

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Karine Rossato

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE  
DE ENFERMAGEM**

Santa Maria, RS  
2017

**Karine Rossato**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Trabalho submetido à Universidade Federal de Santa Maria como requisito para obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde, área de concentração Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vera Regina Real Lima Garcia

Santa Maria, RS  
2017

**Karine Rossato**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Artigo de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase em Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Ênfase em Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família**.

**Aprovado em 13 de março de 2017**

---

**Vera Regina Real Lima Garcia, Dra (UFSM)  
(Presidente/ Orientador)**

---

**Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra (UFSM)**

---

**Tanise Martins dos Santos, Mestre (UFSM)**

---

**Silvana Bastos Cogo, Dra (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2017

## **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

**Autor: Karine Rossato**

**Orientador: Vera Regina Real Lima Garcia**

**RESUMO:** Objetiva-se conhecer a opinião da equipe de enfermagem de três Estratégias de Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul acerca do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa, realizada com oito profissionais das equipes de enfermagem durante os meses de setembro e outubro de 2016. A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista semiestruturada e a pesquisa foi analisada considerando as referências da Análise de Conteúdo. Após a análise, os dados foram organizados em duas categorias: Capacitação dos profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre o Acolhimento com Classificação de Risco; Importância da implementação de um protocolo para Classificação de Risco em Estratégia de Saúde da Família. Constatou-se que muitos dos profissionais encontraram dificuldades em realizar o acolhimento com classificação de risco, pois, além do processo de trabalho ainda estar centrado no saber médico, os profissionais não possuem capacitação e um protocolo direcionador para realização da classificação do risco. O reconhecimento de tais fragilidades, no intuito de promover reflexões e ações, dimensiona a expectativa de que gestores e profissionais da atenção primária do município campo do estudo revejam suas práticas e construam parâmetros de enfrentamento sobre seu processo de trabalho, buscando estratégias de apoio institucional, da equipe e dos usuários para a melhoria na gestão do acolhimento.

**Descritores:** Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Equipe de enfermagem.

# **RISK CLASSIFICATION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: PERCEPTION OF THE NURSING TEAM**

**Autor: Karine Rossato**

**Orientador: Vera Regina Real Lima Garcia**

**ABSTRACT:** The objective of this article is to know the nursing team's understanding of three Family Health Strategies (ESF) in the municipality of Santa Maria, RS, about the Acceptance with Assessment and Risk Classification (CCRF) in the FHS. This is a descriptive, qualitative field study conducted with eight professionals from the nursing teams during the months of October and November 2016. Data collection was done through a semi-structured interview and the research was analyzed considering the references of the Content Analysis proposed by Bardin. After analyzing the data, it was found that most of the professionals found difficulties in performing the host with risk classification, since, in addition to the work process still focused on medical knowledge, the professionals do not have the qualification and a directing protocol for accomplishment of the risk classification. The recognition of such weaknesses, in order to promote reflections and actions, spans the expectation that managers and primary care professionals in the municipality of Santa Maria will review their practices and build coping parameters on their work process, seeking institutional support strategies, Staff and users to improve the management of the host.

**Descriptors:** Reception, Primary Health Care, Nursing team.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

### **AB**Atenção Básica

<b>ACCR</b>	<b>Acolhimento com Classificação de Risco</b>
<b>APS</b>	<b>Atenção Primária em Saúde</b>
<b>CAAE</b>	<b>Certificado de Apreciação Ética</b>
<b>ESF</b>	<b>Estratégia de Saúde da Família</b>
<b>IBGE</b>	<b>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</b>
<b>MS</b>	<b>Ministério da Saúde</b>
<b>PNH</b>	<b>Política Nacional de Humanização</b>
<b>RAS</b>	<b>Redes de Atenção à Saúde</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>TCLE</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>
<b>UFSM</b>	<b>Universidade Federal de Santa Maria</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	10
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	12
<b>3.1 Capacitação dos profissionais de enfermagem da ESF sobre o Acolhimento com Classificação de Risco</b> .....	12
<b>3.2 Importância da implementação de um protocolo para Classificação de Risco em ESF</b> .....	15
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	18
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	19

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é requisito para obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde, área de concentração Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família. A motivação para realização deste trabalho e o questionamento sobre a opinião da equipe de enfermagem sobre Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) surgiu no decorrer do Programa de Residência Multiprofissional, onde atuei durante dois anos como enfermeira residente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS).

