

Ana Suelen Pedroza Cavalcante<sup>1</sup>  
Marcos Aguiar Ribeiro<sup>1</sup>  
Silvana Maria Caetano Tomás<sup>1</sup>  
Maristela Inês Osawa Vasconcelos<sup>1</sup>  
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque<sup>1</sup>  
Quitéria Lívia Muniz Mira<sup>1</sup>  
Maria Veraci Oliveira Queiroz<sup>1</sup>

**Circles of culture as a  
consensus building tool:  
dialogue on risk assessment  
and vulnerability**

## **| Círculos de cultura como ferramenta de construção de consenso: diálogos sobre avaliação de risco e vulnerabilidade**

**ABSTRACT | Introduction:** *Risk assessment and vulnerability of spontaneous demand in the Family Health Strategy Program poses a major challenge to the management of health services. In this sense, this study attempts to contribute to the orientation of users and professionals on the spontaneous demand at Primary Health Care Units (UBS), in order to clarify priorities and improve health service flow. Objective:* *To assess a consensus building experience of risk and vulnerability through circles of culture. Methods:* *This intervention project experience, developed with professionals of Primary Health Care, describes the implementation of circles of culture to achieve a consensus building tool. Results:* *From these circles with professionals from a range of different areas, a consensus on service priority emerged, represented by four colors: red, yellow, green and blue. The reflections provided by the circles emerged from popular culture and from the rich experiences of the participants, who confronted the narrowness of the scientific knowledge to better apprehend the surrounding reality. The members of the group managed to offer proposals for the transformation of their practices by reflecting on the practice of intentionality in service delivery. Conclusion:* *This dialogue encouraged the creation of circles of culture to discuss risk assessment and vulnerability of spontaneous demand at UBS. Participants ressignified their traditional understandings to find a consensus tool, which may contribute to improve the quality of the reception at Primary Health Care Units.*

**Keywords |** Health Centers; Screening; Consensus.

**RESUMO | Introdução:** A avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea na ESF apresenta-se como um desafio importante para organizar os serviços de saúde. Nesse sentido, espera-se contribuir para a orientação dos usuários e profissionais sobre a demanda espontânea da UBS, de modo a esclarecer sobre as prioridades e o fluxo do serviço de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de construção de consenso de avaliação de risco e vulnerabilidade por meio de círculos de cultura. **Métodos:** Relato de experiência, desenvolvido com profissionais de uma UBS, a partir da implementação de Círculos de Cultura. **Resultados:** A partir da realização dos círculos de cultura com profissionais de diferentes categorias, realizou-se um consolidado dividido em quatro cores de prioridade de atendimento: vermelho, amarelo, verde e azul, resultado da construção de consenso com esses profissionais. As reflexões proporcionadas pelos círculos de cultura emergiram do saber popular, das diversas experiências dos participantes do grupo, que buscaram alicerçar-se no confronto deste com o saber científico, ao assumir significado maior pela sua apropriação com o contexto real. Desse modo, o grupo pôde elaborar propostas para transformação de sua atuação com base na reflexão sobre a intencionalidade da prática no serviço. **Conclusão:** O diálogo promovido no desenvolvimento dos Círculos de Cultura sobre a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea contribuiu para que os participantes ressignificassem suas compreensões a respeito desta temática e produzissem em consolidado, de forma a subsidiar melhoria na qualidade do acolhimento desta unidade.

**Palavras-chave |** Centros de Saúde; Triagem; Consenso.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará, Sobral/CE, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

As transformações ocorridas no Brasil a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) instigaram a busca por uma estratégia prática de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa Saúde da Família (PSF), substituído pela Estratégia Saúde da Família (ESF) anos depois, considerada como a porta de entrada preferencial do atendimento. Nesse sentido, a ESF propõe a atenção à saúde orientada pelo princípio da vigilância em saúde, de forma a integrar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cura, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com responsabilização sanitária sobre um território definido<sup>1</sup>.

