimensões da qualidade; a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica é a aplicação atualizada dos conhecimentos científicos para solucionar problemas do usuário, a interpessoal é que relaciona o prestador de serviços e o paciente. A ambiental é a comodidade como conforto e bem estar oferecido ao paciente (DONABEDIAN, 1980).

O principal sentido programático da assistência, desde sua emergência, foi uma representação da defesa de princípios éticos como o direito à cidadania e o acesso universal à assistência. Essa marca esteve presente desde o início da avaliação da assistência, apesar da baixa especificidade e eficácia limitada das medidas conhecidas no início do processo, manteve-se como um compromisso presente com desdobramentos para o perfil tecnológico da organização dos serviços (CASTANHEIRA, 2002).

Enquanto ações programáticas o seu desenvolvimento na assistência diferenciou-se tecnologicamente tanto como instrumento de controle epidemiológico, tal como nos programas sanitários mais clássicos, quanto da assistência ambulatorial não programática, tal como aquelas desenvolvidas tradicionalmente em ambulatórios de especialidades clínicas.

Nas estratégias de trabalho, esses valores e normas são reconstruídos nas práticas assistenciais concretas. Quanto mais coerente for a ação assistencial operada nos serviços com as tecnologias e metas traçadas como objetivos no programa, melhor será sua qualidade. Essa objetivação pode ser avaliada nos vários momentos analíticos do trabalho, desde seu desenho operacional até o momento do encontro prático entre o agente do trabalho e o(s) sujeito de sua ação, sendo um momento de avaliação segundo os seguintes critérios (NEMES, 1996).

- **Acessibilidade dos alvos:** capacidade operacionalizar um conjunto de instrumentos coerentes com os objetos do trabalho, organizar conjuntos tecnológicos que se adéqua aos alvos. Refere-se às etapas do processo assistencial, desde a captação e recepção de usuários até o momento final da assistência, e pode ser demonstrado no fluxograma assistencial que segue:

- **Acoplamento amarrado de atividades:** um meio de articular de forma coerente e com sinergia todos os instrumentos de trabalho e diferentes atividades profissionais simultaneamente, ou seja, operar articuladamente as diversas abordagens dos alvos do trabalho.

- **Coerência dos padrões de julgamento e avaliação:** refere-se à coerência com o objeto do trabalho priorizado, ou seja, operar com normas de ação profissional coerente. Refere-se ao plano do dever dos agentes e do foco nos objetivos na execução do trabalho.

- **Especificidade na apreensão e manipulação dos objetos:** capacidade dos instrumentos de trabalho de acordo com as normas específicas, ou seja, coerentes com as características dos objetos e com a diversidade dos alvos. Refere-se ao conteúdo das diferentes atividades profissionais como abordagens clínicas e psicológicas ou outras atividades mantidas pelo programa, projetadas de modo a atender às especificidades de um mesmo objeto.

- **Efetividade comunicacional dos encontros assistenciais:** a forma de dialogar entre os indivíduos ou grupos alvos das ações, ou seja, tomarem a normatividade dos indivíduos e grupos como orientadora da ação técnica.

Esses foram os critérios que basearam inicialmente em pesquisa. São os critérios para nos aproximarmos das práticas assistenciais, concreta do reconhecimento de suas proposições ético-

normativas e o do modelo tecnológico concretamente praticado nos serviços. Com isso, buscar orientação na construção de indicadores padrões nos programas de avaliação (CHEN, 1990).

## 2. 2 O ACOLHIMENTO NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Segundo Silva Júnior e Mascarenhas (2004), nos aspectos conceituais e metodológicos de avaliar as ações em saúde com quatro critérios do acolhimento: 'acesso'- geográfico e organizacional; 'postura'- escuta atitude profissional-usuário e relação intra-equipe; 'técnica' – trabalho em equipe, capacitação profissional com tecnologias, saberes e práticas; 'reorientação dos serviços'- projeto institucional, supervisão e processo de trabalho.

