

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005970015>

O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AMBIGUIDADES E DESAFIOS RELACIONADOS AO ACESSO

Danielle de Araújo Moreira¹, Hanna Beatriz Bacelar Tibães², Renata Cristina Rocha Batista³, Cecília Maria Lima Cardoso⁴, Maria José Menezes Brito⁵

¹ Mestre em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: danimg12@yahoo.com.br

² Mestre em Enfermagem. Escola de Enfermagem de UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: hannabacelar@gmail.com

³ Enfermeira do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: renatinhacrb@hotmail.com

⁴ Mestre em Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: cecilialimacardoso@yahoo.com.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: mj.brito@ globo.com

RESUMO

Objetivo: compreender ambiguidades e desafios relacionados ao acesso, após a implantação do Sistema de Triagem de Manchester na atenção primária à saúde.

Método: estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de entrevista semiestruturada com enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, totalizando 22 profissionais. Os dados foram analisados por meio do método análise de conteúdo temática.

Resultados: o Sistema de Triagem de Manchester interferiu de forma antagônica no acesso. Em uma vertente, observa-se o aumento do tempo de espera, a dificuldade do usuário em ser atendido e o agendamento dos casos que não são classificados como agudos. Em outra vertente, ressalta-se a garantia do atendimento, a porta aberta do serviço, o fim do atendimento por ordem de chegada e organização da demanda espontânea.

Conclusão: o estudo destaca a necessidade de ampliar discussões sobre a legitimidade do Sistema de Triagem de Manchester na atenção primária à saúde, tendo em vista ambiguidades e desafios referentes à garantia de acesso neste espaço de produção do cuidado.

DESCRIPTORES: Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Triagem. Enfermagem. Sistema Único de Saúde. Acolhimento.

MANCHESTER TRIAGE SYSTEM IN PRIMARY HEALTH CARE: AMBIGUITIES AND CHALLENGES RELATED TO ACCESS

ABSTRACT

Objective: understanding ambiguities and challenges related to access after implementing the Manchester Triage System in primary health care.

Method: a qualitative study developed through semi-structured interviews with nurses, doctors and nursing technicians, totaling 22 professionals. The data were analyzed using the thematic content analysis method.

Results: the Manchester Triage System antagonistically interfered with access. In one aspect, an increase in waiting time, difficulty of the user being attended and scheduling of cases that are not classified as acute can be observed. In another aspect, service guarantee, open door service, receiving service in order of arrival and organizing spontaneous demand can be emphasized.

Conclusion: the study highlights the need to broaden discussions on the legitimacy of the Manchester Triage System in primary health care in view of its ambiguities and challenges regarding a guarantee of access in this area of care production.

DESCRIPTORS: Access to health services. Primary health care. Triage. Nursing. Unified Health System. User embracement.

EL SISTEMA DE TRIAGE DE MANCHESTER EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: AMBIGÜEDADES Y DESAFÍOS RELACIONADOS AL ACCESO

RESUMEN

Objetivo: comprender ambigüedades y desafíos relacionados con el acceso, después de la implantación del Sistema de Triage de Manchester en la atención primaria en salud.

Método: investigación cualitativa, que utilizó la entrevista semiestructurada con enfermeros, médicos y auxiliares de enfermería, totalizando 22 profesionales. Los datos fueron analizados por medio de análisis de contenido temático.

Resultados: el Sistema de Triage de Manchester interfirió de forma antagónica en el acceso. En una vertiente, se observa el aumento del tiempo de espera, la dificultad del usuario en ser atendido y el agendamiento de los casos que no son clasificados como agudos. Por otra parte, se resalta la garantía del atendimento, la puerta abierta del servicio, con el fin de atender por orden de llegada y la organización de la demanda espontánea.

Conclusión: el estudio destaca la necesidad de ampliar discusiones sobre la legitimidad del Sistema de Triage de Manchester en la atención primaria en salud, teniendo en vista las ambigüedades y desafíos referentes a la garantía de acceso en este espacio de producción del cuidado.