Além disso, a equipe da ESF é responsável pelo estabelecimento de vínculos e de corresponsabilização com a comunidade adscrita<sup>2</sup>, de modo a realizar um amplo diagnóstico da situação de saúde desta população. Dessa forma, para sua efetivação é importante que haja o comprometimento dos trabalhadores com a reestruturação do trabalho em saúde, de modo que sejam desenvolvidas práticas que visem ao atendimento das necessidades de saúde desta população com a presença de atos de fala, escuta, vínculo e negociação<sup>1</sup>.

Nesse contexto, insere-se o acolhimento como uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, que acontecem de formas variadas, ou seja, apresenta-se em uma prática constitutiva das relações de cuidado. Nessa perspectiva, o acolhimento deve garantir o princípio de equidade, com base na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, de forma a corrigir diferenciações injustas e negativas e evitar iatrogenias devido a não observação das diferentes necessidades<sup>3</sup>.

A Portaria nº 2.488/ 2011 corrobora ao afirmar que o acolhimento é a ferramenta do processo de trabalho das equipes da ESF, caracterizada pela escuta qualificada, avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea, avaliação das necessidades que o usuário ou a comunidade apresenta e análise de vulnerabilidade de saúde<sup>4</sup>. Assim, a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão o tipo de intervenção ou oferta de cuidado necessário e o tempo em que isso deve ocorrer<sup>3</sup>.

Dessa forma, o acolhimento pode ser considerado como um dispositivo para a implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho<sup>5</sup>. Neste ínterim, a implantação de acolhimento da demanda espontânea requer mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar<sup>3</sup>.

É preciso ainda reconhecer a diferença entre acolhimento e triagem, uma vez que nesta última ocorre apenas o atendimento das necessidades dos usuários a partir da divisão das prioridades<sup>6</sup>. No entanto, o que se busca neste estudo é justamente aliar estas duas estratégias, para que a triagem também se torne um espaço de acolhimento, onde a equipe possa realizar a organização do serviço com espaço aberto e dialógico que sejam capazes de minimizar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela população.

Assim, a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea na ESF apresenta-se como um desafio importante para organizar os serviços de saúde oferecidos de forma a permitir um acesso de qualidade com resolubilidade, uma vez que eventuais fragilidades e limitações identificadas nesse processo poderão implicar uma assistência fragmentada e superficial.

A partir do exposto, espera-se contribuir para a promoção da orientação tanto dos usuários quanto dos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre o cronograma diário da unidade de saúde, de modo a esclarecer as prioridades e o fluxo do serviço de saúde, qualificando, assim, a assistência prestada e colaborando com a reorganização do serviço.

Nesse sentido, inserem-se os círculos de cultura como espaço de diálogos, onde todos os profissionais de todas as categorias podem compartilhar suas experiências e conhecimentos para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários.

O Círculo de Cultura, proposto por Paulo Freire, representa conceitualmente um espaço dinâmico, de caráter dialógico de aprendizagem e de troca mútua de conhecimentos, fundamentado na pedagogia libertadora e problematizadora proposta pelo teórico, onde todas as pessoas que o integram participam por meio do diálogo, leem, escrevem, discutem e constroem o mundo em que vivem<sup>7</sup>.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de construção de um consenso de avaliação de risco e vulnerabilidades por meio de círculos de cultura, com diferentes categorias profissionais de uma UBS.

Nesse sentido, a ação e a reflexão ao redor de situações existenciais que abordam temas como saúde, educação, cidadania e qualidade de vida, têm inspirado a realização de vários trabalhos com Círculo de Cultura na área da saúde, como uma forma de compartilhamento de experiências e construção de consenso<sup>8-10</sup>.

