

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**ELISA NUNES FIGUEIREDO**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
**EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: Desafios para o profissional da**  
**enfermagem**

**BELO HORIZONTE**

**2010**

**ELISA NUNES FIGUEIREDO**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: Desafios para o profissional da  
enfermagem**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista. Orientadora: Maria do Carmo Barros de Melo.**

**BELO HORIZONTE**

**2010**

“Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. Escutar é complicado e sutil... Não é bastante ter ouvidos para ouvir o que é dito; é preciso também que haja silêncio dentro da alma.”

RUBEM ALVES

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>ACCR</b>	Acolhimento com Classificação de Risco
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde

## RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso que se apresenta é parte integrante do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG e teve como objetivo geral descrever sobre a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas unidades básicas de saúde, avaliando os desafios impostos ao profissional da enfermagem para que o modelo assistencial torne-se de fato uma realidade nesse ambiente. Foi elaborada uma investigação sobre a temática em base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, GOOGLE, Biblioteca Regional de Medicina - BIREME, Internet em geral e livros. A busca foi realizada entre setembro de 2010 a novembro de 2010, compreendendo publicações entre 1999 a 2010. Foram encontradas 24 publicações de caráter científico sobre o assunto e após a análise e avaliação da qualidade do material foram selecionadas 17 fontes para serem utilizadas no presente trabalho, dentre as quais três fontes são publicações e cartilhas do Ministério da Saúde sobre as políticas de humanização e o acolhimento. Os resultados apontam em primeiro lugar que reorganização dos serviços de saúde, tem como pressuposto a integralidade na produção do cuidado, em um processo de trabalho centrado no usuário e relações acolhedoras da equipe multiprofissional, capazes de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado. O ACCR tem como objetivo principal organizar o fluxo de usuários no sistema de saúde, escolhendo quais devem ter prioridade no atendimento, ou seja, fazer com que os usuários mais graves sejam atendidos primeiro. Verificou-se que os principais desafios impostos ao profissional para de fato implantar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) estão relacionados à capacitação e a consolidação dos avanços alcançados com a implantação do acolhimento demanda que os agentes de tal trabalho sejam atendidos em suas necessidades de educação permanente, supervisão e apoio institucional a fim de que o trabalho que realizam seja qualificado de forma inequívoca.

**Palavras-chave:** Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), unidades básicas de saúde, enfermagem

## ABSTRACT

The Work of Conclusion of Course that she present is integral part of the course of Specialization in Basic Attention in Health of the Family of the Federal University of Minas Gerais - UFMG and had as general objective to describe on the implantation of the Reception with Classification of Risk (ACCR) in the basic units of health, evaluating the challenges imposed the professional of the nursing so that the model assistential becomes in fact a reality in that adapts. An investigation was elaborated on the theme in base of data of the Virtual Library of Health - BVS, Coordination of Improvement of Personnel of Superior Level - you CASTRATE, GOOGLE, Regional Library of Medicine - BIREME, Internet in general and books. The search was accomplished among September from 2010 to November of 2010, understanding publications among 1999 to 2010. They were found 24 character publications inform on the subject and after the analysis and evaluation of the quality of the material 17 sources were selected for they be used in the present work, among which three sources are publications and spelling books of Ministry of Health on the humanization politics and the reception. The results appear in first place that reorganization of the services of health, has as presupposition the integrality in the production of the care, in a work process centered in the user and homelike relationships of the team multiprofessional, capable to produce bond, in a productive process that it bets in the more technologies relate for the attendance to the users, where the team takes the responsibility for the care. ACCR has as main objective to organize the users' flow in the system of health, choosing which should have priority in the service, in other words, to do with that the most serious users are assisted primeiro. That the main challenges imposed the professional for in fact to implant the Reception with Classification of Risk (ACCR) they are related to the training and the consolidation of the progresses reached with the implantation of the reception demands that the agents of such a work are assisted in their needs of permanent education, supervision and institutional support so that the work that you/they accomplish is described in an unequivocal way.