DESCRIPTORES: Accesibilidad a los servicios de salud. Atención primaria de salud. Triage. Enfermería. Sistema Único de Salud. Acogimiento.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o acesso às ações de saúde é um direito universal, sendo dever de todas as instâncias federativas subsidiar a qualidade e a integralidade da atenção prestada à população. Neste sentido, a descentralização proposta pelo Sistema Único de Saúde fortaleceu e ampliou a assistência oferecida nos municípios, sobretudo com o advento da atenção primária à saúde (APS), como um modelo assistencial fundamentado no cuidado longitudinal e na ampliação do acesso, que integra as políticas e ações governamentais. Com isso, a APS passou a ser considerada como ponto de atenção à saúde preferencial, proporcionando aos indivíduos, famílias e comunidades o alcance de cuidados essenciais à saúde.¹

Com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil (PNAB), os avanços na organização da APS foram vários, tanto em relação às experiências quanto às tentativas de estruturação nos níveis municipal e regional.

A Portaria Ministerial n. 1.654, instituída pelo Ministério da Saúde em 2011, lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica como estratégia da PNAB de mobilização para qualificação da APS, vista como importante indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde visando ampliar o acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação.²⁻³

Apesar das iniciativas, alguns desafios precisam ser considerados para que a APS possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde.² Dentre estes, está a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços para que se possa responder às necessidades de saúde da população, a qual passa por mudanças relacionadas à transição demográfica,

epidemiológica e nutricional, o que contribui para o aumento de demanda na área da saúde e, portanto, exige adequações nas políticas e ações do SUS.³⁻⁴

Em resposta a essa demanda, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) se configura como importante estratégia de reestruturação para superar a fragmentação do modo de operar a assistência e a gestão em saúde.⁵ As RASs objetivam ofertar atenção contínua e integral à população, devendo ser coordenadas pela APS, com vistas à prestação de serviços no tempo, lugar, custo e qualidade certos, de forma humanizada e equânime.⁶

Todos os pontos de atenção que compõem a RAS devem ter em vista a melhoria da situação de saúde e para isso possuir princípios e aparatos tecnológicos condizentes com os objetivos a serem alcançados. No que diz respeito à APS, esta deve se consolidar como um espaço de contato preferencial entre a população e os profissionais, com enfoque no cuidado longitudinal e em práticas que possibilitem a promoção da saúde e prevenção de agravos.⁷

Em 2011, com a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, a APS passou a integrar em suas práticas assistenciais a oferta de atendimento aos usuários com casos urgentes/emergentes.⁸ Neste contexto, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais optou, em 2012, por implantar a triagem classificatória de risco por meio do Sistema de Triage de Manchester (STM) em todas as unidades de atenção à saúde a fim de padronizar os critérios de avaliação e propiciar atendimento da demanda espontânea em menor tempo, além de integrar os serviços de saúde e reduzir a fragmentação da rede assistencial.⁹

A classificação de risco sistematizada pelo STM determina padrões para o atendimento de emergências e substitui o modelo tradicional de

organização das demandas.¹⁰ No entanto, para que este sistema garanta de maneira eficaz o acesso e responda de forma satisfatória às necessidades dos usuários na APS, é necessário que os profissionais utilizem de recursos, habilidades e atitudes para garantir o cuidado qualificado e a referência e contrarreferência.¹¹

Estudos do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) comprovam que a utilização do STM tem alcançado o objetivo de estabelecer tempo de espera e romper com o atendimento por ordem de chegada, organizando a rede de atenção com racionalização, resolutividade, equidade do acesso e humanização dos serviços de saúde.¹² Todavia, tem-se como pressuposto que a utilização do STM na APS tem afetado a assistência e o acesso de usuários. Mediante o exposto, questiona-se: quais as ambiguidades e desafios relacionados ao acesso após a implantação do Sistema de Triagem de Manchester na atenção primária à saúde?

A partir do panorama exposto, desenvolveu-se este estudo com o objetivo compreender ambiguidades e desafios relacionados ao acesso após a implantação do Sistema de Triagem de Manchester na atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. A escolha do método se justifica por se tratar de um fenômeno contemporâneo inserido em um determinado contexto de vida real.¹³

O estudo teve como cenário a totalidade dos centros de saúde de uma cidade localizada na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, perfazendo sete unidades. A escolha do cenário justifica-se pelo fato de o município já ter implantado no momento da pesquisa o STM em todos os centros de saúde que o compõe, tendo cada um uma equipe de saúde da família.

Os participantes foram enfermeiros no exercício da gerência de enfermagem ou funções afins, técnicos de enfermagem e médicos. Os critérios de seleção para composição da amostra obedeceram à seguinte ordem: a totalidade dos profissionais; compor o quadro funcional da APS referida; e, no que tange aos enfermeiros, ser o responsável por utilizar o STM.