## MÉTODOS |

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de intervenção, desenvolvido no período de dezembro de 2014 e janeiro de 2015, em um Centro de Saúde da Família (CSF) de um município do interior do Ceará, disparado a partir das vivências práticas de internos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Os participantes desta intervenção foram os seguintes profissionais da saúde que trabalham nesse CSF: médicas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes administrativos, vigias, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

Infere-se ainda que, apesar da avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea geralmente ser protagonizada pelos enfermeiros, é essencial que todas as categorias profissionais estejam empoderadas desse processo de triagem. Dessa forma, acredita-se que a participação desses trabalhadores na análise e decisão sobre os modos de acolher a demanda espontânea é relevante para a sustentabilidade desse tipo de intervenção, uma vez que aumentam as chances de pertencimento coletivos<sup>1</sup>. Nessa perspectiva, considera-se ainda que o atendimento às necessidades de saúde da população deste território é responsabilidade de todos os profissionais que compõe esta unidade de saúde<sup>3</sup>.

Ressalta-se a relevância da participação de diversos atores da Estratégia Saúde da Família na construção do consenso da avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea, uma vez que eles se confrontam, direta ou indiretamente, com as necessidades de saúde dos usuários.

Assim, optou-se por realizar o Círculo de Cultura, com o intuito de propiciar que os profissionais se percebessem como sujeitos ativos. O Círculo de cultura permite que haja a participação de todos, em momentos do diálogo, que extrapolam o aprendizado individual.

Além disso, utilizaram-se referenciais de Construção de Consenso para o desenvolvimento deste estudo. A Construção de Consenso é um dos métodos para processos de tomada de decisão e resolução de conflitos. Assim, esse processo depende de que os integrantes do círculo se percebam como iguais, onde cada um respeite a opinião do outro, mesmo que não concorde, ou seja, é importante que cada participante tenha capacidade de ouvir, bem como falar. Ou seja, não se limita à votação, debate ou direcionamento a partir de uma autoridade<sup>11</sup>.

Nesse sentido, foram realizados oito círculos de cultura, um com cada categoria profissional: os Agentes Administrativos (cinco participantes), as Agentes Comunitárias de Saúde (12 participantes), os vigias (três vigias), as Enfermeiras (três enfermeiras), as Técnicas de Enfermagem (três participantes), as Médicas (duas participantes), os profissionais do NASF (seis participantes), e profissionais da RMSF (três participantes).

Para o desenvolvimento de cada círculo de cultura, foram seguidas as seguintes etapas: formação do grupo; investigação temática (levantamento do universo vocabular); tematização; problematização e avaliação.

O círculo de cultura tem como princípios o respeito pelo educando, a conquista da autonomia e a dialogicidade. São estruturados em alguns momentos, a saber: a investigação do universo vocabular, ou seja, a relação das palavras de uso contínuo, do qual são extraídas as palavras geradoras; a tematização, processo no qual os temas e palavras geradoras são codificados e decodificados, possibilitando a ampliação do conhecimento e a compreensão dos educandos sobre a própria realidade; a problematização representa o ápice da proposta do círculo e busca instigar uma visão crítica e reflexiva dos educandos<sup>12,13</sup>.

Posteriormente, foi realizada a síntese criativa com todos esses profissionais. Esta etapa do estudo ocorreu em um espaço de cogestão da Estratégia Saúde da Família, denominado roda. As rodas acontecem em um turno semanal do referido CSF, com todos os profissionais do serviço de saúde, com o objetivo de construir um espaço

dialógico e participativo com características administrativa, pedagógica, terapêutica e política. Nesse momento, a roda originou um consenso da avaliação de risco e vulnerabilidade de acordo com a realidade local a partir do que foi construído nos círculos<sup>14</sup>.

## RELATO DO CASO |

A intervenção foi realizada a partir da identificação da necessidade de reorganização do serviço, tanto pelos profissionais que fazem parte do referido CSF quanto pelos internos de enfermagem.

A triagem era realizada em uma única sala pelas três enfermeiras do CSF. Assim, os usuários não tinham privacidade e conseqüentemente o sigilo de suas informações era comprometido. Além disso, eles não tinham certeza sobre sua equipe de referência, o que fragilizava o vínculo dos profissionais daqueles usuários.