O contato com a atuação do enfermeiro no acolhimento dos usuários era diário e uma necessidade do serviço, pois mesmo que o técnico de enfermagem ou outras áreas profissionais estivessem acolhendo, o enfermeiro era chamado para avaliar melhor o risco do usuário. Porém, percebi que o enfermeiro também apresentava dificuldades em determinadas situações, pois não existia um protocolo adequado para a queixa principal apresentada no momento da avaliação.

Dessa maneira, pude identificar que os atendimentos realizados aos indivíduos poderiam ter uma melhor resolutividade na ESF se fosse implementado o ACCR, pois assim iria reduzir a superlotação nos prontos atendimentos, priorizaria o atendimento aos pacientes que apresentam quadro clínico de maior gravidade; organizaria o fluxo do atendimento na ESF e referenciaria para rede de média e alta complexidade os casos urgentes.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior conquista do movimento sanitário brasileiro e através dele o nosso país tem a garantia do acesso universal para seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. A concretização do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (OLIVEIRA, PREREIRA, 2013).

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A política visa estimular a articulação e o diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários para que possam construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes desumanizadoras que



dificultam a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

Os serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistencial, em decorrência de fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços; entre os serviços de saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo (CUNHA, CAMPOS, 2011).

Dessa forma, um dos grandes desafios do SUS é qualificar a Atenção Primária a Saúde (APS) para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades (OLIVEIRA, PEREREIRA, 2013).

Contudo, nos diversos níveis do sistema de saúde, vários esforços têm sido realizados pelo governo federal para estimular a qualidade dos serviços de saúde e garantir o acesso dos usuários. A ESF é uma das propostas do Ministério da Saúde (MS) para a reorganização da APS, podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013)

A portaria 2488/2011 salienta que a ESF é a principal porta de entrada dos usuários nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), proporcionando um acesso universal e um acolhimento baseado na real necessidade do usuário, família e comunidade (BRASIL, 2011).

Além disso, a ESF propõe uma mudança na organização do trabalho, devendo ser construído baseado em equipe multiprofissional. Deve propor práticas mais resolutivas, integrais e que atuam com ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças, diagnósticos, tratamento e reabilitação (MIGUEL, 2013).

O acolhimento nos serviços de saúde deve estar presente nos atendimentos prestados aos usuários pelos profissionais de saúde, com o propósito de atender a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas adequadas, utilizando todos os meios disponíveis para a resolução de problemas. Além disso, visa um atendimento com interesse e responsabilização, buscando garantir a eficácia dos encaminhamentos e a humanização do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde (RODRIGUES, RIBEIRO, SANTOS, MOURA, MESQUITA, BRITO, 2014)

Porém, na maioria das vezes, não é o que se observa na APS, pois ainda há muitos obstáculos no que se refere ao modo como o usuário é acolhido na unidade de saúde. Pode-se observar que os profissionais de saúde que realizam o acolhimento, muitas vezes, ao

dialogarem com os usuários, têm uma escuta pouco qualificada, tornando o acolhimento um desafio para o serviço e uma dificuldade para os usuários.

Também, importante destacar, que os serviços da APS ainda são organizados de forma burocrática em que os acolhimentos são realizados por ordem de chegada, por qualquer profissional disponível, sem priorizar o atendimento aos usuários com maior gravidade. Com isso, ressalta-se a importância da implantação do ACCR (SILVA; BARROS; TORRES, 2012).

Entende-se Classificação de Risco como uma técnica dinâmica que consiste em identificar o risco do usuário, avaliando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, a fim de orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos precisos para a resolução do problema do indivíduo (BRASIL, 2009).