Do total de 26 participantes selecionados, 22 concederam a entrevista, dentre estes, sete enfermeiros (71,4% do sexo feminino), quatro médicos (75% do sexo masculino) e 11 técnicos de enfermagem

(100% do sexo feminino). Quatro entrevistas não foram efetivadas, sendo duas de médicos, devido à transferência de unidade, e duas de técnicos de enfermagem, uma devido à recusa e outra por desencontros sucessivos.

Os dados foram coletados entre abril e maio de 2014 por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. As entrevistas foram aplicadas nos centros de saúde, individualmente, com tempo médio de duração de cinquenta minutos. Todas as entrevistas foram gravadas em dois dispositivos eletrônicos de áudio, transcritas na íntegra e analisadas por meio do método análise de conteúdo temática.¹⁴

A análise dos dados foi realizada em torno de três polos cronológicos, sendo eles: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.¹⁴ A fase de pré-análise fundamentou-se na organização do material, seguida da transcrição, que possibilitou ordenar as entrevistas de acordo com as questões do roteiro semiestruturado. Em seguida, foi realizada a leitura exaustiva que permitiu demarcar temas centrais e unidades comparáveis. Nas fases seguintes, empreendeu-se a exploração do material com mais perspicácia e o tratamento dos resultados de maneira a serem significativos e válidos. Concluídas essas etapas, foi possível realizar inferências e interpretações dos dados, correlacionando-os com os objetivos do estudo.¹⁴

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 25923013.4.0000.5149) e pelo município, cenário do estudo, por meio de carta de anuência. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato, os participantes foram denominados por códigos: enfermeiros (E), médicos (M) e técnicos de enfermagem (TE), e numerados de acordo com a sequência das entrevistas.

RESULTADOS

A análise dos dados possibilitou elencar as seguintes categorias analíticas: Dimensões do acesso na ótica de profissionais de saúde e Ambiguidades do Sistema de Triagem de Manchester no acesso a atenção primária à saúde.

Dimensões do acesso na ótica de profissionais de saúde

O conceito de acesso abrange dimensões organizacionais, sociais e geográficas inter-relacionadas, as quais foram identificadas neste estudo. A

dimensão organizacional perpassa principalmente pela possibilidade de o usuário ter acesso a todos os recursos disponíveis na unidade.

Bom, eu acho que é o fato dele chegar na unidade e ser atendido por todos, não só pela equipe de enfermagem, pelas agentes de saúde, pela recepção, ele ter acesso a toda a unidade, todo o funcionamento, como é que funciona a unidade, quais os direitos dele e os deveres. É isso que eu entendo por acesso (TE1).

Destaca-se que além de apontar o acesso como a possibilidade de o usuário chegar à unidade, TE1 faz referência ao trabalho em equipe, considerado essencial e esperado no que se refere ao cuidado na APS.

No que diz respeito à dimensão social, foi feita menção principalmente à importância de a população compreender as informações transmitidas pela equipe:

[...] eu acho que ainda tem muito a desejar, principalmente em questão de informação, eu acho que a informação não é muito esclarecida né, então assim, eu acho que o usuário que vem procurar a maioria tem uma idade, são idosos, então se ele [o profissional] não esclarece bem, a maioria dos usuários sai sem saber realmente o que está sendo utilizado, eu acho que a informação tem que ser bem clara (TE9).

[...] e o paciente, tem uns que são leigos, né. Às vezes eles querem só pegar um encaminhamento, então assim, eles chegam para a gente sem saber onde eles vão para pegar um encaminhamento (TE11).

Em relação à dimensão geográfica, o acesso foi entendido como o tempo de deslocamento do usuário até o serviço de saúde, remetendo ao conceito de acessibilidade geográfica e de territorialização.

Eu acho que o acesso para eles aqui é ótimo. Porque o lugar aqui é um lugar bom, não é afastado [...] (E5).

[...] acesso do território, né, acesso como um todo (E2).

Entretanto, a facilidade encontrada para chegar até a APS não foi considerada fator determinante para a resolução da necessidade de saúde apresentada pelo usuário.

[...] aqui na região tem quase oito mil habitantes para um médico só, para uma equipe aqui nesse posto, então fica difícil pensar que todos vão ter acesso mesmo a um bom atendimento desse jeito, é uma questão de número mesmo, fica um pouco difícil [...] (M4).