A partir dessa observação, os internos, em conjunto com os profissionais, decidiram traçar uma estratégia que potencializasse o serviço. Ambos concordaram que era necessária a reorganização na triagem, o que contribuiu para o acolhimento na ESF.

Os círculos de cultura seguiram as seguintes etapas: investigação temática, que correspondeu ao confronto com a realidade dos profissionais, de onde se originaram as seguintes palavras geradoras: demanda espontânea, atendimento, desorganização e prioridade. Em seguida, houve a tematização, síntese dos temas a partir das referidas palavras, que culminou na temática central: avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea. Posteriormente, problematizaram que a desorganização no atendimento à demanda espontânea ocorria devido à falta de reconhecimento da equipe de referência pelo usuário, falta de privacidade no atendimento e a ausência de uma definição coerente de prioridade no atendimento.

Nessa etapa do estudo, conheceu-se o universo vocabular dos profissionais do CSF. Para tal, foi necessária a inserção no local de atuação desses profissionais, o que possibilitou subsídios para a aproximação de suas leituras de vida, como também de suas percepções acerca da modelagem de triagem da unidade de saúde em que atuam.

Nesse contexto, a investigação temática fundamentou-se nas ações de saúde realizadas pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, agentes administrativos, vigias, profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

Desse modo optou-se por realizar a investigação temática no cotidiano das pessoas, onde elas vivem, por meio das palavras e temas centrais de suas biografias, assim, podem ser extraídas de suas falas, conversas, frases, discussões, dentro ou fora do círculo, uma vez que se acredita que tudo está arraigado aos temas da comunidade, a seus assuntos, a sua vida<sup>6,15</sup>.

Assim, a investigação temática ocorreu por meio da observação participante em todos os locais do CSF e atividades. Nesse sentido, as informações obtidas possibilitaram um conhecimento prévio do universo vocabular no que concerne à triagem e ao acolhimento em saúde da unidade na qual trabalham. Vale salientar ainda que a investigação temática foi retomada com a tematização e a problematização no desenvolvimento de cada círculo de cultura, haja vista que o referencial aplicado se caracteriza pela circularidade e a inter-relação das fases que compõem os círculos.

A partir da investigação temática, iniciou-se o processo de codificação e decodificação dos temas, ou seja, buscou-se o seu significado do acolhimento em saúde, tomando, desse modo, consciência do cotidiano do trabalho.

As codificações são representações de aspectos reais que expressam momentos do contexto concreto, de forma que pode ser: visual, auditiva, tátil e/ou audiovisual. Nesse sentido, depois de codificada uma situação existencial, faz-se necessária a sua decodificação, ou seja, a apreensão crítica da situação existencial problematizada por meio da codificação do tema gerador. Dessa forma, constitui-se como o momento da releitura da situação existencial para superar as formas ingênuas de compreensão de um determinado fenômeno, por meio da fundamentação e discussão crítica<sup>13</sup>.

Para propiciar aos participantes um ambiente potente e favorável para que pudessem se expressar com facilidade e naturalidade, foram realizadas técnicas de sensibilização e descontração, a saber: danças circulares, músicas e

massoterapia. Elas foram selecionadas de acordo com o público de cada círculo, de forma a considerar o quantitativo e as singularidades dos participantes.

Os movimentos que ocorrem durante a existência de um grupo retratam dinâmica única. A proposta de utilizar técnicas de integração, descontração e sensibilização fundamenta-se no pressuposto de que cada grupo, em sua individualidade, vivencia a interação dos seus membros, a busca de superar o individual e constituir o coletivo. Ela auxilia a fazer um diagnóstico constante das necessidades do grupo<sup>16</sup>.

