

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

BRUNO FERNANDES CAVALCANTE

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA
REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO**

**Maceió - AL
2013**

BRUNO FERNANDES CAVALCANTE

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA
REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Tereza Angélica Lopes de Assis

**Maceió - AL
2013**

BRUNO FERNANDES CAVALCANTE

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA
REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Tereza Angélica Lopes de Assis

Banca Examinadora:

Profa. Tereza Angélica Lopes de Assis- Orientadora

Profa Eulita Maria Barcelos.

Aprovado em Uberaba, em 27/01/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram de forma direta com a realização desse trabalho e com a conclusão do curso. Não foi um ano fácil e não poderia ter sido diferente, pela necessidade de associar estudos direcionados a residência médica, trabalho no programa de saúde da família e realização do Curso de Especialização em Atenção Básica. Para isto foi necessário abdicar não só do corrente ano, mas de anos anteriores que se sucederam e me fizeram chegar aonde estou. Sem o apoio da minha família e minha noiva, que me apoiaram nas dificuldades encontradas no caminho e que me fortaleceram em cada batalha, além do perdão pela diversas ausências em diversos momentos importantes de suas vidas, eu não seria e nada teria. O apoio da minha querida orientadora Tereza Angélica não foi menos importante, conseguiu iluminar o melhor caminho a seguir no curso, ao observar cada passo dado desde o início do ano; das aflições e angústias iniciais até a força ofertada para conseguir realizar atividades em tempo hábil. E por fim, cada amizade que conquistei durante este ano ao realizar o PROVAB, dos funcionários a todos pacientes, apesar de não concordar com a idéia base do programa que afeta a isonomia nos concursos de residência médica, reconheço hoje a importância para a população mais carente do nosso país e espero ter contribuído um pouco na melhoria na saúde e na qualidade de vida de cada um de vocês. Aqui fica meu muito obrigado!

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo implantar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) através do Protocolo de Manchester na Unidade de Saúde Cana Brava em São Sebastião-AL. O acolhimento é considerado a recepção do usuário, desde sua entrada de forma a se responsabilizar integralmente por ele, ouvindo seu problema, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, com realização de ações resolutivas e articulação com outros setores de saúde. Visamos essa reorganização devido o número elevado de usuários nas filas, falta de triagem para os usuários de demanda espontânea com número expressivo de pacientes no interior da Unidade Básica de Saúde com falsas urgências ou necessidade de priorizar os usuários que mais necessitam de atendimento. Dessa forma, com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco temos o objetivo de realizar um acolhimento sistematizado resultando em um maior impacto no trabalho em equipe e na organização do serviço.

Palavras-chave: Atenção Básica. Acolhimento. Classificação de Risco.

ABSTRACT

The present study aims to implant the Reception with Risk Rating (ACR) through the Manchester Protocol at the Health Unit Cana Brava in Sao Sebastião-AL. The Reception is considered to receiving users, since its entry in order to be fully responsible for it, listening to your problem, allowing it to express their concerns, anxieties, to perform actions and resolving coordination with other health sectors. We aim this reorganization because of the large number of users in the queues, lack of screening for spontaneous users with a significant number of patients within the Basic Health Unit with false emergencies or need to prioritize the users that need priority attention. Thus, with the implementation of the host with risk rating we aim to conduct a systematic reception resulting in a greater impact on teamwork and service organization.

Keywords: Primary Health Care. Reception. Risk Rating.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

Estratégia de Saúde da Família	(ESF)
Sistema Único de Saúde	(SUS)
Acolhimento com Classificação de Risco	(ACR)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
4 MÉTODOS	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO	14
5.1 IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER	15
5.2 REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	19
6 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde envolve diretamente um conjunto de ações como a prevenção e promoção à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com a característica de ser a porta de entrada no Sistema Único de Saúde. Visa também que siga princípios básicos como a longitudinalidade, universalidade, integralidade e equidade, que diversas vezes não conseguem ser seguidos pelas equipes de saúde da família pelas enormes filas nas unidades de saúde, com grande quantidade diária de pacientes marcados associado aos pacientes de demanda espontânea, com todos e quaisquer tipos de urgências ou com os diversos casos de clínicas inespecíficas com possibilidade de remarcação.