Implementar o ACCR como diretriz operacional requer mudança no fazer em saúde, pois permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, questionando as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. Além disso, o processo de avaliar com classificação de risco necessita, além de uma análise, uma capacitação específica e um protocolo pré-estabelecido, para então atender com agilidade o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

O ACCR deve ser realizado por equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, médico, profissionais de portaria/recepção e estagiários. Entretanto, o primeiro contato do usuário deve ser mantido pelo enfermeiro, que é o profissional responsável por classificar o risco e realizar o encaminhamento, sendo assim, a aplicação da Classificação de Risco propriamente dita é realizada pelo enfermeiro. (RODRIGUES, RIBEIRO, SANTOS, et. al, 2014)

Conforme Silva, Barros e Torres (2012), o enfermeiro é o profissional que tem sido indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que buscam as unidades de saúde, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. Por isso, os autores ainda destacam que o enfermeiro atuante na classificação deve possuir capacidade para promover escuta qualificada, avaliar, registrar correta e detalhadamente a queixa, o trabalho em equipe, o raciocínio clínico, a agilidade mental para a tomada de decisões, assim como ter a capacidade para fazer os devidos encaminhamentos na rede assistencial.

Dessa forma, a pesquisa foi desenvolvida com profissionais de enfermagem com o objetivo de conhecer qual o entendimento da equipe de enfermagem acerca do Acolhimento com Classificação de Risco na ESF, porque o acolhimento é uma ação característica deste

grupo e que desempenha papel imprescindível no cuidado ao indivíduo. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a compreensão das mudanças ocorridas na organização do trabalho com a experiência de implantar o ACCR em unidades de APS. Essas mudanças desencadeiam repercussões para a equipe de enfermagem, pois, na maioria das vezes, ela é a responsável pelo acolhimento.

Tais repercussões podem levar à vivência de sentimentos de prazer e sofrimento, assim como ao desenvolvimento de estratégias defensivas individuais e/ou coletivas. Espera-se que esta pesquisa possa, também, contribuir com outros serviços de APS que estejam se preparando para implantar o AACR ou já o tenham implantado.

## **2 METODOLOGIA**

Este estudo é parte integrante do projeto de trabalho de conclusão de Pós-Graduação de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Trata-se de estudo de campo, descritivo com abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado em três ESF de um município do interior do RS, sendo que uma das estratégias se situa na região centro-leste e conta com uma equipe simples, atualmente composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma recepcionista, sem equipe de saúde bucal, e atualmente incompleta devido à ausência de dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A ESF está dividida em uma área e seis microáreas. A população atendida é de procedência urbana e é feita a cobertura de aproximadamente 5.000 pessoas.

A outra ESF situa-se na região centro-leste também e é composta por duas equipes, cada uma com seis microáreas. Sua área de abrangência contém cerca de 12.000 usuários. Atualmente é composta por um médico saúde da família, um médico vinculado ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, nove ACS, um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal, duas recepcionistas e um auxiliar de serviços gerais terceirizado.

A outra ESF situa-se na região centro-oeste e é composta por uma equipe mínima (um médico do Programa Mais Médicos, uma enfermeira e um técnico de enfermagem) com equipe de saúde bucal (um dentista e um auxiliar de consultório dentário). A unidade atende uma população de aproximadamente 2.500 pessoas, divididas em cinco microáreas.

Além disso, as três unidades contam com residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM compostos por enfermeiros, dentistas, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educador físico, assistente social, fonoaudióloga e farmacêutico.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), este município apresenta estimativa 277.309 habitantes em 2016 e é considerada uma cidade média e de grande influência na região central do Estado. A cidade conta, atualmente, com 156 profissionais espalhados em 16 equipes de Estratégia Saúde da Família. (IBGE, 2016).

Participaram do estudo o total de oito profissionais, sendo quatro enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem. Importante destacar que as residentes autoras do estudo não entrevistaram os profissionais das unidades que atuavam. O critério de inclusão da pesquisa, além de serem profissionais da equipe de enfermagem, foi estar trabalhando no momento da pesquisa. Foram excluídos do estudo enfermeiras residentes e acadêmicos de enfermagem devido um tempo breve de atuação na ESF.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, norteada pelos temas: o entendimento sobre o acolhimento, os fatores facilitadores e dificultadores e a necessidade de utilização de um protocolo. As entrevistas foram realizadas em sala reservada na própria ESF, com aviso prévio ao profissional através das residentes atuantes da unidade e tiveram duração média de 15 minutos. Os dados foram coletados entre os meses de setembro e outubro de 2016. Foi utilizado um gravador de áudio para o registro das informações, cujo material foi, posteriormente, transcrito na íntegra.