**Key-Words:** Reception with Classification of Risk (ACCR), basic units of health, nursing

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Justificativa .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Objetivos.....</b>	<b>10</b>
<i>1.2.1 Objetivo Geral .....</i>	<i>10</i>
<i>1.2.2 Objetivos Específicos.....</i>	<i>10</i>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>3. DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Considerações sobre o acolhimento na atenção primária à saúde.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 O acolhimento como proposta para o atendimento e as atribuições do enfermeiro ..</b>	<b>19</b>
<i>3.2.1 Acolhimento e classificação de risco.....</i>	<i>20</i>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO 1 – PROTOCOLO DE MANCHESTER .....</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O tema escolhido: “implantação do acolhimento e classificação de risco em Unidades Básicas de Saúde”, está relacionado com a necessidade de se discutir os processos de trabalho na Atenção Básica.

Além disso, diante de inúmeras publicações e discussões faz-se necessário analisar até que ponto o acolhimento e a classificação de risco são uma realidade e que tipo de desafios ainda são impostos aos profissionais da enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde.

Fazendo uma breve contextualização sobre o histórico do acolhimento no Brasil, é possível afirmar que ele surge na década de 90, e já acumula uma vasta experiência em diversos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS. Além disso, pode-se destacar sua experimentação em diversos municípios/serviços, tais como: Ribeirão Preto (Camelo et al. 2000), Campinas (Takemoto e Silva, 2007), Porto Alegre (Ramos e Lima, 2003) e Betim (Franco, Bueno e Merhy, 1999). Falar de sua trajetória significa reconhecer o que há de acúmulo prático hoje, especialmente nos municípios citados, mas também a importância de distinguir sobre qual acolhimento está se falando. Naturalmente não estamos falando de acolhimento como atitude de bondade, gentileza e favor que os profissionais prestam aos usuários, nem de acolhimento entendido como triagem cuja lógica é da exclusão, nem como ambiente confortável, e sim como o que emerge no cenário do SUS como diretriz importante para reafirmar e assegurar o princípio da universalidade e o acesso.

Da década de 90 até os dias de hoje, o acolhimento, nesta ótica a que nos referimos, tem se expressado como estratégia de organização de serviço, mudança de modelo, classificação de riscos e avaliação de vulnerabilidades.

A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e avaliação de necessidade do usuário em função de seu risco/vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Na visão de Takemoto e Silva (2007):

O acolhimento pode oferecer ao usuário maior possibilidade de trânsito pela rede e ocorre em todos os encontros assistenciais durante a passagem do usuário pelo serviço, porque se trata efetivamente da contínua investigação/



elaboração/negociação das necessidades de saúde que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço, processo que não deve deixar nunca de acontecer, tendo em vista que as necessidades não são imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente Definidas.

Os objetivos do acolhimento seriam na visão de Cecílio (2001) é ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho. De acordo com Silva Jr. e Mascarenhas (2004), o acolhimento pode ser entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Assim sendo, o acolhimento configurar-se-ia, então, em uma etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea realizada pelo enfermeiro.

A Política Nacional de Humanização (PNH), implementada a partir de 2003 pelo Ministério da Saúde, vem construindo com gestores, trabalhadores e usuários das três esferas de Governo, alternativas nos modos de produzir a atenção e gestão em saúde, buscando superar algumas dificuldades existentes no processo de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Entre as tecnologias que vem sendo desenvolvidas, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem se mostrado um dispositivo potente como reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e também como disparador de outras mudanças como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, a inclusão dos cuidadores nos Projetos Terapêuticos Singulares, a participação de trabalhadores e usuários na gestão.

A estratégia de implantação da sistemática do ACCR e a atribuição do enfermeiro possibilitam abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo à re-significar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois a produção de saúde é, necessariamente, um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, seqüelas e internações.

Este processo contribui para a promoção da cultura de solidariedade e da paz, para a legitimação do sistema público de saúde e favorece a aliança entre usuários, trabalhadores e

gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial e que é um patrimônio do povo brasileiro.