Ambiguidades do Sistema de Triagem de Manchester no acesso à atenção primária à saúde

Os participantes apontaram ambiguidades do STM no acesso à APS. Na ótica dos profissionais, as principais justificativas apresentadas para as interferências negativas foram: o desconhecimento do

usuário sobre a realização da classificação de risco pelo STM; a sobrecarga de trabalho conferida ao enfermeiro; a ampliação do tempo de espera para o acesso do usuário ao serviço; e a prioridade de atendimento aos casos agudos na APS:

[...] o paciente ainda não tem essa educação do Manchester, então eles acham assim, se eles têm que esperar porque eu estou classificando um agudo, que eu estou dificultando a vida deles, então às vezes atrapalha um pouco, mas isso também é questão de gestão mesmo, porque tudo fica nas costas do enfermeiro, então na verdade o paciente fica cansado de esperar, né, com razão! (E1)

[...] agora no atendimento no posto de saúde, na verdade eu não vejo em que ele [STM] ajuda, porque o paciente, na grande maioria, são pacientes de controle, né, não são agudos, então os agudos, independente do Manchester ou não, eu ia atender, e o paciente que fosse amarelo ou vermelho eu ia dar o primeiro atendimento e ia mandar ele para a unidade [de urgência]. Agora os outros pacientes [não urgentes] vão ser agendados, porque é a realidade (E6).

Quanto às justificativas apresentadas pelos participantes sobre as interferências positivas do STM no acesso dos usuários, destacam-se o rompimento com o atendimento por ordem de chegada e a garantia de acesso ao serviço:

[...] antes era muito aquela questão de ficha, de quem chega cedo bebe água limpa, ou seja, tem acesso ao médico. Então, com o Manchester, o paciente chegou aqui a hora que for, se ele foi classificado como urgente, ele vai ser atendido da mesma forma que aquele que chegou às seis da manhã. É, assim, mais justo, né (E4).

[...] ele vem facilitar, porque, a partir do momento que você tem uma prioridade que ela vai estar no papel, que como aderiu tem que cumprir, então o acesso vai ser mais preciso, garantido (E2).

Facilitou o acesso. O Manchester abriu as portas, a Atenção Básica é a porta de entrada do usuário e é isso que eles estão enxergando, mas eu acho que deveria ver o lado dos profissionais que estão aqui, que adoecem de tanta pressão, de tanta coisa assim (E3).

Dentre os participantes, TE3, TE4, TE8 e E7 não relataram pontos positivos ou negativos referentes à implantação do STM e ao acesso à APS. Os argumentos de TE3 e TE4 foram alicerçados no fato de que, a despeito da implantação do protocolo, as demandas continuam sendo encaminhadas e resolvidas:

[...] porque as coisas realmente que não forem daqui vão ser encaminhadas né, ou vão lá para a policlínica, ou vão para a especialidade, e os que forem para resolver com o clínico, com ginecologista, com o pediatra, resolve-se aqui dentro (TE3).

[...] *de todo jeito que ele [paciente] vier, que ele for passar na triagem, independente se for queixa de momento ou não, vai tentar ser resolvido (TE4).*

Apesar de não apontarem interferências positivas ou negativas, dois depoimentos se destacam por fazerem menção às fragilidades do STM na APS. Para TE8, o protocolo é limitado para o atendimento integral das demandas e das necessidades dos usuários. Também é referido por E7 o fato de a utilização do STM engessar o acesso, haja vista que o protocolo não requer registro histórico dos usuários, sendo este fundamental para traçar planos assistenciais.

Eu não creio que interferiu não, porque na verdade, de uma forma ou de outra tem que falar com o enfermeiro e aquilo que ele [paciente] está falando que o enfermeiro vai lançar e o Manchester vai simplesmente classificar. Está certo que tem alguns pacientes que, tem queixas que não tem no Manchester para classificar que o atendimento tem que ser hoje (TE8).

Não, ele não interfere no acesso, ele só engessa esse acesso, acho que eu achei a palavra ideal entendeu, e na unidade primária o acesso do paciente ele tem que ser mais flexível, a gente tem que conhecer a história do paciente para você conseguir um acesso mais organizado para o paciente entendeu? É nesse ponto que eu acho que o Manchester ele engessa muito esse procedimento. Em momento nenhum ele pede um histórico, ele pede para olhar um prontuário, porque ele não é um sistema para atendimento de prontuário (E7).

