

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ACOLHIMENTO: UMA PRÁTICA PARA REORGANIZAÇÃO,
QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE.**

Renata Di Pietro Carvalho

Corinto/ Minas Gerais
2013

Renata Di Pietro Carvalho

**ACOLHIMENTO: UMA PRÁTICA PARA REORGANIZAÇÃO,
QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Corinto/Minas Gerais
2013

Renata Di Pietro Carvalho

**ACOLHIMENTO: UMA PRÁTICA PARA REORGANIZAÇÃO,
QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para obtenção de
Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Cançado
Monteiro Savassi

Banca Examinadora

Prof. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Prof. Andréa Fonseca e Silva

Aprovada em Belo Horizonte, em 06/07/2013.

RESUMO

A Atenção Básica a saúde é a porta de entrada da população no Sistema Único de Saúde, e é a partir dela que o fluxo por todos os setores da saúde deve ser organizado, o que facilita o trânsito dentro da rede assistencial. O acolhimento surge como um dispositivo para organização desse fluxo e da demanda espontânea das Unidades. O objetivo desse trabalho é estudar a prática do acolhimento e a sua importância no cotidiano das equipes saúde da família. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa abordando o tema acolhimento através da pesquisa e análise das produções encontradas na base de dados da Biblioteca Virtual do Programa Ágora e na base de dados da Biblioteca Virtual Científica Eletrônica (SciELO), publicados entre os anos 2009 e 2011. O acolhimento com classificação de risco representa um importante dispositivo para organização do fluxo e da demanda das Unidades, mas vem ocorrendo de forma precipitada e automatizada. Sendo assim, é necessário rever o acolhimento como estratégia de organização e humanização da assistência para associar essa prática ao Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades Básicas de Saúde.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Primária a Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Primary health care is the people's gateway to the Unified Health System, being from it that the flow through all health care sectors should be organized, which facilitates the transit within the healthcare network. "Acolhimento" (User embracement) appears as a device for organizing this flow and the Units same-day appointments. The aim of this work is to study the practice of User Embracement and its importance in routine of family health teams. This is a narrative review of the literature addressing the topic User Embracement through research and analysis of the productions found in the Virtual Library of the Agora educational program and Scientific Eletronic Library Online (SciELO) database, published between the years 2009 and 2011. User Embracement with risk assessment is an important device for organizing flow and same-day appointments of the Units, but it is happening rashly and automated. Therefore, it is necessary to revise User Embracement as an strategy to the organization and quality of care to associate this practice with the User Embracement with Risk Assessment in Primary Care Unities.

Keywords: Care; Primary Care; Family Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	METODOLOGIA	11
3	DESENVOLVIMENTO	12
4	CONCLUSÃO	18
5	REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio da Portaria 2488/2011 foi apontada como a responsável pela reorganização da Atenção Básica a saúde que, desde 1994 com criação do Programa Saúde da família, alcançou grandes avanços. Entretanto observava-se que muitos problemas ainda continuavam presentes como a falta de acesso a toda população, o modelo biomédico centrado no processo da saúde-doença e a baixa resolutividade (BRASIL, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família constitui-se em um processo, e como tal, não está concluído, desenvolvendo-se a partir da racionalização e flexibilização do processo de trabalho e/ou da inserção da humanização do cuidado, buscando garantir maior acesso, resolubilidade, participação social e qualidade da assistência. Através dela se propõe reorientar o modelo assistencial de saúde, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, tendo o indivíduo e a família como foco. Incorpora a promoção da saúde num trabalho comunitário dentro de uma lógica de responsabilização de todos os sujeitos envolvidos, profissionais de saúde, usuários e comunidade que possam contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para qualidade de vida destas comunidades atendidas (RAMOS, 2010; CORDEIRO, 2010).

Existe um espaço aberto de possibilidades na construção do sistema de saúde, sendo essencial que os atores sociais que compõe as equipes de saúde da família e demais envolvidos sintam-se no direito de desejar à mudança e que visualizem a concretude dessa proposta, desenvolvendo estratégias para melhoria da assistência a saúde. O usuário deve ser sujeito da situação, na qual a responsabilização e coresponsabilização devem estar presentes para que se tenha resolutividade. O campo da saúde é um território de práticas em permanente construção, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres (FILHO *et al.* 2010).