O comprometimento com a cidadania, tolerância com as diferentes inclusões social, com ética, com escuta clínica são atribuições do acolhimento, sem restringir os limites de atenção valorizando na prática, o usuário como o sujeito central da assistência à saúde (BUENO; MERHY, 2006).

A responsabilização pelo acolhimento deve envolver todo o sistema, incluindo, gerência e gestão, as especialidades de acordo com os níveis de assistência sejam do indivíduo ou coletivo (MALTA; MERHY, 2004).

O vínculo criado entre trabalhadores da saúde e usuários com responsabilização revela a importância do acolhimento para a melhoria da qualidade da assistência com resolubilidade (MALTA et al.,2001).

O ato de acolher está relacionado a um processo onde envolve trabalhadores dos diversos setores da saúde, formalizando sequências de ações para concretizar as necessidades manifestadas pelo usuário (MATUMOTO S, 1998).

### 2.2.1 Características do acolhimento

Qualificar os serviços de saúde com aplicação de políticas assistenciais com subsídio financeiro do Ministério da Saúde para adequação física e compras de equipamentos necessários para o bom funcionamento. Organizar critérios de trabalhos com postura para acolher, ouvir e prestar um atendimento responsável para satisfação dos usuários (BRASIL, 2008).

Resolver as necessidades daqueles que procuram os serviços de saúde com uma equipe técnica de profissionais experientes no acolhimento para resolver os riscos e a vulnerabilidade dos usuários ou faça o encaminhamento da demanda não resolvida (BRASIL, 2009).

### 2.2.2 Avaliação e classificação de risco expectativas na implantação

Para se conseguir fazer um atendimento harmonioso de acordo com as necessidades do usuário é preciso estabelecer critérios e seguir os protocolos bem definidos para saber reconhecer os agravos e as prioridades no atendimento.

O acolhimento com avaliação e classificação de riscos para ser colocado em prática deve seguir orientações de fluxos dos serviços onde, ordenadamente, todos deverão ser escutados e atendidos de forma diferenciada de uma simples triagem de exclusão (BRASIL, 2004).

A complexidade de uma situação considera a subjetividade do indivíduo, a objetividade biomédica. Os níveis de gravidade têm um grande número de relatos (BITTENCOURT, HORTALE, 2007).

O Ministério da Saúde orienta classificar os níveis de atendimento baseado em cores de acordo com as condições clínicas dos usuários e a disponibilidade de intervenção ou não, citando como modelos, a cor vermelha como um caso de intervenção imediata, a amarela como situação de atenção ou urgência estável, a verde sem risco imediato de vida e se houver estrutura pode implementar com a cor azul nos casos de consultas diversas sem intervenções, tudo com intuito de reduzir filas, tempo de espera e superlotação, bem como tornar mais acessível e resolutivo (BRASIL, 2004).

O perfil clínico e epidemiológico de algumas síndromes clínicas, cirurgias, traumatismo, doenças cardiovasculares, sofreram mudanças para um prognóstico positivo devido à agilidade na assistência nas unidades de emergências e se deve às inovações e capacitação profissional (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

### **3 MÉTODO**

Para atingir o objetivo proposto foi realizada uma revisão da literatura. Tendo como elemento principal a investigação por meio de pesquisas em materiais já elaborados, possibilitando o aprimoramento de ideias e conceitos, sendo constituídas de artigos científicos, teses e dissertações, manuais, periódicos de indexação, e anais de encontros científicos de bases de dados digitais.

O processo de inclusão e exclusão de achados na revisão de literatura não tiveram limitação temporal, apenas foram excluídos materiais que não tinha base científica ou que não apresentavam fonte segura, ou seja, foram descartados todos os materiais com procedência duvidosa ou que não sustentassem a proposta do estudo.

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

O estudo teve por objetivo realizar uma análise bibliográfica sobre a avaliação da qualidade da assistência em saúde com acolhimento e classificação de riscos. No intuito de se identificar os problemas dos usuários, que devido a uma falta de definições nas políticas de saúde sem resolutividade e qualidade nos serviços, levaram o usuário a procurar as unidades de emergências com anseios de um atendimento mais rápido e de fácil acesso.