Importante considerar que a reorganização do trabalho com base no acolhimento resultou maior resolubilidade no trabalho da enfermeira na assistência, por conta da definição de protocolos de conduta que incluem a prescrição de vários medicamentos e exames, o que ainda favoreceu o fluxo dos usuários.

Silva Jr. e Mascarenhas (2004), concluem que o acolhimento tem como resultado imediato esperado a reversão do modelo tecno-assistencial, mas pode ainda contribuir com o acúmulo de outros ganhos, já que tem potencial para reorganizar os serviços de saúde por intermédio do processo de trabalho, e construir dispositivos auto-analíticos e auto-gestionários, além de provocar mudanças estruturais na forma de gestão do serviço.

Diante do contexto apresentado acima pretende-se realizar uma revisão de literatura que demonstre os princípios e conceitos do acolhimento na atenção primária à saúde, avaliando especificamente questões sobre o acolhimento e a classificação de risco.

Espera-se que o desenvolvimento do trabalho permita uma reflexão sobre o assunto identificando os desafios enfrentados para que de fato a implantação de tais pressupostos seja uma realidade no setor de saúde no Brasil especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

## **1.1 Justificativa**

A implementação do acolhimento já tem história no SUS de muitos municípios brasileiros e, portanto faz-se necessário, a partir do desenvolvido, discutir os avanços alcançados e construir novas práticas.

Avanços no sentido de ser as UBS porta aberta para a população adscrita, garantindo acesso ao serviço. Outro avanço importante é a constituição de vínculo entre as equipes e a população de sua área de abrangência.

Na construção de novas práticas um dos grandes desafios para todos os agentes de produção de saúde, é a qualificação do cuidado e a gestão em saúde.

Desse modo, aprofundar conhecimentos sobre o acolhimento, entendendo como uma de suas dimensões a atitude de inclusão, significa, discutir os processos de trabalho e construir coletivamente as propostas para priorizar os riscos e vulnerabilidades que surgem no cotidiano do atendimento na unidade.

Importante também aprofundar conhecimentos sobre o ACRR, já que tal dispositivo tem se mostrado significativo para reorganizar os processos de trabalho, oferecendo aos usuários um serviço baseado na humanização, qualidade e ética.

Destaca-se ainda que a escolha do tema acolhimento com classificação de risco para este trabalho de conclusão de curso vem da compreensão de que o princípio do acesso universal do SUS, apesar dos grandes avanços, ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde e para o sistema.

No cotidiano do serviço, o acolhimento como diretriz política e dispositivo operacional já tem modificado a prática na porta de entrada da unidade, mas pode ainda ser melhor organizado.

O acolhimento propicia a organização do trabalho na porta de entrada da unidade, ajuda a direcionar fluxo e a organizar o processo de trabalho, envolve os profissionais de saúde da unidade para a realização de um trabalho mais articulado e multiprofissional, identifica os casos de maior risco e vulnerabilidades para que seja garantida a resposta a necessidade de saúde do usuário e quando necessário o encaminhamento responsável para outros serviços da rede SUS local com resolutividade.

Enfim, o acolhimento é de suma importância no funcionamento da atenção primária a saúde, daí a importância de se discutir sempre sobre este tema.

## **1.2 Objetivos**

### *1.2.1 Objetivo Geral*

Descrever sobre a implantação do acolhimento e classificação de risco nas unidades básicas de saúde, avaliando os desafios impostos ao profissional da enfermagem para que o modelo assistencial torne-se de fato uma realidade nesse ambiente.

### *1.2.2 Objetivos Específicos*

- Contextualizar historicamente os princípios e conceitos do acolhimento e classificação de risco como técnica em enfermagem;

- Identificar os princípios norteadores preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil;
- Descrever sobre as possibilidades e desafios da aplicação dos princípios e conceitos nas Unidades Básicas de Saúde.

## 2. METODOLOGIA

De acordo com os objetivos propostos no presente Trabalho de Conclusão de Curso, escolheu-se como técnica de estudo a pesquisa bibliográfica que é aquela “realizada através de levantamentos de materiais com dados já analisados e publicados por meios escritos e/ou eletrônicos tais como livros, artigos científicos, páginas da web e outros” (PARRA FILHO; SANTOS, 2002, p.18).