A Atenção Básica a Saúde é a porta de entrada da população no Sistema Único de Saúde, e é a partir dela que o fluxo por todos os setores da saúde deve ser organizado, o que facilita o trânsito dentro da rede assistencial. Por isso, nesse primeiro contato, a população deve ser atendida de forma humanizada e se necessário encaminhada a outros serviços assistenciais referenciados.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de mudanças na organização dos serviços de saúde, tanto no modo de atender a população quanto no de trabalhar em equipe para garantir a satisfação mutua de usuários e profissionais de saúde. Essa mudança deve ser percebida em todos os momentos do atendimento, inclusive na chegada do paciente, reavaliando a forma de

abordá-lo em suas reais necessidades, sem, no entanto sobrecarregar o serviço e os funcionários. O acolhimento surge como alternativa de melhora dessa recepção e possibilita ainda a criação de vínculo.

O acolhimento deve ser visto como um dispositivo para atender as exigências de acesso e garantir o atendimento qualificado. Auxilia na construção do vínculo entre profissionais e a população, propicia melhoria contínua no processo de trabalho e desencadeia o cuidado integral e modifica a clínica. O acolhimento será cada vez mais efetivo se houver capacitação dos profissionais para recepcionar, escutar, atender, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar visando o bem estar do paciente e satisfação dos profissionais de saúde (LITWINSKI, 2011).

A criação de vínculo é fundamental para promover uma relação de confiança entre trabalhadores e usuários que leve este a aderir às ações de saúde propostas, e envolver no próprio cuidado. Isso ocorre a partir do primeiro momento de encontro por meio da aproximação entre usuários e trabalhador de saúde, fazendo-se necessária afetividade, ajuda e respeito para que o serviço em saúde amplie a eficácia das ações (CORDEIRO, 2010).

No entanto o acolhimento absorve muito tempo do trabalho dos profissionais, limitando sua disponibilidade para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde. Ainda que se tente conciliar o acolhimento efetivo e as demais atividades, essas ocorrem de forma incipiente e assistemática. A sobrecarga dos profissionais dificulta o desenvolvimento de um acolher de qualidade além de prejudicar as demais ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, um dos grandes responsáveis por isso é o aumento da demanda das unidades de saúde (LITWINSKI, 2011).

Ainda percebe-se a dificuldade dos profissionais de saúde em adaptar-se e compreender o acolhimento como prática inerente aos serviços de saúde, o que causa um desgaste deles, uma vez que não foram capacitados para lidar com essa prática. O que se observa é a desmotivação na realização do acolhimento, impedindo que essa seja uma atividade prazerosa para o profissional de saúde. O excesso de trabalho, e principalmente a dificuldade em conviver e buscar a solução de problemas que vêm à tona com o acolhimento - de ordem social e econômica como miséria, pobreza, fome, abandono, violência etc. - tem provocado uma sensação de impotência dos profissionais, em especial naqueles que durante sua formação profissional não foram preparados para lidar com esses aspectos do processo saúde-doença (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

Com o intuito de respaldar os profissionais que realizam o acolhimento e como forma de acelerar todo esse processo de acolher surgiu à proposta de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), inicialmente nas unidades hospitalares e de pronto atendimento, mas no estado de Minas Gerais vem ocorrendo nas unidades básica de saúde, sendo o município de Pirapora/MG um dos pioneiros nessa prática.

A proposta de classificação de risco é que cada usuário, ao entrar nas unidades de saúde, seja acolhido por equipe treinada, composta de enfermeiro e/ou médico, que fará uma breve avaliação e irá classificá-lo utilizando um protocolo para definição da priorização de atendimento. O objetivo do ACCR, dentre outros, é diminuir o tumulto nas portas de entrada dos serviços de saúde, além de respaldar os profissionais, principalmente os enfermeiros, no desenvolvimento dessa prática (FERREIRA, 2009a).

Os protocolos de classificação de risco objetivam, em primeiro lugar, não protelar o atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do paciente. Entretanto, não se trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem avaliação médica, a classificação de risco é realizada por enfermeiro e se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial agravamento do caso. (BRASIL, 2009).

Esses protocolos contribuem para sistematizar a avaliação. Trata-se de uma ferramenta importante e necessária, porém não suficiente, uma vez que não abrange os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais. O entendimento desses aspectos é essencial para uma avaliação fidedigna do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa. Portanto é necessária a criação de um protocolo de classificação de risco baseado naqueles existentes na bibliografia, porém adaptado às características de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde. Surge como um facilitador da interação entre equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores de saúde. A fim de criar redes locais de atendimento com uma linguagem padronizada, os serviços de uma mesma região devem adotar critérios de classificação semelhantes. (BRASIL, 2009).