No primeiro momento, ou seja, no acolhimento é realizada a aplicação de técnicas através de profissional de enfermagem que confere/avalia todos os sinais vitais como: pressão arterial, temperatura corporal e capacidade respiratória, classificando assim, a gravidade da doença e a prioridade que se deve dar pela equipe médica quanto ao atendimento, que receberá um relatório de pré-atendimento, que será anexado ao prontuário do sujeito.

Esse relatório indica qual a real urgência do caso, destacando na ficha um círculo vermelho quando indicar emergência com risco iminente de morte; o círculo amarelo indica urgência sem risco iminente de morte, no entanto, precisa de atendimento ágil; já o círculo com cor verde indica que não há urgência, o paciente está fora de risco e pode aguardar pelo atendimento; e por fim, a classificação com a cor azul o paciente aguarda pelo atendimento sem risco algum. Através desses procedimentos procura-se tranquilizar tanto o paciente quanto seus familiares, enquanto aguardam atendimento (BRASIL, 2002).

O acolhimento é uma das diretrizes que contribui para alterar práticas de corresponsabilidade, na medida em que incorpora a análise e revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementada nas unidades de saúde, e requer que o atendimento ao usuário seja com resolutividade e responsabilidade, orientando o paciente com relação aos outros serviços de saúde para continuidade da assistência.

Têm como desafios aos profissionais, gestores e usuário colocar em prática os princípios aprovados para operar um trabalho de atenção e gestão de qualidade, relacionando aos modelos de atenção à saúde com co-participação e responsabilização ativa dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando. Existem três classificações de tecnologias em saúde: a primeira é estabelecida nos encontros dos componentes de equipe que é a relação de produção de vínculo, acolhimento e gestão; a segunda opera no processo de trabalho em saúde como clínicas e

epidemiologia e; a terceira é operada por equipamentos tecnológicos tipo máquinas, normas, estrutura organizacional e outras.

Nesse sentido, o presente estudo retrata o dispositivo acolhimento como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como ações de comunicação, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento, retorno, agendamento do retorno e alta (FRACOLLI, ZOBOLI, 2004).

Para ampliar os debates, o Ministério da Saúde ao identificar o número significativo de queixas dos usuários e prestadores do Sistema Único de Saúde (SUS), acerca da qualidade do contato humano, tomou a iniciativa de elaborar uma proposta de trabalho voltada para humanização dos serviços de saúde, inicialmente dos serviços públicos.

Após ser constituído o Comitê Técnico, o mesmo elaborou a Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (PNHSS), que foi lançada em 2002, enquanto resultado do esforço integrado do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais e municipais, sociedade civil, participação de gestores, profissionais de saúde e comunidade o acolhimento foi o dispositivo usado pela organização como processo de produção de saúde com qualidade, humanizando o atendimento e garantindo o acesso das pessoas, escutando os problemas de saúde do usuário responsabilizando pela resolução de seu problema (BRASIL, 2002).

Registrou-se através do presente estudo uma correlação positiva entre a consolidação do modelo assistencial e as ações nos diversos programas de assistência à saúde.

Deslandes (2007) destaca nos seus estudos, os processos de trabalho, a opinião dos profissionais, além do ambiente nos serviços de emergências com responsabilização e vínculos das equipes entre o heroísmo e o descaso que se diferenciam pelo esgotamento físico e mental dos profissionais, junto com a violação dos princípios, o descaso com os direitos dos pacientes, a falta de interesse pela evolução clínica dos pacientes que aguardam vagas para internação, provocando uma desestruturação da parte técnica e operacional, repercutindo como um descaso na qualidade do atendimento nos casos de emergências. Onde o usuário, além das péssimas condições do ambiente, fica exposto a um critério de seleção desleal, dificultando a priorização dos casos graves.

Há estudos mostrando que o modelo hospitalocêntrico direcionados a uma maior integração entre os serviços, pelo desenvolvimento da assistência à saúde não dispõe de

tecnologia, recursos humanos e financeiro capaz de atender com integralidade a saúde da população. É mais um desafio para o novo sistema de gestão nas unidades de emergências com responsabilidade em manter a grade de referência do sistema (BITENCOURT, HORTALE, 2007).