A pesquisa bibliográfica é uma técnica de pesquisa fundamental para a realização de qualquer trabalho, sendo que muitos são elaborados totalmente a partir de material bibliográfico, "qualquer que seja o campo a ser pesquisado, sempre será necessária a pesquisa bibliográfica, para se ter um conhecimento prévio do estágio em que se encontra o assunto" (PARRA FILHO; SANTOS, 2002, p. 19).

Para a consecução do objetivo de descrever sobre os princípios e conceitos do acolhimento como técnica em enfermagem, avaliando especificamente questões sobre o acolhimento e a classificação de risco nas unidades básicas de saúde foi necessária a pesquisa bibliográfica com busca de fontes científicas sobre o conceito de acolhimento, as atividades do enfermeiro nessa função e a especificação sobre a classificação de risco.

Foram estudados os aspectos relacionados ao acolhimento em saúde atualmente e as ações de responsabilidade do enfermeiro para que tal cuidado seja proposto de forma eficaz em pacientes de acordo com a sua classificação de risco.

Desse modo, foi elaborada uma investigação sobre a temática nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, GOOGLE, Biblioteca Regional de Medicina - BIREME, Internet em geral e livros.

A busca foi realizada entre setembro de 2010 a novembro de 2010, compreendendo publicações entre 1999 a 2010. Foram consultadas fontes nos idiomas português e inglês. Para delimitar a busca foram utilizadas as seguintes palavras-chave (descritores): acolhimento, classificação de risco, unidades básicas de saúde. Os critérios para a inclusão dos artigos foram presença de uma ou mais palavras-chave no título ou sub-título dos trabalhos encontrados.

Houve também a seleção específica utilizando apenas publicações que tratavam do acolhimento nas UBS.

Foram encontradas 24 publicações de caráter científico sobre o assunto e após a análise e avaliação da qualidade do material foram selecionadas 17 fontes para serem utilizadas no presente trabalho, dentre as quais três fontes são publicações e cartilhas do Ministério da Saúde sobre as políticas de humanização e o acolhimento.

### 3. DESENVOLVIMENTO

#### 3.1 Considerações sobre o acolhimento na atenção primária à saúde

Antes de descrever sobre o ACRR e apresentar os princípios e diretrizes propostas nas unidades básicas de saúde, cabe aqui fazer uma breve contextualização sobre a estrutura da atenção primária à saúde, identificando que a proposta do acolhimento é um dos modelos de atenção.

Segundo Teixeira e Paim (2000), modelos de atenção a saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde.

De acordo com o mesmo autor, alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos no país tais como a oferta organizada ou programada, vigilância da saúde, as ações programáticas de saúde, saúde da família, etc.

Teixeira (2002) elaborou um estudo problematizando os limites dos modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil e as possibilidades de expansão e fortalecimento de experiências alternativas em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Nestes estudos detectou-se que tais modelos ainda não possuem eficácia visto que se institucionalizam em políticas e práticas sociais que “reproduzem interesses econômicos e políticos de grupos profissionais, empresas, corporações e elites políticas, por vezes distanciados dos interesses e necessidades da maioria da população” (PAIM, 2002, p. 369).

Para que os modelos implantados atendam às necessidades dos usuários do sistema e ainda estejam de acordo com as limitações da administração pública seria necessário modificar a “atenção ao doente” para o desenvolvimento de ações de “prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde”. Mas essas ações devem ir além do sistema de saúde. Isso significa que as ações devem ser implantadas nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços. Ou seja, a prioridade se desloca do eixo “recuperar a saúde de indivíduos doentes”, para “prevenir riscos e agravos” e “promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais” (PAIM, 2002, p. 369).