DISCUSSÃO

O acesso aos serviços de saúde é considerado a primeira fase a ser superada pelo usuário na busca da satisfação de uma necessidade ou do atendimento para a resolução de seus problemas.¹⁵ Assim, o acesso universal depende diretamente do envolvimento dos profissionais nos diferentes serviços.¹⁶ Apesar da preocupação permanente com o acesso à saúde, conceituá-lo ainda consiste em um desafio.¹⁷ Para fins do presente estudo, foi utilizada a abordagem conceitual do acesso, que leva em consideração as dimensões organizacional, social e geográfica.¹⁸

No que concerne à dimensão organizacional, a qual se encontra relacionada à possibilidade de o usuário acessar os recursos disponíveis na unidade, TE1 faz referência ao trabalho em equipe como forma de consolidação da integralidade em saúde, impactando diretamente na qualidade e na melhoria do acesso oferecido ao usuário.¹⁹

A dimensão social encontra-se ligada a aspectos relacionais. Os dados deste estudo revelaram a importância da comunicação efetiva entre a equipe

de saúde e a população. Destaca-se que a comunicação é imprescindível para que o profissional tenha a visão holística sobre o usuário e comunidade com vistas a uma prática transformadora.²⁰

Sob este aspecto comunicacional, ressalta-se o potencial dos profissionais da APS para agir na comunidade,²¹ reforçando a importância da participação social na ampliação do vínculo e da autonomia dos usuários, contribuindo com a troca de saberes, com a humanização e com a educação em saúde.

Contudo, nem todos os profissionais estão capacitados para desenvolver a educação em saúde como prática inovadora e transformadora, potencializadora do diálogo e da concepção ampliada de saúde.²² Esta realidade reforça o modelo de transmissão tradicional de informação profissional-usuário, que limita a avaliação dos impactos das ações desenvolvidas e dificulta a coparticipação do sujeito no processo saúde-doença-cuidado.

No que concerne à vertente geográfica, como dimensão do acesso, há que se ressaltar que a mesma encontra-se relacionada com a acessibilidade geográfica e a territorialização.¹⁵ A análise dos dados permite compreender que a proximidade do centro de saúde da residência dos usuários é fator favorável, impactando diretamente na qualidade do acesso.

Apesar da ampliação da rede primária ter contribuído para a melhoria da acessibilidade geográfica, verifica-se, em alguns locais, a desproporção entre a oferta, a capacidade de atendimento e a demanda. Desta forma, mantém-se o modelo clássico da assistência às doenças em suas demandas espontâneas devido à limitação da assistência integral e à fragilidade da rede regionalizada de referência e contrarreferência,²³ o que implica uma frágil construção da prática de saúde, em que as reais necessidades expressas pelos usuários não são atendidas.²⁴

A possibilidade de o usuário ter acesso a todos os pontos da RAS é primordial para assegurar a continuidade da assistência e a descentralização, o dinamismo e a flexibilidade visando à efetivação das decisões e contribuindo com a melhoria da assistência ofertada nos municípios.¹⁹ Neste aspecto, a APS possui função primordial por ser considerada a coordenadora da atenção.

No que tange às interferências do STM ao acesso à APS, os participantes mencionaram aspectos negativos e positivos. Quanto aos aspectos negativos, E6 relata a prioridade de atendimento aos usuários em quadro agudo. Diante disso, torna-se essencial que os profissionais se atentem para que o atendimento a casos urgentes e emergentes não

prejudique a atenção prestada aos casos crônicos ou de cunho social que necessitam de recursos e acompanhamento por todos os envolvidos no processo de cuidar. Desta forma, a articulação entre os diversos serviços da rede de atenção é fundamental para conduzir os fluxos do cuidado, a integralidade e garantir acesso seguro às tecnologias necessárias de acordo com a proposta de cada ponto assistencial.¹⁹

Os aspectos positivos sinalizaram que o STM contribuiu com o rompimento do atendimento por ordem de chegada e com a garantia de acesso ao serviço. A classificação de risco como uma nova lógica de atendimento na APS possibilita a prática da equidade, a produção de acesso ao sistema e a garantia de assistência.²⁵ Ademais, o STM consiste em um processo dinâmico que visa identificar os usuários e as suas necessidades de saúde de acordo com o potencial de risco, de forma a ofertar cuidados imediatos por meio de um atendimento rápido e efetivo.²⁶