No processo analítico dos dados, seguiu-se a proposta de análise de conteúdo, na modalidade temática, que inclui a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

Na primeira etapa, tomou-se contato com o material obtido por meio de leitura exhaustiva, com vistas à apropriação das informações contidas nas informações transcritas; na exploração, realizou-se a categorização dos dados, quando o texto sofreu recortes e as unidades de registro foram agrupadas a partir de suas afinidades temáticas; por fim, na fase de interpretação, buscou-se a compreensão e a interpretação dos dados, integrando-os ao referencial de sustentação teórica do tema (BARDIN, 2009).

Ressalta-se que a pesquisa preservou os direitos dos participantes de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo-se a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob o parecer CAAE nº 58156116.3.0000.5346. Destaca-se que os

profissionais estão identificados pela primeira letra da profissão seguida de um número ordinal que representa a sequência das entrevistas. Assim, ao final de cada unidade de registro encontram-se códigos tais como: “E1”, referindo-se ao Enfermeiro 1.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A caracterização da amostra foi realizada utilizando-se a idade, sexo e tempo de atuação dos profissionais em ESF, para proporcionar melhor compreensão do perfil dos profissionais participantes do estudo. Os profissionais, tinham entre 30 e 58 anos de idade, sendo a maioria mulheres (7). Em relação ao tempo de serviço em ESF, variou de 2 anos a 8 anos.

Os dados oriundos do processo de coleta e análise foram organizados em duas categorias: Capacitação dos profissionais de enfermagem da ESF sobre o Acolhimento com Classificação de Risco e Importância da implementação de um protocolo para classificação de risco em ESF, as quais estão descritas a seguir, entremeadas com a interpretação do pesquisador e dados da literatura pertinente.

#### **3.1 Capacitação dos profissionais de enfermagem da ESF sobre o Acolhimento com Classificação de Risco**

A equipe de enfermagem tem por essência o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo importantes ações por meio do cuidado, responsabilizando-se pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos usuários. O acolhimento precisa envolver o comprometimento da equipe em recepcionar, tratar de forma humanizada e realizar uma escuta qualificada ao usuário sabendo classificar seu risco e realizar o devido encaminhamento.

Para que esse atendimento ocorra de forma correta é preciso que as equipes de enfermagem, assim como outros profissionais, tenham o conhecimento sobre o acolhimento e que este implica em escutar, valorizar e identificar os riscos e necessidades dos usuários de modo a ofertar um encaminhamento adequado a estes.

“Eu particularmente não tenho esta qualificação, a gestão não disponibiliza para a gente esse curso, essa qualificação. O que eu acho

assim que se tivesse esse treinamento adequado seria bem-vindo. Iria deixar o serviço mais adequado, conforme as diretrizes. Trabalhar mais certo (TE1).

“Acredito que as meninas (enfermeiras) já estão colocando em prática porque eu não observo e não faço acolhimento, mais é a minha parte técnica [...] Se não começaram vamos começar a implementar” (TE2).

“Olha, assim, classificação, isso aí para mim, como técnica de enfermagem, como que eu vou te dizer [...] classificação de risco, para mim isso aí ainda é uma coisa nova” (TE4).

“A gente nunca teve nenhuma capacitação ou algum curso sobre isso. Agente apenas leu quando instituiu o acolhimento os cadernos de acolhimento do Ministério da Saúde” (E3).

Verificou-se que as dificuldades de entendimento partiram, na maioria das vezes, dos técnicos de enfermagem, devido ao contexto do seu trabalho, pois estes profissionais em muitas situações precisam acolher os usuários, necessitando resgatar competências clínicas para avaliação pouco exigidas no processo de trabalho mais centrado no médico ou enfermeiro até então.

O ACCR tem a proposta de que cada usuário, ao entrar na unidade de saúde, seja acolhido por uma equipe capacitada que fará uma avaliação e irá classifica-lo de acordo com um protocolo para definir a priorização do atendimento. Além disso, organiza o trabalho na porta de entrada da unidade, direciona o fluxo e altera o processo de trabalho, envolvendo os profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações mais articuladas e um trabalho multiprofissional (FIGUEIREDO, 2010).

Embora Lima (2011) ressalta que o ACCR deva ser realizado por profissional de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, é importante que todos os profissionais que atuam na ESF saibam a importância e tenham o conhecimento sobre a classificação de risco, pois muitas vezes, o médico ou enfermeiro da unidade não estão presentes e o técnico de enfermagem precisa classificar e fazer o devido encaminhamento.

Nesse contexto, observa-se que é necessário haver um estímulo institucional para acontecer um processo constante de educação permanente e capacitação clínica para os

profissionais não médicos, que comumente não exercitam sua clínica com tamanha responsabilidade e participação na avaliação e decisão dos cuidados (MENDANHA, 2014).

Geralmente, na ESF o enfermeiro é o profissional não médico de referência que possui maior autonomia para identificar sinais e sintomas e levantar as necessidades do indivíduo, desde físicas até sociais. A avaliação é realizada no momento da consulta de enfermagem, no acolhimento, após escuta qualificada, anamnese e exame físico, quando é decidida a conduta adequada para o usuário.

“Como minha formação é enfermeira, eu consigo ver e dizer assim: "isso pode esperar", "isso pode ser para daqui uma semana", "isso pode marcar para daqui a dois dias", "isso eu vou lá conversar com o médico" (E2).

“As facilidades é que a gente consegue fazer uma avaliação melhor do que por exemplo um educador físico [...] Tu consegue ter um discernimento maior do que é mais urgente e do que não é urgente” [...] (E3).

Por meio das falas, observa-se que os enfermeiros têm uma maior autonomia ao realizar o acolhimento, visto que realizam atendimentos resolutivos, além de decidirem uma possível conduta diante das queixas mais frequentes dos usuários.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional, nº 7.498 de 25 de junho de 1986, o enfermeiro é um dos profissionais preparado para exercer a função de sujeito no processo de classificação de risco, tendo o devido respaldo para tal, pois é garantido ao enfermeiro, privativamente, a consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde (COFEN, 2017).

Dessa forma, destaca-se que o enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que procuram os serviços de saúde, devendo ser orientado por um protocolo direcionador (SILVA, BARROS, TORRES, 2012).

Com isso, ressalte-se a importância da capacitação de todos profissionais para o atendimento com classificação de risco, valorizando os saberes e práticas de cada um e tendo a educação em saúde como base teórica e metodológica e, também, buscar estabelecer diálogo entre todos profissionais da equipe de saúde.

Podemos observar ainda que os serviços de saúde têm mostrado constantemente uma necessidade de mudança no processo de trabalho, principalmente no que diz respeito ao

acesso e universalidade, para garantir, assim, que todos os cidadãos possam ser atendidos de forma resolutiva.

A organização do acolhimento pode representar uma mudança que supera o modelo de triagem no qual ocorre um processo de exclusão, selecionando qual usuário seria atendido naquele dia e quais voltariam para casa sem conseguir uma resposta para seu problema.

“Na verdade a gente está em um processo de mudança do processo de trabalho aqui no posto e eu entendo que a questão do acolhimento vai ter que mudar, por exemplo, a pessoa chegou e aí, tá, vem para agendar consulta e não consegue [...] Aí então passa para o acolhimento, eu acho que antes da questão de agendar consulta teria que ter um acolhimento com classificação de risco para dizer: " não você pode esperar uma semana", " tu, nós vamos passar agora", “sei lá outro vamos agendar uma visita”. Eu acho que é classificação de risco começa aí, antes quando a pessoa tenta vir agendar “ (TE2).

Portanto, é evidente a necessidade de adotar a classificação de risco como uma importante estratégia, pois é um processo dinâmico, na qual os profissionais identificam os usuários que necessitam de tratamento imediato, seguindo os critérios para avaliação do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, organizando o fluxo da unidade de acordo com as necessidades da demanda, de forma a atender e resolver através de assistência e/ou encaminhamentos todos os casos dos usuários que procuram o serviço (LIMA, 2011).

### **3.2 Importância da implementação de um protocolo para Classificação de Risco em ESF**

O ACCR, além de ser realizado mediante um processo de escuta qualificada e a experiência dos profissionais em saber identificar aquelas pessoas que não podem esperar por atendimento médico daquelas que podem, precisa ser guiado com protocolos pré-estabelecidos para organizar o fluxo de trabalho, auxiliar e dar suporte nas tomadas de decisões.

“Eu acho que primeiramente vai nos amparar legalmente e vai qualificar o serviço né. Tu vai dar importância aquilo que tem que dar



importância e tem coisas que tu pode deixar para mais tarde ou mandar para um agendamento, coisas que possam esperar. Para tu ter esse "atino" né, ter essa percepção. Acho que é nesse ponto que ele vai ajudar” (TE1).

“Eu acho que seria uma forma de organizar o acolhimento, até de agente saber exatamente o que passar. O acolhimento todo mundo tem que ser acolhido, de certa forma chegou na unidade pedindo acolhimento tem que ser escutado, tem que ser atendido, mas daí com o protocolo eu acho que organiza e facilita o trabalho e a gente vai poder estar encaminhando as pessoas de forma mais correta para cada lugar né, quando a gente precisa encaminhar” (TE2).

Os entrevistados apontam a implementação do protocolo como garantia de um melhor atendimento, organização e condições no trabalho da equipe de ESF, bem como a realização do serviço de referência quando preciso, de forma que seja garantida a continuidade da assistência.

No Brasil, o primeiro protocolo de classificação de risco aprovado pelo Ministério da Saúde (MS) foi a Cartilha de ACCR em 2004 do PNH. Esse protocolo estabelece fluxos de atendimento e classificação de risco, por meio da qualificação das equipes, sistemas de informação para determinar o atendimento adequado para cada usuário, visando à qualidade da assistência (OLIVEIRA, GUIMARÃES, 2013).

Além do ACCR ser um reorganizador dos processos de trabalho e propiciar mudança na forma e resultado do atendimento ao usuário, a PNH sugere que as unidades de atendimento médico estabeleçam protocolos clínicos de classificação de risco para priorizar os mais enfermos, garantir o direito de todo cidadão à saúde e organizar o fluxo dos usuários, evitando assim a exclusão do usuário na porta de entrada (BRASIL, 2009).

Também, a construção de um protocolo auxilia na implementação de respostas e soluções para os diferentes casos que se apresentam a uma equipe de saúde, já que os profissionais possuem pensamentos e atitudes diversas frente a um problema (MIGUEL, 2013).

“Eu acho isso interessante porque como aqui a gente tem vários profissionais que fazem acolhimento...daí as vezes o que eu acho que é prioridade quando estou classificando, as vezes tem colegas que

acha que não é, que dá para agendar. Por isso eu acho que facilitaria para o pessoal ter esse protocolo, para classificar direitinho (...) para todo mundo falar a mesma língua” (TE1).

O entrevistado ressalta a importância da construção do protocolo no sentido de reorganização entre os profissionais quanto à forma de atender os usuários para que haja uma classificação adequada de acordo com o grau de risco do indivíduo.

Outro ponto importante de ter os protocolos, é para respaldar legalmente as condutas tomadas pelos profissionais da enfermagem e os demais profissionais que realizam o acolhimento com classificação de risco, proporcionando melhor desempenho e segurança.

“Eu acho que o município tinha que implantar um protocolo para a gente poder se guiar melhor [...] Que os profissionais da enfermagem se respaldassem legalmente com isso. Porque daí a gente está fazendo, mas não está respaldada legalmente, não tem nenhum documento municipal dizendo desse protocolo (E1).

“Eu acho que para dar segurança para o profissional de fazer, de ele ter certeza de que o que ele está fazendo é o mais correto, para qualificar a assistência dele e também para respaldar inclusive juridicamente, porque hoje em dia a saúde é um dos setores que mais está se judicializando[...]” (E2).

“A gente não tem nenhum tipo de protocolo sabe...é avaliado ali a situação pelos profissionais né...é avaliado e vê a real situação daquele dia”(TE1).