Nesse caso, pode-se destacar os seguintes modelos de atenção ou de intervenção citados por Teixeira (2000):

- **Ações programáticas de saúde:** utilização da programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas.
- **Programas de Saúde da Família:** incluem ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários.
- **Acolhimento:** estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implica mudanças na "porta de entrada" da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na "releitura" das necessidades sociais de saúde da população;
- **Vigilância da Saúde:** inclui o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a implantação de ações de vigilância nutricional dirigidas a grupos de risco, a vigilância na área de saúde do trabalhador, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, a vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e de recuperação da saúde, isto é, a própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar.
- **Cidades saudáveis:** implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações "comunitárias" no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais
- **Promoção da saúde:** as medidas de promoção se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de Educação e Comunicação em



saúde e na formulação de "políticas públicas saudáveis" nas várias esferas de governo – nacional, estadual e municipal.

A opção por determinado modelo de atenção deve levar em consideração a necessidade de se tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas de saúde da população (riscos e danos), bem como seus determinantes.

Nesse trabalho foram detalhados aspectos estruturais relacionados ao acolhimento na atenção primária à saúde.

Segundo Ramos e Lima (2003), a proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) são recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.

Segundo o dicionário Aurélio, “acolher” significa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (FERREIRA, 2001). A partir de tal definição e voltando o termo para o setor de saúde é possível entender que o acolhimento como um ato expressa uma ação de “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

O Ministério da Saúde (2006) propõe o seguinte conceito para o que vem a ser “acolhimento”:

Acolhimento: Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006, p. 35).

Ao se comparar os dois conceitos citados verifica-se a questão da escuta é o principal fator norteador, de onde se pode concluir que acolher um paciente significa em primeiro lugar escutar suas queixas, dúvidas, angustias e medos.

Mas é preciso considerar que acolher, ou o ato de “dar acolhimento” está (ou deve estar) presente em todas as relações e os encontros que acontecem ao longo da vida, mesmo quando pouco se cuida dele.

Desse modo, verificando os inúmeros conceitos dados para o que vem a ser o “acolhimento” no setor de saúde, vale a pena citar o que descrevem Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 345).

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento

Para tal fim, os autores partem dos seguintes princípios:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999, p.347)

Completando as diretrizes acima, destaca-se que as diretrizes do HumanizaSUS no que se refere ao acolhimento com classificação de risco são:

- Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso diferenciado aos demais níveis de assistência.
- Comprometer-se com a referência e contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme as necessidades dos usuários;
- Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades dos sujeitos (BRASIL, 2004, p. 18).

Assim, verifica-se que a sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e avaliação de necessidade do usuário em função de seu risco/vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (SILVA JÚNIOR. e MASCARENHAS, 2004).

Na visão de Takemoto e Silva (2007):

O acolhimento pode oferecer ao usuário maior possibilidade de trânsito pela rede e ocorre em todos os encontros assistenciais durante a passagem do usuário pelo serviço, porque se trata efetivamente da contínua investigação / elaboração /

negociação das necessidades de saúde que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço, processo que não deve deixar nunca de acontecer, tendo em vista que as necessidades não são imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definidas.

Os objetivos do acolhimento seriam, na visão de Cecílio (2001), ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho. De acordo com Silva Júnior e Mascarenhas (2004), o acolhimento, entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Assim sendo, o acolhimento configurar-se-ia, então, em uma etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea realizado pelo enfermeiro.

Finalmente, após a estruturação conceitual e caracterização realizada, pode-se concluir que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho. O impacto da reorganização do trabalho em uma unidade de saúde se dá principalmente sobre os profissionais não-médicos que prestam a atenção à saúde da população, Franco Bueno e Merhy (1999) consideram o enfermeiro, o assistente social, o técnico e o auxiliar de enfermagem. Assim, a equipe de acolhimento passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários. Os profissionais não-médicos passam a usar todo seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços da Unidade (FRANCO, BUENO e MERHY; 1999).

Importante mencionar que o acolhimento sendo parte de uma das diretrizes das novas políticas públicas de saúde possui características públicas determinadas pelo Ministério da Saúde (2006) e citadas a seguir:

- Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- Estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2006, p. 04).

Desse modo, é possível entender que o acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RAMOS e LIMA, 2003).