Esta etapa possibilitou a reflexão crítica, pelos participantes, sobre a transformação do cotidiano do trabalho, no que diz respeito ao acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidades. Nesse momento do processo de ensino-aprendizagem estimulou-se um estado de inquietação com a realização de leituras críticas do mundo, ao identificar desafios, possibilidades e buscar soluções ao definir os caminhos que conduzissem à transformação da realidade. Assim, o uso da reflexão crítica sobre a própria prática funciona como elemento potencializador de transformações dessa prática<sup>17</sup>.

As reflexões emergiram do saber popular, das diversas experiências dos participantes do grupo, que buscaram alicerçar-se no confronto deste com o saber científico, ao assumir significado maior pela sua apropriação com o contexto real. Desse modo, o grupo pôde elaborar propostas para transformação, tais como reconhecimento da equipe de referência e das prioridades pelos usuários; escuta em ambiente individualizado; e tempo de espera para atendimento de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea.

Para tanto, foi feita, nesse momento de problematização, a reflexão acerca de questões norteadoras, a saber: “O que você compreende por avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea?”; “Quais as prioridades de atendimento na demanda espontânea?”; “Como você percebe o acolhimento na unidade?”; “Como melhorar o atendimento na unidade?”

Além disso, houve a apropriação de fundamentação teórica mediante leitura de texto em cada círculo de cultura, que, atendendo à solicitação prévia das participantes do estudo, não eram muito longos e cansativos. A partir da leitura crítica e reflexiva de textos selecionados com base na

avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea, foi possível estabelecer uma aproximação teórico-prática, visando a subsidiar o aprofundamento das discussões e a formulação coletiva de possibilidades de respostas para prover a transformação no contexto vivido, culminando na síntese do que foi vivenciado em cada Círculo.

Foi realizada avaliação qualitativa por meio da autoavaliação, pelos participantes, em todos os Círculos, de forma a promover a permanente reflexão sobre o que estava sendo desenvolvido. Nessa perspectiva, a reflexão sobre o próprio desempenho é um meio eficiente para aprender a identificar e potencializar pontos que estejam fragilizados, de forma a fornecer subsídios para uma melhoria na qualidade<sup>18</sup>.

Por sedimentar um processo cíclico e inter-relacionado, é possível constatar que o desenvolvimento de um Círculo em todas as suas etapas de levantamento temático, tematização, problematização, constitui um levantamento relevante para a consecução reflexiva do Círculo posterior, evidenciando a criação de um movimento dinâmico e em contínua reconstrução.

O Círculo de Cultura sintetiza um espaço dinâmico, de interação e acolhimento com foco no diálogo em que todos participam com possibilidade de ensinar e aprender<sup>19</sup>. Assim, a vivência nos Círculos de Cultura possibilitou identificar necessidades, expectativas e inquietações, que haviam sido despertadas e mereciam ser trabalhadas nos Círculos posteriores, tais como os desafios do reconhecimento da importância da avaliação de risco e vulnerabilidade por parte dos usuários e dos trabalhadores.

A organização e o funcionamento dos Círculos de Cultura propuseram um trabalho sistematizado, que desencadeou a possibilidade de uma reflexão individual e a construção do conhecimento compartilhado a partir da troca de experiências. Desse modo, com base na investigação temática, iniciada nos primeiros contatos que antecederam a realização dos Círculos.

Além disso, ao término de cada Círculo, ao realizar esta avaliação, foram apreciados participação, interesse, motivação e apreensão do conteúdo pelo grupo, onde se instigou a necessidade de rever o planejamento do próximo Círculo de Cultura.

Na reflexão crítica dos dados registrados em cada Círculo finalizado, se valorizava as falas, os gestos e as expressões

de cada participante, para contribuir na codificação e decodificação dos temas geradores e na busca de seu significado social, provocando uma postura ativa do grupo na consciência do mundo vivido.

A partir da realização dos círculos de cultura com os profissionais das diferentes categorias, realizou-se um consolidado, resultado da construção de consenso com esses profissionais.