Esse alto número de atendimentos prejudica o andamento da consulta por ser necessário acelerá-las com o intuito de conseguir suprir a carência de saúde daquela população e atingir metas, impossibilitando, dessa forma, a equipe de saúde da família de promover resolutividade e integralidade no atendimento ao paciente.

Na Política Nacional de Humanização, “o acolhimento é considerado a recepção do usuário, desde sua entrada de forma a se responsabilizar integralmente por ele, ouvindo seu problema, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, com realização de ações resolutivas e articulação com outros setores de saúde.” (BRASIL, 2004b, p.41). Segundo o Ministério da Saúde em 2004 e 2006, o acolhimento possibilita a criação de vínculo e confiança dos usuários com a equipe e deve operar transversalmente em toda a rede do SUS para ofertar atendimento de qualidade em todos os níveis de atenção. O acolhimento permite a classificação dos pacientes que chegam a unidade conforme o risco, com consequente organização da demanda espontânea e programada, sendo o atendimento priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente e não com a ordem de chegada (BRASIL, 2004 e BRASIL, 2006).

Apesar da triagem com classificação de risco ser mais utilizada nos pronto-socorros, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é a forma de reorganização da APS incorporando como princípios as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos e superar as desigualdades, também apresenta a necessidade de organização do seu acolhimento com devida classificação (SILVA *et al.*, 2010; SANTANA, 2011).

Com o objetivo de melhorar esses aspectos tem se implantado em algumas unidades de saúde pelo Brasil o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), que tem como propósito reconhecer os problemas de saúde da população de forma a organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato com a equipe de saúde, necessitando da participação multiprofissional e visando um maior vínculo e confiança dos usuários com a equipe e os serviços de saúde.

Diversos estudos avaliados evidenciam a importância do ACR, sendo possível observar que além de fortalecer os princípios do SUS como a equidade e resolutividade, há a necessidade de complementariedade com uma equipe multiprofissional, que consiga estratificar estes pacientes e referenciá-los a unidades de atendimento mais adequada caso necessário e com o fato de ainda conseguir descentralizar o ESF da figura do médico, possibilitando maior autonomia a equipe de multiprofissional.

O acolhimento não é caracterizado por um local específico, não necessitando de horário e um profissional determinado, porém este deve ser considerado como uma postura ética, onde se implica com a divisão de saberes, problemas e demandas, tomando para si a responsabilidade de abrigar e acolher o usuário em suas queixas, com responsabilidade e resolutividade de acordo com a individualidade do outro (BRASIL, 2009 apud FERREIRA, 2009).

A classificação de risco de Manchester foi criado em novembro de 1994 com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros para a padronização da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Seu objetivo é identificar a prioridade clínica e não o diagnóstico, facilitando a gestão da clínica de cada paciente e a gestão do serviço como um todo. O método consiste em identificar a queixa principal do paciente, definir a condição apresentada através de um fluxograma de apresentação e procurar sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica.

No município de São Sebastião (Alagoas), situado a aproximadamente 100 km da capital Maceió, apresenta de forma predominante um sistema de saúde fragmentado, que apesar da implantação de demanda programada, visa o atendimento com enfoque curativista, com o costume de se privilegiar ações para

monitoramento de doenças, medidas relacionadas ao agravamento da saúde e que tentem curar enfermidades, sem dar a devida atenção às ações prévias.

No diagnóstico situacional, foi possível avaliar algumas dificuldades que envolvem a melhoria do atendimento na atenção básica, como;

- Falta de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) nas ESFs;
- Falta de medicamentos básicos, receituários e encaminhamentos;
- Falta de NASF com mais profissionais;
- Evasão escolar/Alto índice analfabetismo;
- Elevado número de desempregados.