Apesar de expressar aspectos positivos, E3 referencia a sobrecarga de trabalho advinda da utilização do STM como um fator gerador de pressão e adoecimento na equipe de saúde. O acolher representa um espaço significativo no tempo de trabalho dos enfermeiros além de se manifestar de forma pontual, configurando-se como uma ação distante da proposta do cuidado de enfermagem, já que este deveria priorizar o atendimento de modo integral ao ser humano.²⁷ A implantação do STM refletiu mudanças no cotidiano de trabalho dos profissionais, pois além de interferir nas atividades já desenvolvidas pelos enfermeiros, contribuiu com o aumento das atribuições. Este fato reforça o impacto sobre as práticas cotidianas, uma vez que uma única categoria profissional é responsável por triar os usuários e realizar as demais atividades preconizadas para a APS.²⁸

A análise dos dados demonstrou que alguns participantes não se posicionaram quanto aos aspectos positivos e negativos do STM no acesso à APS, haja vista que os usuários continuaram sendo atendidos e referenciados para outros serviços de acordo com a necessidade de saúde apresentada.

Nota-se que quando o usuário com queixas agudas procura pelo atendimento e sua demanda ultrapassa a capacidade resolutive da APS, a referência do usuário para outros serviços de saúde deve ser assegurada conforme a proposta da RAS para atender à demanda com responsabilização e resolutividade.

No que se refere às fragilidades do STM na APS, E7 destaca que esta forma de triagem engessa o acesso do usuário ao serviço. O atendimento do usuário neste ponto da RAS demanda uma postura

acolhedora do profissional, sendo fundamental estabelecer relação entre a queixa registrada e a história de vida do usuário. A adesão ao tratamento e o acesso são, portanto, facilitados pela relação entre o sujeito demandante e o profissional, tendo como cerne a família e a comunidade.²⁹⁻³⁰

A lógica do acesso alicerçada na classificação de risco pode remeter à falta de acolhimento e indiferença dos profissionais ao sofrimento dos usuários ao tratar de forma objetiva aspectos subjetivos. Assim, a utilização do STM na APS pode revelar uma racionalidade burocrática que coloca em jogo a autonomia do sujeito em seu processo saúde/doença/cuidado.²⁵ Quando utilizado como fonte única de resposta às necessidades do usuário, o STM se torna insuficiente por não abranger aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais. Todavia, o acesso pode ser dificultado em decorrência da utilização do STM, considerando que o acolhimento dialogado se fragiliza e há um estreitamento do vínculo entre a unidade de saúde e a comunidade.²⁸

Cabe salientar a importância de se colocar em prática os princípios do modelo assistencial vigente, assegurando aspectos relevantes, tais como a escuta qualificada, a continuidade do cuidado e a visão holística dos usuários. São esses princípios que permitirão a resolução total ou parcial das necessidades apresentadas, as quais podem demandar ações interdisciplinares envolvendo a equipe de saúde.

O estudo ratificou que a inserção do enfermeiro no atendimento, durante e após a classificação de risco, exige escolhas e atitudes que reforcem sua autonomia profissional, não se limitando ao registro e à classificação do usuário por meio de discriminadores, mas deliberando sobre suas ações de forma ética e responsável. Deste modo, quando este profissional é capaz de conhecer sua realidade e articular seus conhecimentos gerenciais ao cuidado prestado aos usuários, isso pode transformar sua prática em melhores estratégias para afinar os processos e agregar cada vez mais qualidade à assistência.³¹

Ressalta-se que o STM pode se configurar como oportunidade de viabilizar o encontro humanizado, oferecendo subsídios para a atenção integral, contínua e segura. No entanto, a utilização desta ferramenta na APS, exige análise constante, tendo em vista que o protocolo impactou positiva e negativamente no acesso do usuário à APS. Assim, as demandas organizacionais precisam ser identificadas e estudadas por gestores, profissionais e usuários, para que a APS se torne, de fato, um espaço mais apropriado para o atendimento dos usuários e suas famílias, com foco em suas realidades e necessidades.³²

O estudo apresenta limitações por considerar uma realidade específica, o que impossibilita generalizar seus resultados. Todavia, sua importância está na possibilidade de impulsionar a realização de novas pesquisas sobre o STM no contexto da APS.