Durante a fase de Construção de Consenso, os envolvidos se encontraram várias vezes para construir o consenso passo a passo, uma vez que se considera a realização de cada círculo de cultura uma parte integrante do processo de construção do consenso, a partir da criação do entendimento comum da desorganização do atendimento à demanda espontânea, no sentido do acordo sobre uma solução<sup>20</sup>. Assim, a utilização dos Círculos de Cultura, promove um espaço de aprendizagem, onde estar com o outro e ver/reconhecer que o outro é possuidor de um saber, torna-se indispensável para a produção do consenso.

A construção de consenso culminou em um espaço de negociação, na roda da unidade, onde participaram todos os profissionais que participaram nos círculos de cultura, totalizando 34 atores.

A construção de consenso aliado ao referencial do círculo de cultura proposto por Paulo Freire possibilitou um espaço dialógico e participativo, que permitiu a integração entre todos os participantes, com colaboração mútua deles. Desse modo, resultou na construção do consolidado sobre avaliação de risco e vulnerabilidades.

As informações produzidas em conjunto apresentam maior credibilidade entre todas as partes, o que colabora significativamente para a construção de consenso entre os participantes. Dessa forma, o consenso é alcançado quando todos os participantes concordam que poderão se satisfazer com o que foi definido, depois de um esforço para identificar os interesses de todos os participantes<sup>21</sup>.

Desse modo, a utilização do círculo de cultura com a construção de consenso torna-se relevante pelo fato de buscar alternativas que tentam conceder resolutividade

*Quadro 1 - Consolidado da avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea*

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Dor aguda (Escala de dor, cima de 8)	Dor Crônica	IRA	Orientações
Febre acima de 38,5°C, e crianças menores de 7 anos	Idosos acima de 70 anos	Lesões de pele	Renovação de Receita
Pressão Arterial acima de 160x100 mmHg, sintomática	Pressão Arterial abaixo de 160x100 mmHg, sintomática	Puericultura	Apresentar resultado de exames
Glicemia acima de 350 mg/dl	Glicemia, abaixo de 350 mg/dl, sintomática	Diarreia/vômito sem desidratação	Tratamento de verminoses e micoses
Recém-nascido N (Até um mês de vida com queixas)	Recém-Nascido (Até um mês de vida sem queixas)		"Atestado"
Gestante com queixas	Pré-Natal e gestantes sem queixas		Pediculose
Doenças Contagiosas de Alta Infectividade (catapora, sarampo, meningite)	Suspeita de Tuberculose ou Hanseníase		Escabiose
Dispneia	Crise abstinência		
Desidratação	Pressão Arterial acima de 160X100, assintomática		
Hipoglicemia, sintomática			
Suspeita de dengue com sinais de alerta			
Crise Convulsiva			
Tentativa de suicídio			
Perda de consciência			



às adversidades encontradas na distribuição das vagas para consultas, além de otimizar a quantidade de vagas insuficiente para toda a demanda.

Nessa perspectiva, o consolidado foi dividido em quatro cores de prioridade de atendimento: Vermelho, que designa um atendimento imediato, ou encaminhamento para alguma unidade de referência; Amarelo, atendimento no mesmo turno, no entanto, pode haver um tempo de espera; Verde, atendimento que deve ser prestado no mesmo dia, todavia, pode esperar pelo turno vespertino; e por último o Azul, que representa os agendamentos que podem ser feitos para dias em a agenda esteja mais vaga. Para dividir a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea nestas cores, utilizou-se com referência, o que está descrito na Política Nacional de Humanização que prevê Vermelho como prioridade zero – emergência, com a necessidade de atendimento imediato; Amarelo como prioridade 1 – urgência, com um atendimento o mais rápido possível; Verde como prioridade 2 – prioridade não urgente; e Azul como prioridade 3 – consultas de baixa complexidade, que requerem um atendimento de acordo com o horário de chegada<sup>22</sup>.

O Quadro 1 apresenta o consolidado avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea construídos a partir do consenso dos profissionais envolvidos na intervenção. Vale salientar que as necessidades dos usuários elencadas foram originadas a partir das vivências/experiências dos profissionais no cotidiano do referido CSF, de forma a garantir coerência com a realidade local.