### **3.2 O acolhimento como proposta para o atendimento e as atribuições do enfermeiro**

Segundo Takemoto e Silva (2007), o acolhimento é considerado uma etapa do processo de trabalho do enfermeiro e desse modo se constitui em uma forma de o profissional se relacionar com o usuário, através de uma “rede de conversação” realizada no desenvolvimento dos serviços de saúde.

Franco (2006) considera que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a "equipe de acolhimento" como referência central no atendimento aos usuários. Abre-se, supostamente, a possibilidade para que esses profissionais lancem mão de todas as tecnologias de sua "caixa de ferramentas" para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários.

Deve-se aqui considerar que na busca pela compreensão da dinâmica do trabalho da enfermagem, encontraram-se ações de cuidado dependentes do tempo, da imprevisibilidade da demanda e desprovidas de rotina. Além da exigência de pontualidade e regularidade, existe uma pressão pelo ritmo frenético na realização das atividades que estão relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

No que se refere especificamente à atribuição de um enfermeiro, deve-se considerar inicialmente que este profissional, além de acolher, fica responsável pela supervisão do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem, pelas orientações sobre as condutas e utilização dos protocolos, elaborados pela equipe e que indicam as condutas a serem tomadas diante das queixas mais comuns dos usuários que procuram a unidade de saúde e as atribuições de cada membro da equipe (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

Franco (2006) destaca que a primeira atribuição de um enfermeiro é ordenar o fluxo de atendimento na unidade de serviço de saúde visando atender a todos os pacientes por demanda espontânea sem que os mais graves fiquem na fila aguardando.

Importa considerar que neste momento o profissional da enfermagem vai utilizar componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença; prescrever, implementar medidas de enfermagem que contribuam para promoção, prevenção e recuperação da saúde e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (FRANCO, 2006, p. 03).

Assim sendo, na consulta de enfermagem o Enfermeiro considera: demanda do usuário, história patológica pregressa e atual, uso de medicações, alergia medicamentosa, sinais vitais,

peso em crianças, glicemia capilar e exame físico sumário. Estes dados e a classificação para atendimento médico são registrados no prontuário de atendimento do usuário.

### *3.2.1 Acolhimento e classificação de risco*

De acordo com Abbês e Massaro (2004), a classificação de risco no setor de saúde surge por meio da crescente demanda e procura dos serviços neste setor. Assim sendo, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários, principalmente nas unidades de pronto atendimento tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

Outro conceito dado para o que vem a ser a classificação de risco dado pelo Ministério da Saúde (2006) é que tal ação dentro do setor de saúde constitui-se em:

Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso (BRASIL, 2006, p. 37).

Diante de tal necessidade o acolhimento realizado pelos profissionais da enfermagem se constitui em uma ação fundamental para a eficácia nos processos de trabalho, já que a partir deste será possível dentre outros aspectos direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário, determinar às áreas de atendimento em nível primário, acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera, realizar a Triagem Administrativa baseada no protocolo de situação queixa encaminhando os casos que necessitam da avaliação para a classificação de risco pelo enfermeiro (ABBÊS e MASSARO, 2004).

O Ministério da Saúde (2004) propõe modificar esta denominação para acolhimento com classificação de risco, onde o objetivo principal é organizar o fluxo de usuários no sistema de saúde, escolhendo quais devem ter prioridade no atendimento, ou seja, fazer com que os usuários mais graves sejam atendidos primeiro.

Abbês e Massaro (2004) descrevem também que a utilização da classificação de riscos em unidades de saúde tem os seguintes objetivos:

- Identificar prontamente as condições de vida do paciente para propor o melhor atendimento;
- Agir no tempo necessário de acordo com as necessidades do paciente e no tempo terapêutico;
- Organizar o processo de trabalho e espaço físico da unidade de atendimento
- Diminuir a superlotação das unidades de emergência e urgência.