Quanto aos profissionais que realizam o acolhimento, constatou-se que essas atividades estão direcionadas aos cargos de enfermeiras, auxiliares e o médico na retaguarda, e em outros casos, o agente comunitário também se responsabiliza pelo acolhimento. Ficou constatado que os registros do acolhimento ficaram registrados como um atendimento nos prontuários dos pacientes, além de um livro controle que serve de planilha para anotar os procedimentos realizados, contudo, em muitos casos, faltam protocolos para a prática do acolhimento. Os resultados apontam o acolhimento com uma estratégia de acesso de todos aqueles que necessitam de atendimento para sua saúde. No entanto, a forma como o acolhimento vem sendo aplicado, torna-se necessário sofrer alterações, estabelecendo bases para maior confiança entre o usuário e o trabalhador (FRACOLLI, ZOBOLI, 2004).

Os fatores identificados como aqueles que denotam a qualidade do atendimento foram classificados em: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional, além da boa recepção pela equipe, e ser bem reconhecido. A relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dispensada ao usuário.

O desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, na resolutividade das condutas adotadas. No entanto, foram referidas e observadas, preponderantemente, situações que demonstram bom acolhimento, de acordo com o que sugerem Merhy et al. (1994), quanto à expectativa do usuário em sua relação com o trabalhador da saúde.

Essas experiências buscam reorganizar os serviços de forma a garantir o acesso universal com resolubilidade e humanização, de forma que todos sejam ouvidos e seus problemas resolvidos, com rapidez no atendimento da recepção favorecendo o desempenho profissional (RAMOS, LIMA, 2003).

O estabelecimento de um diálogo entre o trabalhador da saúde e o usuário, é a forma de solucionar os problemas de saúde, já que muitas vezes o desabafo traz a resposta para determinada dificuldade. Ao mesmo tempo, pode-se trabalhar com o conhecimento popular, que faz parte da cultura do paciente e jamais deverá ser rejeitado. Mas a troca de conhecimentos só

poderá ocorrer se o trabalhador tiver a humildade de ouvir, aceitar e associar o conhecimento empírico ao acadêmico. Assim, as diferentes concepções de acesso, acolhimento e vínculo no processo de construção da saúde para os trabalhadores e usuários nos proporcionaram a criar estratégias de formar e aprimorar as ações de saúde, obedecendo aos princípios do SUS promovendo um ambiente com estrutura física e ambiência acolhedora (COELHO, JORGE, 2009).

Acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Tem-se observado inúmeros problemas nos serviços básicos de saúde com relação a acesso e acolhimento. Há serviços com áreas físicas tão pequenas que não dispõem de uma sala de espera, outros em que, mesmo contando com um bom local para espera, não encontraram fórmulas para extinguir as filas.

Outros ainda em que, pela grande demanda reprimida, existe comercialização de lugar na fila de espera. Às vezes as condições materiais são boas e busca-se praticar um bom atendimento, mas inexiste qualificação adequada dos funcionários da recepção ou, pelo contrário, monta-se um bom serviço de recepção, triagem e pré-consulta que culmina com um mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelecem relações frias, desumanizadas, de desinteresse.

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser almejado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, para que se estabeleça um processo de trabalho com foco no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para contribuir com a reorganização dos serviços, com acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO et al., 1999).

Os fatores identificados como aqueles que denotam a qualidade do atendimento foram classificados em: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional. Com base na descrição dos fatos relatados, boa recepção é ser bem tratado pela equipe, é ser conhecido por ela. Respeito ao usuário se traduz na limpeza e organização da área, na pontualidade do atendimento, nas informações prestadas, nas rotinas que contemplam a necessidade do usuário. A relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dispensada ao usuário. O desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, na resolutividade das condutas adotadas.

Apesar do predomínio dos fatores facilitadores, também foram citadas algumas situações pontuais de má recepção, falta de interesse pelo cliente e, até mesmo, certa rispidez no tratamento.