CONCLUSÃO

No que concerne a concepção de acesso, percebeu-se que os participantes abordaram as dimensões organizacional, social e geográfica, perpassando respectivamente pela possibilidade de o usuário ter acesso a todos os recursos disponíveis na unidade, pela importância da população compreender as informações transmitidas pela equipe, e pelo tempo de deslocamento do usuário até o serviço de saúde.

Referindo-se às ambiguidades e desafios relacionados ao acesso após a implantação do STM na APS, estes perpassam por interferências negativas e positivas do protocolo. No que designa o primeiro, destaca-se o desconhecimento do usuário sobre a realização da classificação de risco pelo STM; a sobrecarga de trabalho conferida ao enfermeiro; a ampliação do tempo de espera para o acesso do usuário ao serviço; e a prioridade de atendimento aos casos agudos na APS. Já as interferências positivas referem-se ao rompimento com o atendimento por ordem de chegada e a garantia de acesso ao serviço.

Ademais, alguns dos participantes não apontaram interferências positivas ou negativas após a implantação do STM na APS. Os relatos demonstraram que o protocolo engessa o acesso, limita o atendimento integral das demandas e das necessidades dos usuários, mas, apesar disso, as demandas continuam sendo encaminhadas e resolvidas.

Os achados deste estudo podem estar atrelados à recente implantação do STM na APS de Minas Gerais, e a divergência de opiniões reforça a importância de ampliar discussões sobre a garantia do acesso neste ponto assistencial. Portanto, faz-se necessário que os profissionais reflitam sobre sua prática para não permitir que suas ações se concentrem na racionalidade burocrática.

REFERÊNCIAS

- Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(Suppl 1):1325-35.
- Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagnon J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014 Out;38 (spe):13-33.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF): MS; 2011.
- Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):867-74.
- Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):169-73.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(5):2297-305.
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
- Ministério da Saúde (BR) Portaria nº 1.600, de 07 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*. Brasília: MS; 2011.
- Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES). SES promove reunião para discutir Protocolo de Manchester [online], 2012 [cited, 2015 May 14]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/3548-ses-promove-reuniao-para-discutir-protocolo-de-manchester-sesmg>.
- Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência - um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enferm Foco*. 2011; 2(1):14-17.
- Lumer S, Rodrigues PHA. O papel da saúde da família na atenção às urgências. *Rev APS*. 2011;14(3):289-95.
- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Manchester Triage Group; 2010.
- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: 70 edições; 2009.
- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(11):2865-75.
- Cassiani SHB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(6):891-92.
- Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Inter J Equity Health*. 2013; 12:18.

18. Souza MSPL. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(1):111-20.
19. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*; 2008; 24 (Suppl 1):100-10.
20. Araujo MB, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12(2):455-64.
21. Queiroz RD, Silva ASS, Silva WO, Lima LT, Melo KM, Oliveira CG. Conhecimento da população do bairro farolândia sobre o Programa Saúde da Família (PSF). *Rev APS*. 2013;16(1):83-89.
22. Frutuoso MFP, Mendes R, Rosa KRM, Silva CR.de C. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde debate*. 2015;39(105):337-49.
23. Oliveira LC, Avila MMM, Gomes AM.de A, Sampaio MHL.de M. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(suppl.2):1389-400.
24. Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM, Jorge MSB, Servo MLS. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? *Texto Contexto Enferm*. 2014 Out-Dez; 23(4):1077-86.
25. Speroni AV, Menezes RA. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet*. 2014; 22(4):380-5.
26. Silva PM, Barros KP, Torres H. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev Min Enferm*. 2012; 16(2): 225-31.
27. Costa PCP, Garcia APRF, Toledo VP. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1):1-7.
28. Moreira DA, Tibães HBB, Batista, RCR, Cardoso CML, Santos C.da S, Brito MJM. Manchester Screening System in Primary Health Care: a new hosting way? *International Archives of Medicine*. 2015; 8(261): 1-9.
29. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):260-8.
30. Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(8):2347-57.
31. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Erdmann AL, Thofehrn MB, Dall'Agnol CM. Ações/interações motivadoras para liderança do enfermeiro no contexto da atenção básica à saúde. *Texto contexto Enferm*. 2015; 24(4): 1121-9.
32. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Silva PM, Sena RR. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(4):1009-17.