Cabe salientar que esta avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea será feita na triagem realizada pelos enfermeiros, uma vez que se acredita que esses profissionais tenham competência técnica, científica, ética e legal para realizar um bom desempenho em tal tarefa.

## CONCLUSÃO |

O diálogo promovido no desenvolvimento dos Círculos de Cultura sobre a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea, realizados com diferentes categorias profissionais do referido CSF, contribuiu para que todos os participantes ressignificassem suas compreensões a respeito desta temática.

Neste ínterim, um espaço de construção e compartilhamento de saberes foi produzido, de forma a mediar uma relação horizontal, como também contribuir para a melhoria do acolhimento em saúde, de forma a conceder coerência entre a prática e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Assim, os participantes reconheceram em si e em seus colegas de trabalho o protagonismo do fazer saúde, ao estabelecer uma relação efetiva de fala e escuta, sempre respeitando o que o outro tem a dizer. Desse modo, o estudo desenvolvido possibilitou o alcance de resultados significativos, que permitiram conhecer a percepção de cada categoria profissional de forma a produzir consensos.

Acredita-se que a avaliação de risco e vulnerabilidade se configura como meio e um processo de organização e reorientação do atendimento à demanda espontânea. Nesse sentido, a construção desse consenso coerente com a realidade local subsidia a triagem como uma estratégia para o acolhimento dos usuários na ESF.

## REFERÊNCIAS |

1. Pereira IC, Campos MA. Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014.109 p.
2. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):727-33.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizada atenção básica à saúde na perspectivado acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(Supl 1):1523–31.

6. Pennsa CM, Faria RSR, Rezende GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? *Rev Min Enferm.* 2014; 18(4):815-22.
7. Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
8. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(8):3553-9.
9. Veras GC et al. Círculos de Cultura e Qualificação Profissional para Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde São José/Paps – Relato de Experiência. *Rev Bras Ext Univer.* 2015; 6(1):53-8.
10. Albuquerque IMN, Cavalcante ASP, Ribeiro MA. Desencontros e encontros sobre extensão universitária à luz da pedagogia de Paulo Freire. *Essentia.* 2016; 17(1):158-86.
11. Bronson JN. Focalização, sinergia & construção de consenso para projetos temáticos. 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
13. Freire P. *Cartas a Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
14. Campos SWG. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de um valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
15. Lima LO. Método Paulo Freire: processo de aceleração de alfabetização de adultos. In: Lima LO. *Tecnologia, educação e democracia.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979. p.175-6.
16. Tatagiba MC, Filártiga V. *Vivendo e aprendendo com grupos: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupos.* Rio de Janeiro: DP&A; 2002.
17. Franco MAS. *Pesquisa-ação: a produção partilhada de conhecimento.* UNOPAR *Cient Ciênc Human Educ.* 2010; 11(1):5-14.
18. Frade FLS. *Avaliação e autoavaliação no ambiente escolar.* Monografia [Especialização em Fundamentos da Educação]. Paraíba: Universidade da Paraíba; 2014. 30 p.
19. Freire, P. *Pedagogia da esperança.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
20. Staus DA. Designing a consensus building process using a graphic road map. In: Susskind L, McKearnan S, Thomas-Lamer J. *The consensus building handbook: a comprehensive guide to reach in agreement.* Thousand Oaks: Sage; 1999.
21. Susskind L, Fuller BW, Forenz M, Fairman D. *Multistakeholder dialogue at global scale - working paper.* Cambridge: Consensus Building Institute; 2002.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 48 p.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Ana Suelen Pedroza Cavalcante**

*Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes,  
Derby Clube, Sobral/CE, Brasil*

*CEP: 62100-000*

*Tel.: (88) 3677-4240*

*E-mail: anasuelen15@hotmail.com*

Submetido em: 08/05/2016

Aceito em: 26/10/2016