Ao relacionar os conceitos de acolhimento vistos no desenvolvimento deste trabalho com os critérios e princípios da classificação de risco, pode-se dizer que de acordo com o Ministério da Saúde (2004) há também como objetivo:

- Informar os pacientes e a sua família a expectativa do atendimento e tempo de espera (diminuindo a ansiedade gerada pelo que é desconhecido)
- Esclarecer a comunidade sobre as formas de atendimento realizadas na unidade de atendimento;
- Priorizar o atendimento de acordo com os critérios clínicos e não por ordem de chegada, garantindo o atendimento aos pacientes mais graves

Destaca-se ainda que o acolhimento no desenvolvimento das atividades relacionadas à classificação de risco nas unidades de atendimento de saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (2004):

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de urgência/emergência;

- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.

Destaca-se ainda que acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica.

Assim sendo, o profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida.

Neste funcionamento, o Ministério da Saúde (2004) preceitua que o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações que, partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar:

- A adequação da área física;
- As formas de organização dos serviços de saúde
- A governabilidade das equipes locais
- A humanização das relações em serviço
- Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde
- Ato da escuta e a produção de vínculo.
- O compartilhamento do conhecimento.
- O uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

#### 4. CONCLUSÃO

Após a realização do presente trabalho de conclusão de curso, pode-se dizer inicialmente que o sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas modificou-se e tem se modificado de maneira significativa e o Ministério da Saúde, junto aos governos estaduais e municipais, vem propondo ações e projetos que têm como principal meta humanizar e melhorar a qualidade da atenção dada ao usuário dos serviços.

Verificou-se que através da estruturação das redes primárias de atenção à saúde, o SUS alcançou avanços importantes e que hoje em dia o usuário possui um acompanhamento mais humano, eficaz e detalhado por parte dos profissionais de saúde.

Por outro lado, deve-se considerar que há ainda uma série de deficiências e fragilidades nos sistemas de atenção à saúde, principalmente aqueles relacionados à implantação de políticas específicas de atenção, como o caso do acolhimento como modelo assistencial das UBS.

Destaca-se então que de maneira geral, o grande desafio a ser enfrentado por todos, trabalhadores da saúde, gestores e usuários, na construção e na efetivação do SUS como política pública, é transpor os princípios aprovados para o setor de saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde.

De forma específica, o trabalho permite dizer que no percurso de construção do acolhimento há sem dúvida avanços importantes. Entretanto percebe-se que ainda há algumas fragilidades, assim, fazem-se necessários esforços da equipe de saúde para produzir novas produções científicas a fim de melhorar a prática assistencial.

Em primeiro lugar foi possível constatar por meio da pesquisa bibliográfica que existe divergência entre os conceitos apresentados pelos autores e a prática assistencial realizadas nas unidades básicas de saúde.

Para um atendimento baseado nos princípios da humanização há a necessidade de que o enfermeiro reavalie seu cuidado, de maneira a perceber que os princípios éticos devem reger sua prática sempre, de forma a auxiliar no respeito ao paciente e no cuidado humanizado de enfermagem, fazendo com que o cuidado não se torne apenas a aplicação de técnicas de enfermagem, mas sim uma prática complexa que considera que aquele a quem se presta este cuidado é um sujeito, com necessidades não apenas biológicas, mas psicológicas, sociais e espirituais.



O acolhimento pode ser uma das diretrizes que contribui para alterar essa situação, na medida em que incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS.

No que se refere às unidades básicas de atenção à saúde, diante da grande procura diária por parte dos usuários que em geral apresentam problemas crônicos e/ou agudos, a análise da gravidade de cada situação torna-se de vital importância para o funcionamento com qualidade de tais serviços, sendo assim, a adoção da classificação de risco surge como uma necessidade cada vez mais crescente.

Considera-se também que a proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) são recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.

Desse modo é necessário que os serviços de saúde reorganizem-se de modo a trazer o foco dos processos e tarefas de trabalho para o usuário e as relações acolhedoras que devem partir da equipe multiprofissional mantidas com ele. Assim sendo será possível à essa equipe responsabilizar-se de maneira eficaz pelo cuidado prestado ao paciente / usuário.

Importa ainda destacar que para que de fato a implantação do acolhimento e da classificação de risco nas UBS adquira avanços e seja consolidada é preciso propor meios de desenvolver educação e capacitação permanente para todos os agentes envolvidos, além de desenvolver uma estrutura de supervisão e apoio institucional que permita a realização dos processos e tarefas de trabalho de forma eficaz, garantindo a qualidade da atenção dada ao paciente e a prestação dos serviços de uma maneira geral.

Além disso, é fundamental a adoção de protocolos que permitam a adoção de sistemas padronizados de classificação de risco para assegurar que os usuários sejam avaliados por ordem de necessidade clínica, proporcionando ao profissional de saúde a segurança necessária para atender com qualidade, facilitando o trabalho em equipe e integrando todos os serviços oferecidos nas UBS de maneira eficaz.

Cabe ainda dizer que a adoção de critérios padronizados para a classificação de risco não só nas UBS, mas em toda a rede assistencial de saúde permitirá maior capacitação dos profissionais através do raciocínio lógico (um dos principais desafios impostos ao profissional para que o acolhimento e a humanização torne-se uma realidade no setor de saúde) e ainda uma melhor comunicação entre os diversos pontos das redes de serviço, o que certamente

inclui a comunicação dos profissionais das UBS que realizaram atendimentos nos usuários com hospitais e redes de assistência para onde esse usuário pode ser encaminhado.

A título de conclusão merece destaque a recomendação do próprio Ministério da Saúde para que as UBS adotem o protocolo de Manchester<sup>1</sup>, criado em 1994, com o objetivo principal de estabelecer consenso entre médicos, e enfermeiros trabalhadores de serviços de saúde visando normas de classificação e principalmente padronização de linguagem em todos os pontos de atenção à saúde.

Finalmente, cabe dizer, que pesquisas mais detalhadas e programas de educação e capacitação continuada devem ser implantados em todas as unidades de saúde, visando trazer de fato o acolhimento para a realidade no atendimento em saúde.

---

<sup>1</sup> Trata-se de uma metodologia de trabalho implementada em Manchester na década de 90 e amplamente divulgada no Reino Unido, estando em curso sua aplicação em vários outros países como Portugal, Suécia, Holanda e Espanha. Além disso o GBACR (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco) está autorizado a implantá-lo no Brasil. O objetivo do protocolo é estabelecer um tempo de espera pela atenção médica e não de estabelecer diagnóstico. O método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o fluxograma de decisão e por fim estabelecer o tempo de espera que varia de acordo com a gravidade (ANEXO 1):

## REFERÊNCIAS

ABBÊS, C; MASSARO, A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético e estético no fazer em saúde. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília- DF. Série B. Textos básicos em Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S.; SILVA, E.M.; MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, agosto 2000.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113-26.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 21ed. São Paulo: Nova Fronteira, 2001.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso Betim- MG. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 15, nº 2, abr-jun, 1999.

FRANCO, T. B., **Acolhimento: Diretriz do Modelo Tecno-Assistencial em Defesa da Vida**. Trabalho apresentado à Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul, Fundação Oswaldo Cruz. 2006.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde In: PAIM, J. S. **Saúde – política e reforma sanitária**. Salvador: Ed. Cooptec/ISC, 2002, p. 367-381

PARRA FILHO, D.; SANTOS, J. A. **Metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Futura, 2002.

POLIT, F. D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Feb. 2003.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev, 2007.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Rev. Adm. Pública**; V. 34, n. 6, p. 92-130, 2000.

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde**. Texto elaborado como contribuição aos debates da XI Conferência Nacional de Saúde. Dez de 2000.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**; v. 18, suppl., pp. S153-S162, 2002, vol.18,.

**ANEXO 1 – PROTOCOLO DE MANCHESTER**

# Protocolo de Manchester

- 1) Vermelho = Emergente = 0 min.
- 2) Laranja = Muito Urgente = 10min.
- 3) Amarelo = Urgente = 60 min.
- 4) Verde = Pouco Urgente = 120 min.
- 5) Azul = Não Urgente = 240 min.

Fonte: [http://www.conass.org.br/arquivos/file/rede\\_urgencia\\_emergencia\\_mg.pdf](http://www.conass.org.br/arquivos/file/rede_urgencia_emergencia_mg.pdf)