Acesso e acolhimento são elementos essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribuem para a procura pelo usuário. A conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propiciou a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, frequentemente, um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de uso.

Confirma-se a necessidade de uma atuação que busque a construção de um vínculo entre usuários e trabalhadores, com garantia de acesso a ações de saúde pelos usuários, bem como acolhimento humanizado. Quanto ao acolhimento, a forma de organização do serviço e competência profissional da equipe foram fatores de grande importância, geradores de facilidades e satisfação por parte dos usuários, embora tenham sido referidas dificuldades pontuais com alguns elementos da equipe, relaciona problemas ligados às condições de espera dos usuários, durante a madrugada, é possível permitir sua entrada na sala de espera principal da unidade de saúde, ainda que seja necessário barrar a passagem, nesse horário, para outras áreas do prédio.

A unidade trabalha na forma tradicional e organizada, centrada na consulta médica, através da distribuição de fichas. Não se conseguiu eliminar a fila e muitos usuários ainda deixam a unidade sem ter seu problema resolvido. No entanto, há uma preocupação forte com o atendimento humanizado e vários relatos dos autores, em sua maioria, como uma realidade cotidiana do serviço. Há uma série de medidas gerenciais que vêm procurando amenizar as dificuldades de acesso a que estão submetidos os usuários do serviço, buscando o aperfeiçoamento do trabalho. Isso demonstra uma fase de transição, na tentativa de melhor atender às necessidades da população, especialmente a mais carente no território de sua responsabilidade (RAMOS, LIMA, 2003).

Os resultados do presente estudo devem ser abordados à luz de algumas considerações sobre suas limitações. Uma delas é inerente à própria utilização do instrumento de auto-avaliação. Alguns estudos registram que em estudos de auto-avaliação os profissionais de saúde tendem a realizar uma avaliação mais positiva de suas ações, em relação aos usuários. Ressalta-se, ainda, que é importante a realização de estudos de avaliação com a participação dos atores

implementadores do processo, pois eles podem expressar adesão ou resistências em relação à nova estratégia, bastante útil para ajustes no novo modelo (SILVA,CALDEIRA,2010)

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da complexidade dos serviços na área da saúde o trabalho de implantação de um atendimento de qualidade objetivando o acolhimento com classificação de riscos, revelou a forma de produção de saúde como resultante da articulação dos elementos que compõem o processo de trabalho e permitiu identificar a participação da equipe e interesse dos profissionais em criar um novo projeto de melhorias para um novo modelo de gestão das políticas de saúde com qualidade.

A relação entre a organização do processo de trabalho da equipe e a falta de acesso da população ao atendimento clínico foi um achado importante possibilitando afirmar que não basta só investir em capacitação e acolhimento tem que criar espaço para novas formas de organização no processo de trabalho á partir de resultados apresentados promovendo adequações para que o acolhimento se torne viável.

Trata-se de uma missão complexa e de extrema relevância não só para o processo em si, mas para a própria organização que assumiu como seus princípios a formação integral da pessoa humana, a capacitação ao exercício profissional e atuação solidária para a satisfação e resolução do processo saúde/doença de uma sociedade. Um desafio que se coloca a todos nós, gestores, professores, alunos, trabalhadores da saúde.

Como uma experiência inovadora no âmbito das práticas e produção de saúde e de certa forma contribuir para que essas práticas continuem fortalecidas sempre recriando e inovando, superando dificuldades, reinventando maneiras de construir um país mais justo e solidário com eficácia e eficiência nos setores da saúde.

## 6 REFERÊNCIAS

**ASSADA, R.M. A equipe como vetor de qualidade. 2001.** Disponível em <http://www.odonto.com.br> [2001 Nov. 21] Acesso em 20/Jul/2005. CERQUEIRA, J. P. de et al. ... [www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006\\_TR470326\\_8487.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR470326_8487.pdf)

**ÁLVARES ,M,E,B,Administração da qualidade e produtividade:abordagem dos processos administrativos São Paulo,Atlas,2001**  
[http://scholar.google.com.br/scholar?start=40&q=alvares,m,e,b+sp+abordagem+do+processo+administrativos+atlas+2001&hl=pt-BR&as\\_sdt=2000](http://scholar.google.com.br/scholar?start=40&q=alvares,m,e,b+sp+abordagem+do+processo+administrativos+atlas+2001&hl=pt-BR&as_sdt=2000)