O Sistema de Triagem Manchester é um dos protocolos existentes para classificação de risco. Requer que, no acolhimento, o profissional selecione uma das condições apresentadas pelo cliente que mais o incomode e procure um conjunto de sinais e sintomas associados. Estes sinais e sintomas representam o discernimento entre as prioridades clínicas e, são chamados “discriminadores” e apresentados em forma de fluxograma. Os discriminadores que indicam prioridade mais alta são procurados primariamente. Eles têm o objetivo de

desenvolver o acolhimento de prioridades, identificando os critérios de gravidade de forma sistematizada e objetiva. Indicam a prioridade clínica em que o paciente deve ser atendido sem determinar diagnóstico (MOREIRA, 2010).

Acolhimento com classificação de risco (ACCR) propicia a organização do trabalho na porta de entrada da unidade, direciona o fluxo e altera o processo de trabalho, envolvendo os profissionais de saúde da unidade para o desenvolvimento de ações mais articuladas e um trabalho multiprofissional. Identifica os casos de maior risco e vulnerabilidade para que seja garantida a resposta à necessidade de saúde do usuário e quando necessário o encaminhamento responsável para outros serviços da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (FIGUEIREDO, 2010).

Mas é preciso que se tome cuidado para que o Acolhimento com Classificação de Risco, através de sistema informatizado ou o realizado em cadernos de registro manual, não volte a ser triagem, em que o paciente não é ouvido de fato, mas apenas mais um usuário procurando atendimento. A tão discutida e almejada humanização do atendimento, que é uma das principais finalidades do acolhimento, é posta de lado. Torna-se necessário uma constante vigilância e monitoramento para que essa nova rotina não se transforme na velha e fracassada rotina de triagem (FERREIRA, 2009a).

A cidade de Pirapora/MG iniciou o Acolhimento com Classificação de Risco (Alert/Manchester) de forma pioneira nas Unidades de Atenção Primária da Saúde (UAPS) há três anos seguindo uma tendência do Governo do Estado. Em dois anos de atuação no município como enfermeira de uma UAPS reconheço que o ACCR representa um importante dispositivo para organização do fluxo e da demanda das Unidades, mas esse vem ocorrendo de forma automatizada deixando de lado o atendimento humanizado e dificultando a realização das demais atividades. Mesmo com sua implantação, ainda ocorre a delimitação de número de consultas médicas disponibilizadas e nem todos os pacientes classificados são atendidos.

Além disso, há uma sobrecarga do profissional enfermeiro, pois esse se encontra dividido entre realizar o ACCR e as demais atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, alicerces da política da Atenção Básica. Com isso, esse profissional depara-se com necessidade de acolher o maior número possível de usuários em um pequeno espaço de tempo o que dificulta o desenvolvimento de uma escuta qualificada e um atendimento humanizado que propicie o vínculo.

Sendo assim, é necessário rever o acolhimento como estratégia de organização e humanização da assistência para associar a essa prática o Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades Básicas de Saúde.

Diante do exposto o objetivo desse trabalho é realizar o estudo da prática do acolhimento abordando o que este representa no processo de trabalho e sua importância no cotidiano das equipes saúde da família.

2 METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido a partir de uma revisão bibliográfica narrativa abordando o tema acolhimento através da pesquisa e análise das produções encontradas na Biblioteca Virtual do Programa Ágora e na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) com os descritores “acolhimento”, “Atenção Primária a Saúde”, “Saúde da Família”.

Os trabalhos de revisão narrativa são estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do estado-da arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada. (NORONHA, 2000)

Foram considerados critérios de inclusão: recorte temporal de trabalhos publicados no período de 2008 a 2013, artigos científicos publicados no idioma português. Após levantamento do material, foram feitas a leitura do título e resumo encontrados, seleção dos artigos que abordam o tema e leitura minuciosa dos mesmos e a seleção artigos científicos que contribuíam para a pesquisa. Foram excluídos os artigos que não apresentavam relevância e/ou não se relacionavam ao objetivo deste estudo.

Foram encontrados vinte documentos sobre o tema, dentre artigos e trabalhos de conclusão de curso, dos quais foram selecionados quatorze. Essa seleção ocorreu a partir da leitura de todos os periódicos.

3 DESENVOLVIMENTO

O Programa Saúde da Família surgiu como instrumento ordenador da Atenção Básica, pela constituição de equipes multiprofissionais responsáveis pela saúde da população. O objetivo é realizar de forma integral e contínua, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, apresenta a família como foco da atenção em saúde, considerando seu ambiente físico e social, permite uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença do que ocorreria a partir das intervenções pontuais (RAMOS, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família pressupõe ações de saúde humanizadas tecnicamente competentes e intersetorialmente articuladas, sendo imprescindível “acolher” para que os serviços de saúde efetivamente tornem-se um local capaz de instaurar um modelo de saúde de “porta aberta” consoante com as diretrizes do SUS. O acolhimento como diretriz operacional busca atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre população e equipe, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica (OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA, 2010a).