A escolha do acolhimento foi por acreditar que acolhimento sistematizado através de uma classificação de risco possibilitará um maior impacto no trabalho em equipe e na organização do serviço.

2. JUSTIFICATIVA

O acolhimento tem ganhado destaque nos últimos anos pela importância na reorganização da atenção primária à saúde, ao se observar o modelo biomédico ainda como predominante no sistema de saúde, sem a possibilidade ver o paciente de forma integral e não sendo possível alcançar a resolutividade adequada das condições de saúde da população como determinado inicialmente pelas diretrizes do SUS.

Com a desorganização na marcação de consultas, muitas vezes sendo privilegiado a entrega de fichas ao abrir a unidade, não se considerando o agendamento por parte dos agentes comunitários de saúde; a falta de critério na organização das filas no atendimento médico, com pacientes idosos e de urgência se encontrarem no fim da fila e o excessivo número de pacientes no interior da unidade, muitos com queixas inespecíficas que teriam condições plenas de reagendar seu atendimento para outra data de consulta.

O acolhimento vem, portanto, para transformar a demanda espontânea em programada, de forma a acolher com qualidade e com direcionamento do cuidado para o usuário, ao invés da doença, de forma integral as suas condições de saúde, através de ações de uma equipe multidisciplinar e com intuito de tirar o foco apenas do médico. Essa mudança por atuar na modificação de valores e culturas, não deve ser fácil durante sua implantação, mas objetiva um maior grau de responsabilização de toda unidade para com o paciente.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Implantar o projeto de intervenção para o acolhimento com classificação de risco através do Protocolo de Manchester na Unidade de Saúde Cana Brava no Município de São Sebastião em Alagoas

3.2 Específicos

- Compreender e descrever o acolhimento na reorganização do processo do trabalho em saúde;
- Relatar a experiência vivenciada pelo autor com a receptividade do projeto com a ESF Cana Brava;
- Identificar os nós críticos da UBS pelos profissionais de saúde para a implantação do ACR;
- Propor alternativas para a implantação do ACR na ESF Cana Brava

4. MÉTODOS

O presente trabalho apresentou-se pela elaboração de um projeto de intervenção que aborda a implantação do acolhimento com classificação de risco através do Protocolo de Manchester na Unidade de Saúde Cana Brava localizado na área rural do município de São Sebastião, há aproximadamente 15 km do centro da cidade.

Para a elaboração do referencial teórico foi utilizado livros, artigos científicos e diretrizes publicadas na internet, através do acesso de banco de dados bibliográficos como MEDLINE e o LILACS na BIREME; do SciELO ou da biblioteca virtual do NESCON: Trabalhos de Conclusão de Curso ou Materiais do Curso de Especialização em Atenção Básica.

A Classificação de Risco é baseada no Protocolo de Manchester, com diferenciação dos pacientes por cores de acordo com a gravidade da sua situação clínica: Preto (pacientes que necessitam de atendimento de emergência e devem receber atendimento imediato em Emergência Hospitalar), Vermelho (apresentam riscos de agravo à saúde e que necessitam de consulta médica prioritária), Amarelo (alterações nos sinais vitais, mas sem riscos de agravo à saúde, devem receber consulta médica sem prioridade, sendo atendidos após o término dos pacientes agendados), Verde (queixas recentes ou agudas que não ultrapassem 15 dias e sem risco de agravo à saúde, devem ser avaliados pela enfermeira ou encaminhados para agendamento conforme definição da enfermagem) e Azul (realizado agendamento, sem necessidade de avaliação pela enfermagem).

Quanto ao plano de ação, em Julho/2013 foi realizado uma oficina com a ESF, através de uma exposição dialogada sobre o acolhimento, objetivos, protocolo e classificação de riscos, expondo as vantagens e responsabilidade específica de cada profissional na unidade de saúde. Em Setembro/2013 foi programada e realizada uma reunião com os gestores para a consolidação do protocolo de acolhimento e receber o aval para sua implantação. A partir de dezembro/2013 foi iniciado na UBS Cana Brava o protocolo de Manchester e tem sido bem recebida pela equipe de saúde e população adscrita.