**BUENO W S, MERHY EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>

**BITTENCOURT, Roberto José and HORTALE, Virginia Alonso. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 929-934. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232007000400014.  
[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000800005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000800005&script=sci_arttext)

**CHEN HT. Theory-driven evaluations. Newbury Park: Sage Publications; 1990**  
[aje.sagepub.com/content/15/1/73.full.pdf](http://aje.sagepub.com/content/15/1/73.full.pdf)

**CASTANHEIRA E R L. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviços públicos no Estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho [Tese de Doutorado].** São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo 2002. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000200028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000200028&script=sci_arttext)

**COELHO, Márcia Oliveira and JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1523-1531. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232009000800026**  
[http://en.scientificcommons.org/maria\\_salette\\_bessa\\_jorge](http://en.scientificcommons.org/maria_salette_bessa_jorge)

COELHO, Márcia Oliveira and JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1523-1531. ISSN 1413-8123.** doi: 10.1590/S1413-81232009000800026.  
www.ufsm.br/ppgenf/.../DISSERT\_JOANITA\_CECHIN\_DONADUZZI.pdf

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.9, n.1, pp. 7-14. ISSN 1413-8123.** doi: 10.1590/S1413-81232004000100002 <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a13.pdf>.  
**Deslandes, S. F.** (2004).  
www.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/.../143/181

DONABEDIAN, A., 1980a. The definition of quality: **A conceptual exploration.** In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring** (A. Donabedian), vol. ...  
www.pgsc.ufma.br/.../metodologiaemsaude.html -

FRACOLLI, Lislaine Aparecida and ZOBOLI, Elma Lourdes Campos PAVONE **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família.** **Rev. esc. enferm. USP [online]. 2004, vol.38, n.2, pp. 143-151.** ISSN 0080-6234. doi: 10.1590/S0080-62342004000200004.  
www.seminariosociologiapolitica.ufpr.br/.../Raphael%20Soares%20e%20Wagner%20do%20Nascimento%20Santos.pdf

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva and MERHY, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** **Cad. Saúde Pública [online]. 1999, vol.15, n.2, pp. 345-353.** ISSN 0102-311X. Doi: 10.1590/S0102-311X1999000200019. [www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf)

GIL, Antônio Loureiro. **Gestão da Qualidade Empresarial: Indicadores da Qualidade.** 2º ed. São Paulo, Atlas, 1997.  
<http://www.joinville.udesc.br/portal/professores/zvirtes/index.php?pg=disciplina&id=268>

**Manual de Orientação para Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, Secretaria Municipal de Saúde.** Goiânia – GO. Outubro, 2005.  
Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** 2. Ed. Brasília: ministério da Saúde, 2004, 48p.

Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 72p.

MALTA DC; MERHY, EE. **Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de ...** n.2, p.259-267, 2004. 4. **Malta DC**; Ferreira, LM; Reis, AT dos et al. ...w3.ufsm.br/revistasaude/2008/34a(1-2)37-43,%202008.pdf

MATUMOTO S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação].** Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1998. [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script...](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script...) -

MERHY EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-160. [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000600005](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS.** 2004. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)  
[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010311X2006000800025&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010311X2006000800025&script=sci_arttext&tlng=pt)

NEMES MIB. **Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde [Tese de Doutorado].** São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996

RAMOS, Donatela Dourado and LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.1, pp. 27-34. ISSN 0102-311X. doi:10.1590/S0102-311X2003000100004. <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1414-32832009000400006&caller=www.scielo.br&lang=en>

SCHIRAIER LB, NEMES MIB. **Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. Cadernos FUNDAP 1996**

SILVA JÚNIOR AG, MASCARENHAS MT. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Cuidado - as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 241-257. [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413...script...](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413...script...) -

SILVA, José Mendes da and CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.6, pp. 1187-1193. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2010000600012

[www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf)