

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DO**  
**CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Wilma Karlla Azarias Florêncio da Silva**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
**NAS ESF DO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA**

**Maceió - AL**

**2021**

Wilma Karlla Azarias Florêncio da Silva

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
NAS ESF DO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
Multiprofissional em Gestão do Cuidado em  
Saúde da Família, da Universidade Federal  
de Alagoas, como requisito parcial para  
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Janine Melo de Oliveira

Maceió – AL

2021

**Catálogo na Fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

- S586i Silva, Wilma Karlla Azarias Florêncio da.  
Implantação do acolhimento com classificação de risco nas ESF do município de Limoeiro de Anadia / Wilma Karlla Azarias Florêncio da Silva. – 2021.  
28 f.
- Orientadora: Janine Melo de Oliveira.  
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.
- Bibliografia: f. 27-28.
1. Estratégia Saúde da Família. 2. Acolhimento. 3. Classificação de risco. I. Título.

CDU: 614



**Folha de Aprovação**

**AUTOR: WILMA KARLLA AZARIAS FLORENCIO DA SILVA**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS  
ESF DO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA**

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 11 de agosto de 2021.

*Janine Melo de Oliveira*

(Titulação, Nome Completo, Instituição) (Orientador/a)

**Examinador/a:**

*Ednaldo Almeida Gomes.*

Ednaldo Almeida Gomes, Doutor em Ciências, UFAL  
(Examinador)

Wilma Karlla Azarias Florêncio da Silva

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS  
ESF DO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização Multiprofissional em  
Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da  
Universidade Federal de Alagoas, como  
requisito parcial para obtenção do Certificado  
de Especialista.

Orientadora: Janine Melo de Oliveira

Banca examinadora

Professor (a). Janine Melo de OLiveira

Professor (a). Ednaldo Almeida Gomes

Aprovado em Maceió, em 11 de agosto de 2021.

## RESUMO

O presente trabalho objetivou analisar as potencialidades e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na implantação do acolhimento com classificação de risco nas ESF do município de Limoeiro de Anadia. Para tanto, foram utilizados relatos de experiências, através de reuniões realizadas entre as enfermeiras das unidades e a coordenação da atenção básica. A partir dos relatos apresentados foi possível identificar os aspectos positivos e as dificuldades encontradas pelas equipes, gerando propostas de alternativas para qualificar o acolhimento com classificação de risco nas ESF do município. O trabalho permitiu concluir que no município de Limoeiro de Anadia o acolhimento com classificação de risco na atenção básica ainda está em fase bem inicial, além disso, essa experiência proporcionou aprendizado a todos que participaram do acolhimento com classificação de risco nas unidades de ESF no município.

**Palavras Chaves:** Acolhimento; Classificação de Risco; Estratégia de Saúde da Família.

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	06
2. Justificativa .....	12
3. Objetivos .....	13
4 Referencial Teórico – Acolhimento com Classificação de Risco .....	14
5. Metodologia .....	20
6. Resultados .....	21
6.1. Potencialidades na implantação do Acolhimento com Classificação de Risco .....	21
6.2. Desafios da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.....	22
6.3. Alternativas para qualificar o acolhimento com classificação de risco nas ESF no município de Limoeiro de Anadia .....	23
7. Considerações Finais .....	25
8. Referências .....	27

## INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS). As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) trabalham com área definida, sendo responsável por um número de famílias também definido, residentes e cadastradas na área. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade (FARIA et al., 2008).

Ainda para Faria, a ESF é um dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), que iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia depende de um processo que permita a substituição efetiva da rede básica de serviços tradicionais pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e prevenção de doenças, sendo o usuário um cidadão participativo nas ações da unidade que influenciam na sua saúde e na saúde da comunidade.

A equipe da ESF é responsável também por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; deve estimular a organização e a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde; deve atuar de forma intersetorial, através do estabelecimento de parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2004).

De acordo com MERHY (1994), um desafio que tem se apresentado às equipes de Saúde da Família é a implantação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde, uma ação de extrema importância para estabelecer vínculo entre usuários e equipe, e organizar os serviços de forma a permitir acesso e resolubilidade. No Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Percebem-se, a partir dessa definição, que há uma proposta de mudança na forma de recepcionar o usuário que chega a unidade, dando mais atenção às suas necessidades, ouvindo o que ele tem a dizer e valorizando suas queixas ou dúvidas.

Conforme a Lei 8080 do SUS, no capítulo II, que dispõe sobre seus Princípios e Diretrizes, em seu Art. 7º, as ações e serviços públicos de saúde e os seus serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo



com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios de: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde; direito à informação sobre sua saúde; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região (CAMPOS, 2000,p.507-515).

No entanto, sabe-se que é responsabilidade da ESF garantir o acesso a todo usuário cadastrado em sua área de abrangência, ouvir e dar crédito ao usuário que procura a unidade e resolver ou encaminhar para o nível de competência para que resolva o problema desse usuário. Uma vez garantido o acesso aos usuários, a equipe deve pensar no acolhimento desses, e para isso devem estar preparados para trabalhar com diferenças culturais, sociais e comportamentais. Cada cidadão que chega deve ser acolhido, ouvido, deve ser atendido com respeito à particularidade que apresenta. Ao falar com o usuário, quem o acolhe deve também utilizar comunicação adequada ao nível de compreensão que este cidadão possui, estabelecendo um vínculo efetivo e de confiança entre profissionais que atuam na unidade e usuário (MATUMOTO et al., 2011).

O acolhimento na saúde deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. O acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre após ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando a identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde (BECK, 2008, p37-43).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento não tem local e nem hora certa para acontecer, deve ser realizado com o usuário que chega a unidade em busca de atendimento, no domicílio através da visita domiciliar pelos profissionais da ESF, nas reuniões realizadas, nos grupos operativos, ou seja, em qualquer lugar ou momento que o profissional entra em contato com o usuário. O

acolhimento não tem que ser realizado por um profissional específico, pois não é função exclusiva do enfermeiro ou técnico de enfermagem devendo ser realizado por qualquer profissional que atua na equipe de ESF. Logo no primeiro contato com o usuário o profissional que acolhe deve tentar resolver o problema se for de sua competência ou encaminhar a quem possa resolver (BRASIL, 2004).

Ainda, segundo a PNH, o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, em que o profissional deve reconhecer o usuário como protagonista no processo de saúde e doença, e que através da troca de saberes deve mostrar ao usuário que ele também é responsável pela resolução do seu problema. A ESF deve ver no acolhimento um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. O acolhimento vem se mostrando cada vez mais necessário em um serviço que objetiva a transformação de um modelo assistencial tradicional biomédico para um modelo que prioriza a promoção da saúde e prevenção de agravos. Isso reflete na conduta dos profissionais que atuam nas unidades de ESF que devem adotar o acolhimento como princípio de suas atividades (BRASIL, 2004).

Contudo, percebo que há grandes dificuldades em relação à comunidade que, impregnada pelo modelo tradicional, muitas vezes apresenta resistência às mudanças. Ao mesmo tempo, os profissionais com a sobrecarga de trabalhos e a deficiência nas estruturas onde funcionam as unidades também apresentam dificuldades para uma escuta qualificada na busca da melhor solução para a situação apresentada pelo usuário, objetivo do acolhimento (CAMPOS, 2000).

O Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) foi desenvolvido por enfermeiros e médicos do Reino Unido como estratégia para estabelecer, dentre a demanda de pacientes que se apresenta nas Emergências, quais os que, embasados em critérios clínicos, deveriam ter prioridade de atendimento. Serve, portanto, como uma diretriz de ordenamento para o atendimento em Emergências, priorizando aqueles pacientes sob condições clínicas de maior risco. Mais recentemente implantando em alguns hospitais do Brasil, com vistas a minimizar o efeito da superlotação constante nos Serviços de Emergência (SE), a metodologia do SMCR baseia-se na queixa principal do paciente, que direciona o enfermeiro a um fluxograma de condição clínica. Cada fluxograma contém discriminadores que norteiam a investigação e, conforme as respostas que o usuário vai fornecendo, dá-se a classificação de gravidade ou risco clínico (CAMPOS, 2000).

Campos ainda define que esta classificação é descrita por cores, que indicam tempos máximos para o primeiro atendimento médico. A cor vermelha determina uma condição de emergência, sugerindo atendimento imediato; a laranja discrimina condições de muita urgência, cujo tempo para atendimento deve ser  $\leq 10$  minutos; já a cor amarela sugere urgência, cujo atendimento deve ser em tempo  $\leq 60$  minutos; os classificados na cor verde seriam de pouca urgência e o atendimento poderia ocorrer em até  $\leq 120$  minutos; os de cor azul, por sua vez, são considerados não urgentes e seu atendimento está indicado para ocorrer em tempo  $\leq 240$  minutos<sup>(1-2)</sup>. Em Portugal e no Brasil emprega-se a cor branca aos pacientes que utilizam o SE como porta de entrada para procedimentos eletivos. Para estes não há indicação de tempo para o atendimento.

Nas diretrizes do SMCR, além dos tempos para o primeiro atendimento médico, há recomendações de que o paciente tenha sua Classificação de Risco (CR) iniciada em até dez minutos depois da chegada ao serviço. Este tempo equivale ao período no qual o paciente realiza sua identificação, cadastro, abertura de boletim de atendimento, ou algum outro processo equivalente. Também o tempo para que o enfermeiro realize a CR, propriamente dita, é preconizado, não devendo ultrapassar três minutos. Alguns estudos já avaliaram o tempo entre a classificação de risco e o primeiro atendimento médico em situações específicas como o Infarto Agudo do Miocárdio, bem como os desfechos dos pacientes estudados. Contudo, não se encontram na literatura estudos cujo foco seja avaliação do tempo entre a chegada do paciente ao serviço e a sua classificação, assim como o tempo empregado na CR, etapa executada pelo enfermeiro (CAMPOS, 2000).

No município de Limoeiro de Anadia – AL, a implantação do acolhimento com classificação de risco teve início em junho de 2018, por ocasião do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS). A partir da quinta oficina realizada, em outubro do mesmo ano, a qual propunha o acolhimento e classificação de risco, os funcionários de todas as unidades foram treinados e a coordenação da atenção primária e Secretaria de Saúde do município passou a cobrar dessas unidades a realização do acolhimento com classificação de risco.

No município, o acolhimento tem sido objeto de grandes discussões uma vez que sua implantação traz benefícios e revela dificuldades e deficiências profissionais e estruturais que vem sendo apresentadas na tentativa de encontrar possíveis soluções.

A ESF Maria Celina, onde atuo como enfermeira, por ocasião da realização do diagnóstico situacional realizado em janeiro de 2020 identificou os seguintes problemas:

- Falta de treinamento dos profissionais;
- Sobrecarga de tarefas para os profissionais da unidade de ESF;
- Acesso dos usuários das microáreas rurais, dificultado pela ausência de unidades de apoio nessas microáreas;
- Falta de responsabilidade da população com a própria saúde;
- Baixa adesão da população aos grupos operativos.
- Acolhimento com classificação de risco.

Dentre todos esses problemas listados, o problema que mais chama atenção da equipe está relacionado ao acolhimento com classificação de risco. Os profissionais reconhecem a dificuldade em realizar essa ação devido ao espaço e a estrutura inadequados, a falta de capacitação e a sobrecarga de trabalho.

Esse não é um problema apenas da unidade Maria Celina, mas de todas as ESF do município de Limoeiro de Anadia. As principais queixas e mais comuns entre os profissionais das equipes são: sobrecarga de trabalho devido a contingente de tarefas a serem realizadas em curto espaço de tempo; ausência de capacitação profissional para uma escuta qualificada e resolutiva e a resistência da população que não está acostumada com o tipo de atendimento proporcionado pelo acolhimento com classificação de risco. No caso de algumas unidades, também há o problema da estrutura das unidades nas quais não existe espaço para que o usuário seja ouvido com privacidade ocorrendo muitas vezes a exposição de problemas na recepção, na frente de outros usuários.

Diante do exposto, é objeto desse trabalho a implantação do acolhimento com classificação de risco. A questão norteadora deste estudo é: Quais as potencialidades e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na implantação do acolhimento com classificação de risco nas ESF do município de Limoeiro de Anadia?

Em seu contexto, o município de Limoeiro de Anadia está localizado no Agreste Alagoano, com uma área territorial de 349km<sup>2</sup>. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização de Saúde, o município de Limoeiro de Anadia faz parte da 2<sup>a</sup> macrorregião e da 7<sup>a</sup> região, que tem como polo a cidade de Arapiraca.

É um município com 28.635 habitantes (população estimada pelo IBGE em 2019), localizada na região agreste de Alagoas e distante 117 km da capital do estado. O salário mensal gira em torno de 1.5 salários mínimos, onde a principal fonte de renda é a agricultura e pecuária, seguido pelos empregos gerados pela prefeitura e algumas fábricas que estão em funcionamento no novo distrito industrial localizado entre os povoados de mais fácil acesso Genipapo e Distrito Pé leve, no qual serão instaladas numerosas empresas gradativamente.

A atividade política partidária encontra-se monopolizada por um grupo político familiar tradicional, revezando a administração ao longo da última década. A cidade de forte tradição religiosa católica, onde cerca de 90% da população compartilha da crença religiosa, destacando-se nas comemorações religiosas através dos grupos culturais em forma das danças dos quilombos. O saneamento básico adequado corresponde apenas a 11.6%, onde 49.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 16.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Na educação, a taxa de escolarização entre 6 a 14 anos de idade é de 94.9% nos anos do ensino fundamental, com 3.858 matrículas no ensino fundamental, com 205 docentes distribuídos em 24 escolas e 1.058 matrículas no ensino médio com 33 docentes distribuídos em uma escola (IBGE, 2019).

Em relação ao serviço de saúde do município, a atenção primária tem 14 equipes de Saúde da Família, sendo nove contendo saúde bucal, sendo uma localizada dentro da cidade, outra no povoado que é distrito do município e as demais distribuídas nos povoados da zona rural. Além da rede primária de atenção, oferta alguns serviços de média complexidade, unidades de prestação de serviços como: a unidade mista de saúde, Casa mãe e o Bebê, medicina especializada e exames com 21 especialidades, uma farmácia central, dois centros de reabilitação física e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); conta ainda com 23 Unidades básicas (entre centrais e apoios). As 14 equipes ESF do município abrangem 100% da população. Essas equipes são constituídas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos, auxiliares de higiene bucal (AHD), agentes comunitários de saúde e auxiliar administrativo. As 14 equipes estão em fase de implantação do acolhimento com classificação de risco e empenhadas na participação dos treinamentos.

## **2. JUSTIFICATIVA**

O trabalho justifica-se uma vez que o acolhimento com classificação de risco na Estratégia de Saúde da Família é uma proposta que contribui para reorganizar o processo de trabalho, efetivando a humanização do atendimento, viabilizando a acessibilidade e resolutividade.

O acolhimento com classificação de risco no município de Limoeiro de Anadia ainda é novidade, tanto para as equipes quanto para usuários; e todas as equipes têm passado por dificuldades, seja com a aceitação de alguns usuários, pois juntamente ao acolhimento está sendo implantada também a classificação de risco.

O trabalho também contribui para esclarecer o modo de organização desta proposta e poderá orientar profissionais no esclarecimento da população que muitas vezes mostra-se contrária à nova forma de atendimento.

Por fim, o estudo justifica-se pela necessidade de demonstrar a experiência dos enfermeiros do município de Limoeiro de Anadia no difícil desafio de implantar o acolhimento com classificação de risco, e, com isso, poderá servir de estímulo a outras ESF que também buscam estabelecer uma mudança efetiva na relação profissional-usuário, sendo este o primeiro passo concreto para a reorganização do seu processo de trabalho.

### **3. OBJETIVOS**

Objetivo geral:

- Analisar as potencialidades e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na implantação do acolhimento com classificação de risco nas ESF do município de Limoeiro de Anadia.

Objetivo Específico:

- Propor alternativas para qualificar o acolhimento com classificação de risco nas ESF do município de Limoeiro de Anadia.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

A implantação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde tem se mostrado cada vez mais necessária. Há muito se fala em acolhimento e classificação de risco em saúde, contudo, foi a partir da realização do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde que muitos profissionais tomaram conhecimento desta estratégia passando a ser treinados para tal.

No entanto, considera-se o acolhimento como ato ou efeito de acolher; recepção; atenção, consideração; refúgio, abrigo e agasalho. No ato do acolhimento, o paciente que procura o serviço de saúde espera encontrar no profissional que o recebe refúgio, ao ser atendido com consideração. Espera, ainda, que seja dispensada a devida atenção a seu problema, de forma a produzir uma resposta que satisfaça (FERREIRA, 2004).

De acordo com a Cartilha da PNH o acolhimento propõe uma mudança nos processos de trabalho em saúde atendendo a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e produzir respostas mais adequadas aos usuários. Ainda, segunda a mesma cartilha, uma postura acolhedora implica em estar atento e poroso à diversidade cultural, racial e étnica. 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. 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. Diz, ainda que avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento em com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2004).

Portanto, refere-se ao acolhimento, comparando-o com a relação mãe-filho. Considerando a mãe um campo de amparo e acolhimento com a responsabilidade de cuidar de seu filho. Dessa forma, traduzindo esse pensamento para os serviços de saúde, significa que os trabalhadores podem amparar a sua comunidade e se tornar responsável por ela, com dedicação, carinho e muito respeito às particularidades de quem procura esse amparo. O acolhimento é uma “relação de ajuda”, e classifica que essas pessoas são objetos da ação porque procuram ajuda e são agentes da ação porque participam dessa



ajuda opinando e interferindo nas decisões. Nesta relação, a equipe de saúde deve estar preparada para estabelecer uma relação clara e tranquila para o usuário. É imprescindível que o profissional estabeleça uma boa comunicação que reflita no usuário um sentimento de confiança, de forma que esse paciente estará seguro em solicitar ajuda para resolver o problema que o levou a unidade (OLIVEIRA, 2008).

De acordo com Oliveira (2008) é a partir do encontro entre duas pessoas que se estabelece a relação de ajuda, onde o ajudador ao acolher o ajudado constrói a base da relação. O relacionamento de ajuda é desenvolvido a cada encontro. O “ajudador” deve mostrar disponibilidade e abertura ao ajudado desde os momentos iniciais, pois é nesse momento que se constrói o vínculo. Considera ainda que o “ajudador” apresentar disponibilidade para ajudar o outro e para amá-lo no decorrer do processo. Entre essas habilidades estão o ato de atender, responder, personalizar e orientar. Para efetivar o acolhimento, o atendimento processa-se em fases: envolver-se, explorar, compreender e agir de forma que o profissional ao receber o paciente deve estar apto para ouvi-lo e dar uma resposta coerente ao que ele procura.

É importante destacar que há situações no cotidiano dos serviços em que a unidade de saúde não é capaz de responder a necessidade do usuário. Nesses casos, os profissionais devem encaminhá-los aos serviços competentes, orientando, ao paciente e a família se for o caso. Para tanto, o serviço de saúde deve compor uma rede de atenção à saúde na qual o acesso a diferentes serviços deve ser assegurada. Os profissionais, por sua vez, devem estabelecer vínculos com o paciente para que ele retorne ao serviço, dando continuidade, assim a assistência inicialmente prestada (CAMPOS, 2000).

Campos (2000) analisa que para se assegurar a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários, é preciso que se tenha em mente as noções de vínculo, acolhida e responsabilização da equipe pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual. Na busca pelos serviços de saúde, o usuário espera que se estabeleça uma relação entre ele e o trabalhador de saúde, a qual possa gerar um acolhimento e conseqüentemente uma atuação sobre o seu problema. Esse usuário cria uma expectativa, de que o profissional responda com resolutividade ao seu problema. Cabe aos serviços de saúde oferecer ações efetivas, as quais possam resolver a situação problema que ele apresenta no momento.

Através do acolhimento todos os usuários serão ouvidos por algum profissional, e sua busca deverá produzir um efeito, qualquer profissional que receber o usuário em um dado momento, seja no domicílio ou na unidade, terá a responsabilidade de

encaminhá-lo a quem competir resolver seu problema. Deste modo o acolhimento deve ser visto como uma ação a ser desenvolvida por todos os profissionais, sem local ou hora específica para este fim, devendo ocorrer de forma etária, com compromisso e responsabilidade do profissional que executa, com capacidade para ouvir, trocar experiência e compartilhar saberes (BRASIL, 2004)

Os serviços de saúde têm mostrado constantemente uma necessidade urgente 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 essa mudança que supera o modelo de triagem no qual ocorre um processo de exclusão, selecionando qual paciente seria atendido naquele dia e quais voltariam para casa sem conseguir uma resposta para seu problema (BRASIL, 2004).

Na organização do acolhimento, pode-se adotar a classificação de risco como uma importante estratégia. A classificação de risco é um processo dinâmico, na qual os profissionais devem ser capacitados de forma a identificar os pacientes 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 (BRASIL, 2010).

Segundo o PDAPS, ao iniciar o atendimento na Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS), o membro da equipe deve explicar rápida e objetivamente os serviços oferecidos pela unidade, e como esses serviços estão organizados. Em seguida deve identificar os usuários, perguntando a cada um qual o motivo que o levou a unidade de saúde. Os casos de urgência e emergência devem ser atendidos imediatamente pelo médico, os demais casos devem ser avaliados e sempre que possível priorizar inicialmente para atendimento as gestantes, as crianças, os portadores de deficiências e os idosos, os usuários que têm retornos de consultas, atendimentos agendados, vacinas, curativos, exames, entre outros, devem ser encaminhados para os setores correspondentes. Já para os usuários que procuram a unidade básica de saúde, apresentando alguma queixa, ou um evento agudo, para esses deve se realizar a classificação de risco (BRASIL, 2010)

A classificação de risco é uma atividade que objetiva humanizar e personalizar o atendimento; avaliar o usuário logo na sua chegada para identificar a gravidade do caso; estabelecer a prioridade de atendimento do usuário de acordo com a gravidade do caso;

determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado de acordo com a gravidade ou a necessidade de atendimento de cada caso; prestar informações adequadas aos usuários e familiares. Para realização de tal tarefa, os profissionais da equipe de saúde, enfermeiros e médicos, devem estar devidamente capacitados para proceder a uma entrevista objetiva que possibilite a exclusão ou identificação de sinais de gravidade (MATUMOTO et al., 2011).

Ainda de acordo com o PDAPS, a classificação de risco é um processo dinâmico onde os usuários necessitam de tratamento imediato devem ser identificados de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A partir deste processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades, a partir da utilização de um protocolo clínico, no qual a presença de um ou mais sinais de risco aponta para a necessidade de atendimento imediato, na ausência de sinais de risco, o profissional deve analisar a necessidade do usuário e oferecer um atendimento ou consulta agendada, compatibilizando a disponibilidade do usuário e do serviço. Após ser atendido, o usuário poderá receber tratamento, ou ter a continuidade do tratamento ambulatorial, ou ficar em regime de observação, ou ainda ser internado para tratamento hospitalar ou ser transferido para tratamento em outro serviço de maior complexidade (BRASIL, 2010).

A realização da classificação de risco deve ser apoiada por um protocolo clínico único, que padronize a linguagem em todos os pontos de atenção, nos sistemas de apoio e logísticos. A Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Alagoas, após avaliar os protocolos clínicos existentes e validados internacionalmente, padronizou a utilização do Protocolo de Manchester, que inicialmente foi formulado para a utilização no Reino Unido e, atualmente, está em operacionalização em vários países da Europa e Austrália. Entre as vantagens deste protocolo destaca-se que não trabalha com diagnóstico; possibilita a classificação de risco em todos os pontos de atenção primária, secundária e terciária; pode ser informatizado; além de ser passível de auditoria clínica (MATUMOTO et al., 2011).

Este protocolo tem como base para a classificação de risco a utilização dos sinais e sintomas como determinantes, cada um contém um fluxograma e é avaliado de acordo com ele, em seguida classificado em uma das cinco categorias por grau de prioridade (BRASIL, 2010). Os níveis de prioridade são identificados por cores, sendo:

**PRIORIDADE 1 – VERMELHO:**



O usuário classificado com prioridade 1 necessita de ressuscitação.

✚ Deve ser categorizado como caso de EMERGÊNCIA ABSOLUTA. Ex: parada cardíaca, choque, politraumatismo, como profundo, entre outros.

✚ Este atendimento é prioridade absoluta, os primeiros cuidados são imediatíssimos, o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.

✚ O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto-socorro e o acesso deve ser imediatíssimo.