5. REFERÊNCIAL TEÓRICO

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente se constitui em uma estratégia de mudança e reorganização do modelo assistencial no Brasil, visando propiciar alavancar o Sistema Único de Saúde (SUS) que, apesar dos avanços jurídico-políticos, não foi capaz de reverter o quadro sócio-sanitário nacional, regional ou local, permanecendo como hegemônico o modelo assistencial individual, curativo, cujo centro é o hospital (BRASIL, 2004).

No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa (1988), o termo acolhimento é definido como ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, atenção consideração, consideração refúgio, abrigo, abrigo agasalho. E acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: receber atender; atender dar crédito a; dar crédito dar ouvidos a; dar ouvidos admitir, aceitar; aceitar tomar em consideração; tomar em consideração.

O acolhimento é determinado pela concepção de ser humano e de saúde/doença em que o trabalho se baseia. Conclui que o porquê acolher desvenda o modo como se efetiva a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e como os trabalhadores envolvidos “se posicionam frente ao lema ‘Saúde como direito de todos e de cidadania’, através dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e acesso” (MATUMOTO, 1988).

O acolhimento é uma maneira diferenciada de operacionalizar os processos de trabalho em saúde, na perspectiva de promover o atendimento de todos os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvindo-lhes a demanda, assumindo uma postura resolutiva perante esta, que não se resume a um espaço ou um local, mas a uma postura ética. Desse modo, difere de triagem, uma vez que se apresenta como ação que deve ocorrer em todos os momentos no serviço de saúde (BRASIL, 2006).

O acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais (SOLLA, 2005).

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. 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, sequelas e internações (BRASIL, 2004).

Na avaliação da rotina de atendimentos no município de São Sebastião/Alagoas e reuniões com a equipe de saúde na qual trabalho, foi possível observar inúmeros nós críticos que necessitam ser enumerados e discutidos em prol de uma melhor qualidade de atendimento a população. Foi possível avaliar o elevado número de atendimentos diários, muitos desses que são alocados como demanda espontânea com clínicas definidas como falsas urgências; como consequência há o aumento do tempo de espera, nos quais os pacientes previamente agendados do programa HIPERDIA, puericultura ou idosos em acompanhamento esperam horas pelo seu atendimento; observa-se também uma falta de organização na fila de espera sem níveis de prioridades a determinados grupos e por fim avaliamos as dificuldades em determinados prazos para retorno de casos graves atendidos. A partir da avaliação dos nós críticos foi avaliado nas reuniões com a equipe, planos operativos que possibilitem a resolução dessas dificuldades.

5.1 Implantação do Protocolo de Manchester

O acolhimento com classificação de risco (ACR) com o Protocolo de Manchester não é um instrumento de diagnóstico da doença. Ela tem o objetivo de hierarquizar a gravidade do quadro clínico do paciente, de forma a determinar prioridade de atendimento. Dessa forma ela não pressupõe exclusão, mas sim uma estratificação.

Permite através do ACR a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta

qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Segue-se a seguinte ordem:

A - Usuário procura o serviço de urgência;

B - É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e encaminhado para confecção da ficha de atendimento;

C - Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário;

D – Encaminhamento dependendo da estratificação realizada pelo Protocolo de Manchester para consulta médica, consulta de enfermagem ou orientação com retorno em consulta agendada.

Os critérios de classificação a serem avaliados, são:

- Apresentação usual da doença; Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- Situação – queixa principal;
- Pontos importantes na avaliação inicial (sinais vitais – Saturação de O₂ – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação);
- Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação. Quanto a avaliação do paciente através dos dados coletados em ficha de atendimento, avalia-se queixa principal, Início – evolução – tempo de doença, estado físico do paciente, escala de dor e de Glasgow, classificação de gravidade, Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios, Dados vitais (pressão arterial, temperatura, saturação de O₂).