O uso de um protocolo estruturado oferece respaldo legal para a equipe de enfermagem que atuam na avaliação e classificação de risco, favorecendo a tomada de decisão para alocar os melhores recursos disponíveis na APS, no momento de avaliar e classificar o risco (BOHN, 2013)

O que se percebe com as falas é a necessidade dos gestores e profissionais de saúde reverem suas práticas e conceitos, bem como valorizarem e favorecerem a educação em serviço de forma a refletir sobre a prática e na organização para viabilização de um acesso com equidade e resolutividade (SILVA; BARROS; TORRES, 2012).

Com isso, nota-se que, apesar dos avanços adquiridos pelo SUS a partir da reestruturação da AB, ainda se observa uma série de fragilidades nos sistemas de atenção à saúde, especialmente aqueles relacionados à implantação de políticas específicas, como o acolhimento e o ACCR como modelo assistencial das unidades de AB.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O ACCR visa promover uma relação usuário-profissional que garanta uma resolutividade e resposta adequada as necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde. Para que esse atendimento e resolução dos problemas aconteçam, depende da postura e ações dos usuários, profissionais e gestores.

Nas unidades de saúde, campos deste estudo, nota-se que há dificuldades na realização do acolhimento aos usuários de abrangência, uma vez que a maioria dos profissionais não estão capacitados e organizados para recebe-los de forma adequada, sendo que muitos que vão a unidade e retornam sem ter suas queixas encaminhadas adequadamente.

Contudo, constatou-se como um facilitador do processo, o enfermeiro, pois este profissional é o mais indicado para o serviço de acolhimento com classificação de risco pelo fato de apresentar qualidades generalistas que o permitemter mais autonomia para realizar o ACCR, coordenar a equipe de enfermagem e responsabilizar-se pela sua unidade de atuação, encaminhando o usuário para o serviço mais adequado para seu quadro clínico.

Por isso, torna-se importante adotar protocolos para o ACCR com o intuito de padronizar a linguagem em todos os pontos de atenção e condicionar uma maior segurança ao profissional de saúde, melhorando as condições de atendimento prestado aos usuários que buscam pelos serviços. A proposta de trabalhar com o tema classificação de risco favoreceu a troca de conhecimentos com os profissionais da enfermagem, além de contribuir para a atualização do conhecimento e motivação para melhor atender a população das ESF.

Diante do exposto, espera-se que o estudo contribua com reflexões a respeito da educação permanente nos serviços de saúde e a discussão sobre a necessidade de capacitação dos profissionais para a classificação de risco na AB e ESF visando à qualificação do cuidado e a melhoria das condições de trabalho.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BOHN, M.L.S. **Classificação de Risco Manchester: opinião dos enfermeiros do serviço de emergência do hospital de clínicas de Porto Alegre**. Trabalho de conclusão de curso (Escola de Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html) . Acesso em: 03fev. 2017.

CUNHA G.T.; CAMPOS, G.W.S. **Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde**. *Saúde Soc* 2011;20(4):961-70.

FIGUEIREDO, E. N. **Implantação do acolhimento e classificação de risco em unidades básicas de saúde: desafios para o profissional da enfermagem**. 2010. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm) . Acesso em: 01, nov. 2016.

LIMA, W.A. **Implantação do acolhimento nas unidades de estratégia de saúde da família no município de Guapé MG: Mudanças percebidas pelas profissionais atuantes.** 2011. 31f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso de especialização em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

MIGUEL, P. A. B. **Acolhimento com classificação de risco para a atenção básica em saúde.** 2013. 57f. Monografia (Trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina, 2013.

MENDANHA, S.C.A. **Capacitação para a prática do acolhimento da equipe de saúde da família cabanas 03, Mariana-MG.** 2014. 31f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, MG, 2014.

OLIVEIRA, D.A.; GUIMARÃES, J.P. **A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. Caderno Saúde e Desenvolvimento.** v.2 n.2, 2013.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. RevBrasEnferm,** v.66, 2013.

RODRIGUES, RIBEIRO, SANTOS, et. al. **Concepção da equipe de enfermagem sobre acolhimento com classificação de risco. Revenferm UFPEonline.,** Recife, 8(8):2626-32, ago., 2014

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