#### PRIORIDADE 2 – LARANJA:

✚ O usuário classificado com prioridade 2 deve ser categorizado como caso de EMERGÊNCIA, mas ainda não necessita de ressuscitação. Ex: trauma grave, alteração do estado mental, comprometimento do estado hemodinâmico, queimaduras de segundo e terceiro grau, dor precordial, quadros hemorrágicos intensos, entre outros.

✚ Este atendimento é prioridade, os primeiros cuidados são imediatos (no máximo em 15 minutos), o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.

✚ O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto-socorro e o acesso deve ser imediato.

#### PRIORIDADE 3 – AMARELO:

✚ Deve ser categorizado como caso de URGÊNCIA MAIOR. Ex: traumatismos moderados, quadros dolorosos de intensidade moderada, quadros de sibilância de intensidade moderada, entre outras.

✚ Este atendimento é prioridade, os primeiros cuidados são imediatos, o transporte sanitário deve ser acionado.

✚ O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto-atendimento e o acesso deve ser imediato.

#### PRIORIDADE 4 – VERDE:

✚ O usuário classificado com prioridade 4 é classificado como URGÊNCIA MENOR. Ex: quadro febril de baixa intensidade em criança, gestantes com queixas, quadros dolorosos de baixa intensidade, entre outros.

✚ Este atendimento deve ser priorizado, preferencialmente, na UAPS, para o mesmo turno, após os primeiros cuidados e medidas necessárias nos casos de emergência e de urgência maior.

✚ O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a UAPS.

#### PRIORIDADE 5 – AZUL:

✚ O usuário classificado com prioridade 5 não apresenta Sinal de Alerta, trata-se de caso eletivo. Ex: quadro gripal, dor de intensidade leve, trauma menor, entre outras.

✚ Este atendimento ou consulta pode ser agendada ou realizada de imediato, caso haja disponibilidade.

✚ O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a UAPS.

Para o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), a triagem ou classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco, empregada nos serviços de urgência por todo o mundo, afim de construir fluxos de pacientes quando a demanda excede a oferta de serviços, com o objetivo de garantir o atendimento médico de acordo com o tempo de resposta e com a necessidade do paciente. A classificação de risco pelo Protocolo de Manchester nos serviços de urgência para definição de uma prioridade clínica é uma metodologia que pode ser ensinada e auditada (BRASIL, 2010).

Dessa forma, para Franco et al., (1999) conclui-se que acolhimento com classificação de risco são fundamentais para reorganizar o processo de trabalho em saúde, e que ambos apresentam importância decisiva, devendo ser realizados em conjunto, ou seja, o acolhimento, como ato de acolher, escutar e dar uma resposta deve estar sempre associado à classificação de risco, onde o profissional terá oportunidade de avaliar também expressões, sentimentos, angústias sofrimento psíquico e não somente a queixa física. Realizar a Classificação de Risco colocando em prática o acolhimento em seus conceitos mais amplos tem como premissa a garantia de um atendimento mais humanizado e resolutivo nos serviços de saúde.

## **5. METODOLOGIA**

Este trabalho é caracterizado como um relato de experiência vivenciado por enfermeiras das unidades de Estratégia de Saúde da Família no município de Limoeiro de Anadia - AL sobre a implantação do acolhimento com classificação de risco.

Para melhor fundamentação, este relato foi sustentado em um referencial teórico sobre a temática do estudo aliado a descrição de experiências. O material teórico utilizado foi coletado de livros, artigos de periódicos e materiais da internet, durante o período de janeiro à maio do corrente ano. Foram acessados os bancos de dados MEDLINE, BIREME E LILACS, para ter acesso às publicações pela internet, o método de busca foi de estudo qualitativo e foram encontrados vários artigos com esse mesmo tema.

A experiência está descrita a partir das vivências de enfermeiras, sendo uma delas a autora deste trabalho, no período de junho de 2018 a maio de 2019, quando, por ocasião da Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a saúde iniciou-se no município a implantação do acolhimento com classificação de risco.

## **6. RESULTADOS**

O desenvolvimento deste trabalho deu-se no período entre outubro e dezembro de 2019, quando foram realizadas reuniões entre as enfermeiras responsáveis pelo acolhimento e pela classificação de risco nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Limoeiro de Anadia - AL: José Azarias, Waldir Joaquim dos Santos, Dr. José Bernardes Neto, José Gomes Barbosa, Cícera Cândida da Silva, Júlio Vieira Barros, Pedro Domingues dos Santos, Maria Lucinda Jacinto, Maria Francisca das Dores, José Pedro Rocha, José Cícero dos Santos, Vicente André Ferreira, José Ângelo da Silva, Maria Celina Ribeiro de Albuquerque, sendo esta última, a que a autora do trabalho está inserida.

Na primeira reunião entre as enfermeiras foram expostas questões relevantes a implantação do acolhimento com a classificação de risco, como estava sendo realizado em cada unidade, quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, quais os pontos positivos observados, qual o sentimento que o usuário demonstrava ao ser acolhido pelo profissional e como este estava sendo realizado. Em seguida, foi elaborado um relatório apontando as principais dificuldades encontradas comuns a todas as unidades, para realização do acolhimento com classificação de risco. Posteriormente, foi realizada reunião das enfermeiras participantes do trabalho com a coordenação da atenção básica do município, com a finalidade de apresentar o relatório elaborado. Na ocasião foram propostas ações que na opinião das enfermeiras solucionariam os problemas identificados.

### **6.1 Potencialidades na implantação do acolhimento com classificação de risco**

A partir da implantação do acolhimento com classificação de risco foram percebidas mudanças no processo de trabalho das 14 equipes, podendo-se apontar o acolhimento com classificação de risco como uma estratégia que possibilitou a mudança.

Através do acolhimento o usuário passou a ser ouvido com mais atenção, e com garantia de ser atendido, seja pelo médico ou outro profissional que responda a sua necessidade. A relação usuários-profissionais está mais estreita, com uma comunicação mais efetiva.

Da mesma forma, os usuários têm demonstrado mais confiança para expor seus problemas, ou de sua família. Esses aspectos sevem para que o acolhimento tenha o

objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento. E reconhecer a demanda como legítima, seja de que forma ela se apresente, e dar uma resposta.

Foi possível perceber também que as demandas para a atenção primária estão menores, pois os pacientes que procuram a unidade têm seus problemas resolvidos não sendo necessário voltar várias vezes. Esse aspecto descreve como finalidade do acolhimento que além da humanização do atendimento, se propõe a garantir o acesso a todas as pessoas e a resolutividade da assistência. Outro aspecto que pode ser considerado como potencialidade do processo implantado no município foi a adoção da classificação de risco. Mesmo não sendo realizado o acolhimento com classificação de risco seguindo-se rigorosamente os critérios do protocolo de Manchester, os casos de maior gravidade são identificados e priorizados para o atendimento.

Os eventuais casos de urgência ou emergência que chegaram para atendimento nas ESF foram transferidos para o hospital da cidade. De acordo com o Plano Diretor de Atenção Primária à saúde de Limoeiro de Anadia (2008) todos os usuários em situação de urgência e emergência devem ser atendidos de imediato pela equipe de saúde. A equipe responsável por prestar os cuidados necessários deve transferir de forma segura para o serviço que compete resolver o caso. De acordo com a PNH avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico (BRASIL, 2004).

## **6.2 Desafios na implantação do acolhimento com classificação de risco**

Dentre os desafios apontados para a implantação do acolhimento com classificação de risco, cita-se como mais urgente o despreparo das equipes para realizar a classificação de risco, posto que ainda não receberam treinamento para trabalhar a aplicação do conteúdo do protocolo de Manchester.

De acordo com a portaria 2048 do Ministério da Saúde, Lei 8.142, que propõe a implantação nas unidades de atendimento as urgências do acolhimento “triagem classificatória de risco”, este processo deve ser realizado por profissional de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando os em ordem de prioridade para o atendimento.



Não menos importante também, o despreparo, principalmente por parte dos agentes comunitários de saúde em realizar o acolhimento. É evidente o desconhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde em relação ao verdadeiro significado de acolher em saúde o que contradiz o preconizado na Política Nacional de Humanização, quando se afirma que o acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade e pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. O serviço deve ser responsável por complementar aquilo que não pode resolver de imediato, e garantir acesso ao usuário. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde devem “fazer” acolhimento, sobressai-se também como um importante desafio para a implantação do acolhimento com classificação de risco a sobrecarga de tarefas dos profissionais na atenção primária, principalmente dos profissionais de enfermagem. A sobrecarga advém da falta de profissionais para integrar as equipes auxiliando em atividades administrativas, função que recai sobre a enfermagem.

Além disso, as equipes trabalham com áreas rurais e urbanas simultaneamente e possui uma grande extensão territorial, o que dificulta o acesso da população, bem como das equipes as visitas domiciliares. Essa sobrecarga tem refletido no serviço de forma que o profissional muitas vezes não tem tempo para ouvir de forma satisfatória o usuário e responder as suas necessidades, conforme a proposta do acolhimento. Outro ponto importante a ser considerado é a estrutura física inadequada, a falta de espaço físico adequado nas unidades para atender os usuários com privacidade. Esse problema afeta 13 das 14 equipes do município. Não existe sala própria para o acolhimento que é realizado na recepção e não oferece privacidade ao usuário.

A esse respeito é importante destacar o conceito de ambiência como requisito para o acolhimento com classificação de risco. Segundo a cartilha da PNH, a ambiência manifesta-se como a criação de espaços de escuta, de recepção que proporcione a interação de usuário e trabalhador para que realize o acolhimento. Deve-se pensar também em produzir conforto, através da iluminação, cores, utilização de mobiliários confortáveis, da disposição desses mobiliários de forma acolhedora. Deve-se garantir privacidade ao usuário que chega para falar do seu problema sem que todo o resto da fila ouça (BRASIL, 2004).

### **6.3 Alternativas para qualificar o acolhimento com classificação de risco nas EFS no município de Limoeiro de Anadia**

Após as reuniões entre as enfermeiras, foi realizada reunião com a coordenação da Atenção Básica de Saúde do município, na qual se definiram ações para adequação das equipes na realização do acolhimento com classificação de risco. Foi considerado imprescindível que todas as equipes completas recebam treinamentos para realização do acolhimento de forma adequada, posto que todos os funcionários da equipe devem acolher o usuário, todos devem estar aptos para tal ação. Todos os profissionais deverão ser capacitados para trabalhar com o protocolo de Manchester, através do curso oferecido pelo município para que possam realizar a classificação de risco de forma correta e segura.

Foi colocada pela coordenação da atenção básica a possibilidade da criação de uma nova equipe para atuar em áreas rurais, deixando as equipes já existentes com uma extensão territorial menor, permitindo mais acesso e atendimento mais satisfatório. Foi solicitada a contratação de mais um profissional para cada equipe para auxiliar no trabalho administrativo das unidades diminuindo a sobrecarga da enfermagem, possibilitando um atendimento mais qualificado. Para a coordenadora da atenção básica a possibilidade da construção de novas sedes próprias para unidades de ESF, sendo que uma já estava com projeto em andamento.

Por fim foi discutido que além de todas essas alternativas expostas, outra questão fundamental para a realização do acolhimento nas unidades é a boa vontade e disposição dos profissionais, recebendo sempre com carinho e ouvindo com atenção a todos os usuários da área de abrangência, seja no domicílio, na rua ou na unidade.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização do trabalho algumas reuniões foram remarcadas e a maior dificuldade foi a incompatibilidade de horários das enfermeiras, principalmente das que atuavam semanalmente e diariamente nas áreas rurais. Outra dificuldade era o local para reunir, por não contar com espaço próprio as reuniões ocorreram nas próprias unidades, o que gerava transtorno, pois diversas vezes ocorriam interrupções, para atender chamados dos agentes comunitários de saúde.

O trabalho proporcionou aprendizado a todos que participaram no que diz respeito à organização, pois era necessária muita organização para que os encontros fossem produtivos, que permitissem que todos conseguissem se expressar. E também permitiu que a partir dos relatos, todos aprendessem com as experiências expostas.

Muitas vezes podia se perceber sentimentos de incapacidade por parte das enfermeiras, demonstravam percepção sobre os problemas e ao expor suas dificuldades, sabiam quais as soluções, porém na maioria das vezes essas soluções não dependiam dos profissionais e sim dos gestores.

O principal impacto que o trabalho causou na comunidade foi a elaboração do projeto que viabilizou a criação da 15ª unidade de Estratégia de Saúde da Família que atuara na zona rural, melhorando o acesso a esses usuários e dispensando ações mais direcionadas a realidade deles. Permitirá também que as unidades já existentes trabalhem com menor número de famílias e em áreas menos extensa, facilitando o atendimento mais adequado. Esse projeto foi elaborado de acordo com o território-processo.

A realização deste trabalho permitiu também concluir que no município de Limoeiro de Anadia o acolhimento com classificação de risco na atenção básica ainda esta em fase inicial, as equipes se mostraram ainda despreparadas para a realização da classificação de risco de acordo com o Protocolo de Manchester, por isso, o que todas as equipes tem feito até que sejam treinadas é priorizar os casos que chegam à unidade apresentando maior gravidade. Em relação ao acolhimento, esse tem sido realizado através de uma escuta cuidadosa que favorece a comunicação entre o profissional e o usuário tornando o serviço mais resolutivo e gerando maior satisfação de ambos.

O presente estudo revelou grandes desafios a serem superados para que seja efetiva a implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades de Estratégia de Saúde da Família no município de Limoeiro de Anadia, dentre eles

destaca-se a necessidade de todas as equipes compreenderem o verdadeiro significado do acolhimento e exercer com comprometimento a tarefa de ouvir, estabelecer comunicação efetiva e dar respostas as necessidades dos usuários. Adotar postura ética ao realizar o acolhimento oferecendo privacidade e segurança ao paciente.

Organizar os serviços seja na adequação das estruturas físicas e nos fluxos de atendimento e referencias, para estar preparados integralmente para acolher os usuários com dignidade.

## REFERÊNCIAS

- BECK, C.L.C; MINUZI, D. **O acolhimento como proposta de Reorganização da Assistência à Saúde: uma análise Bibliográfica**. Saúde Santa Maria, vol 34<sup>a</sup> n1-2: p37-43, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco - um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Legislação Federal, 1990. **Lei n 8.080 Orgânica de Saúde**. Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Legislação Federal, 1990. **Lei n 8.142**. Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. 3.ed. Brasília, 2010.
- CAMPOS, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1994.
- FARIA, P.H. et al. **Modelo Assistencial e Atenção básica à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2008.
- FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 6. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.15, n.2, pp. 345-353, 1999.
- MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim**, Minas Gerais, **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p. 345-353, 1994.
- OLIVEIRA, A.; et al. **A Comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP**. Interface-Comum., Saúde., Educ., vol12, n27, pp.749-62, out./dez. 2008.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, vol.20, n.6, pp.1487-1494, 2004.
- SILVEIRA, M. F. A. et al. **Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde**. Cogitare Enfermagem, v.9, n.1, pp. S100-s110, 2008.