Diante da avaliação desses dados, o usuário é classificado conforme classificação de risco em diferentes cores, as quais definem o encaminhamento do

paciente. Determinadas doenças podem ser alocadas em cada grau de estratificação, conforme a escala de Roncato em 2012 (Tabela 1)

Tabela 1 - **Classificação de Risco por escala de cores**

Classificação de Risco por escala de cores (RONCATO <i>et al.</i>, 2012)	
Preto	<p>4 Parada cardíaca ou Respiratória</p> <p>5 Perda força, movimento ou sensibilidade em face, braços e pernas</p> <p>6 Trauma crânio-encefálico Grave (Glasgow < 12): atropelamento, traumas graves</p> <p>7 Fraturas, luxações, entorses</p> <p>8 Dor torácica de início súbito (< 1 hora) em pacientes hipertensos, diabéticos ou cardiopatas</p> <p>9 Queimaduras graves ou em crianças</p> <p>10 Inconsciência</p> <p>11 Hipotermia</p> <p>12 Insuficiência respiratória (cianose, confusão mental, dificuldade de fala)</p> <p>13 Hemorragia ativa</p> <p>14 Crise convulsiva</p> <p>15 Agitação, alucinação, delirium</p>
Vermelho	<ul style="list-style-type: none"> • Dor torácica (> 2 horas) • Pressão Arterial > 170/100 mmHg • Pressão Arterial < 80/40 mmHg • Hipertensão sintomática: PA > 150/100 mmHg com Cefaléia, náusea, vômitos, vertigem, etc • HGT > 300mg/dl ou < 50mg/dl • Crise asmática • Gestantes: dor em baixo ventre, perdas de fluídos vaginais <p>febre (tax 39oc)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de Varicela
Amarelo	<ul style="list-style-type: none"> • Diarréia aguda (mais de 5 episódios por dia) com sinais de desidratação • Dor abdominal aguda, náusea ou vômitos

	<ul style="list-style-type: none"> • Dor de cabeça ou tontura, sem alteração de sinais vitais • dor de ouvido • Olho vermelho, com irritação conjuntival • Sintomas urinários (disúria, oligo-anúria) • dor lombar com sintomas urinários ou febre • Prostração em crianças
Verde	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta e Tax <38,5oC • Dor crônica com piora recente • Atraso menstrual (mais de 30 dias) • Constipação intestinal • Assaduras em bebês • Suspeita de pediculose e escabiose • Inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais
Azul	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas ou queixas há mais de 15 dias • Renovação de receitas • Requisição e/ou retorno de exames • encaminhamento, contra-referências • cólica menstrual • Atraso menstrual (menos de 30 dias) • Atestados e laudos

A conduta a ser estabelecida dependerá de como cada paciente será classificado de acordo com o ACR: preto (devem receber atendimento imediato em Sala de Emergência Hospitalar/Serviço de Atendimento Médico de Urgência SAMU 192), Vermelho (consulta médica prioritária), Amarelo (consulta médica sem prioridade, sendo atendidos após o término dos pacientes agendados), Verde (devem ser avaliados pela enfermeira ou encaminhados para agendamento conforme definição da enfermagem) e Azul (agendamento).

5.2 Reorganização do processo de trabalho

Avalia-se atualmente uma necessidade de reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde da família com o objetivo de diminuir as filas no atendimento da atenção básica. O que podemos hoje avaliar é que o enfermeiro desenvolve prioritariamente atividades administrativas e educativas coletivas. Os momentos de encontro individual com os pacientes em algumas unidades de saúde são escassos e visam desenvolver atividades de prevenção e promoção, em detrimento de ações clínicas, justificada pela dificuldade em garantir à população seu direito à assistência, muitas vezes essa direcionada de forma restrita ao atendimento médico.

O potencial da enfermeira não é plenamente utilizado nos serviços de saúde e ela vem executando ações do auxiliar de enfermagem. Apesar da dedicação exclusiva ao PSF, a enfermeira não se constitui enquanto referência para as auxiliares. O profissional solicitado é o médico e não a enfermeira, mesmo para casos de sua competência. Assim, se esses atendimentos fossem realizados pela enfermeira, já seria um auxílio para diminuir a fila que é um fator de desumanização na relação com os usuários. Portanto, a demanda única para o médico, de atendimentos clínicos, contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe, caracterizando o modelo biomédico hegemônico (RONCATO *et al.*, 2012).

Dessa forma, a assistência tradicionalmente centrada na figura do médico tende a ser transformada em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, sendo que a contribuição de cada membro da equipe passou a ser fundamental para o sucesso do processo. O enfermeiro, assim, assume o papel de sujeito do processo, passando a conduzi-lo autonomamente, não mais ficando à margem dos acontecimentos (SOUZA, 2008).

A realidade da população adscrita é o atendimento centrado no médico e a manutenção das filas em horários desumanos para a garantia de acesso. Isso possibilita afirmar que não basta aumentar o número de equipes de Saúde da Família sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho.

O ACR é parte fundamental na reorganização da demanda espontânea. Os resultados na prática do processo de acolhimento com classificação de risco são

inúmeros, destacando-se a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade/gravidade de cada caso, não mais deixando pessoas que necessitam de atendimento rápido aguardando nas filas; a diminuição do tempo de espera pelo atendimento do paciente em situação de real urgência/emergência; a diminuição de ocorrências indesejadas nas filas de espera; a melhoria no prognóstico dos pacientes associada à intervenção mais rápida e oportuna conforme a necessidade.

A avaliação dos resultados ACR ocorrerá 03 meses, após sua implantação usando como critérios a dinâmica do processo de trabalho e o nível de satisfação do usuário e se necessário ocorrerá implementações.

6. CONCLUSÃO

O acolhimento consiste em uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde, assim como também compreende uma postura do profissional de saúde frente aos usuários. O ACR foi bem recepcionado pelos funcionários e principalmente pela população, que observou melhorias gradativas na qualidade do atendimento ofertado. Os funcionários sugeriam ideias periodicamente para sua implantação na unidade, o que possibilitou uma boa aceitação do acolhimento por toda comunidade. Conclui-se que é imprescindível a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família, pois além de passar segurança para toda equipe, também cumpre com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, principalmente mantendo a equidade e priorizando os pacientes que necessitam de atendimento imediato, diminuindo o tempo para o atendimento, evitando avaliação de falsas urgências, com agendamentos das mesma e com uma reorganização do agendamento e da fila de espera.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília, 2004.

- BRASIL.Ministério da Saúde. **Textos básicos de saúde: acolhimento com avaliação e classificação de risco.** Brasília: editora Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

- BRASIL.Ministério da Saúde. **Textos básicos de saúde: acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília: editora Ministério da Saúde, 2006. 44 p.

- ESTRADA EG. **Sistema de Triagem.** In: Interamericana- Clínica de Enfermagem da América do Norte. Rio de Janeiro, 1981

- FERREIRA, GM. **Acolhimento: um processo em construção. Universidade Federal de Minas Gerais.** Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2009. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

- MATUMOTO, 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; 1998.

- SANTANA ML. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Florianópolis, 2011 Abr-Jun;6(19):133-41.

- SILVA, ACAA; VILLAR, MAM; CARDOSO, MHCA; WUILLLAUME, SM. A Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de duque de Caxias Estratégia. Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde Sociedade,** São Paulo. 2010;19(1):159-169.14.Ministério da Saúde – sec

- SILVA, FT. **A prática do acolhimento na organização do processo de trabalho.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Bocaiuva, 2010. 24f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família)

- SOLLA, JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v.5, n.4, p.493-503, out./dez 2005.

- SOUZA, RS; BASTOS, MAR. **Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro.** Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/304>