O Acolhimento é uma estratégia para reorganização dos serviços de saúde, que deve ser realizado por todos os membros da equipe, ouvindo os usuários e oferecendo respostas as suas necessidades. Permite avaliar e encaminhar as necessidades imediatas da população atendida, preservando a equidade do atendimento e organização da demanda na assistência aos usuários. É uma estratégia para ampliação dos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade a partir de uma escuta qualificada (RAMOS, 2010).

Os serviços prestados são organizados de forma a reconhecer as necessidades de saúde da população e tornar possível uma maior aproximação dos que buscam atendimento com os que ali estão para recebê-lo. Concretiza-se no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade da pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Sabe-se que o atendimento se torna mais eficaz quando a pessoa é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde. Em contra partida, também faz se necessário à humanização das condições de trabalho destes profissionais, que, mais respeitados pela instituição, prestam atendimento mais eficiente (HAMMAD,2010).

Segundo Machado (2010):

O acolhimento permite a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional, o usuário e sua rede social na construção do vínculo e

responsabilização pelo o cuidado, como processo de saúde que contrapõe ao conceito de acolhimento como ação pontual e isolada. O acolhimento dispara reflexões no modo do processo de trabalho que permite sua avaliação através dos modelos de atenção praticados (MACHADO, 2010, p.09).

Assim sendo, essa prática não pode ser confundida com a triagem. O acolhimento deve acontecer não apenas na porta de entrada da UBS, distinguindo casos de urgência/emergência dos demais casos priorizando atendimento segundo a quantidade de vagas de consulta médica disponíveis, como acontece na triagem. Deve-se apoiar em uma escuta inteligente dos usuários, com garantia do cuidado, independente qual seja sua queixa ou dificuldade. O profissional deve estar atento ao grau de sofrimento do usuário, não apenas o sofrimento físico, mas também psíquico (FERREIRA, 2009a).

O acolhimento propõe organizar a demanda de atendimento do sistema de saúde. Mas não pode se restringir apenas a isso, funcionando como “uma saída” para organizar a demanda espontânea, que continuará acontecendo. O acolhimento tem como objetivo fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução para situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento. É reconhecer a demanda como legítima, da forma como ela se apresenta, e da uma resposta, seja ela qual for. (SILVA, 2010).

Segundo Ferreira (2009),

[...] no acolhimento, o foco do trabalho não é mais a doença, mas o paciente, prestando uma assistência integral. Desloca-se o eixo de atenção às doenças ou partes do indivíduo para o desafio de entender o indivíduo em sua totalidade, englobando todas as suas necessidades, valorizando todas as suas queixas e fatos. O acolhimento supera o modelo biológico-hegemônico em direção a uma centralidade do usuário, que é sujeito e fim do processo assistencial da Estratégia da Saúde da Família, e sujeito ativo em processo de saúde (FERREIRA, 2009, p.21).

Acolher, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, entre os próprios trabalhadores de saúde, e trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto eminente de acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Vai além de somente prestar assistência à saúde, pois reconhece o usuário como um todo, prestando uma assistência humanitária, ouvindo suas queixas e sendo solidário. Assim, o acolhimento é uma estratégia na qual, pela atenção recebida, o usuário reduz sua busca por assistência e consequentemente diminui a demanda, o que possibilita o atendimento a todos. Finalmente, a

confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade (SILVA, 2010a).

Nos últimos anos, grande parte das unidades de saúde introduziu a prática do acolhimento. Apesar dos avanços alcançados na reorganização de assistência e na recepção dos clientes, ainda observa-se uma dificuldade em atender a todos, de forma humanizada e eficaz. Ainda encontramos profissionais de saúde que não reconhecem a importância do acolhimento. Os profissionais médicos na sua maioria ficam à parte desse processo mesmo sendo preconizada a participação de todos os membros da equipe de saúde na prática do acolhimento. A colaboração médica fica restrita à retaguarda, ao atendimento dos clientes encaminhados. Mesmo que esse profissional não participe de forma direta no processo de acolher, seria importante uma interação maior com os demais membros da equipe (ALMEIDA, 2010).

O processo de trabalho ainda está centrado no saber do médico, fazendo que os outros profissionais sejam subestimados na organização da atenção a saúde. Os atendimentos ainda são realizados com base na queixa/condução. As ações de encaminhamento não utilizam as demais intervenções oferecidas pela equipe da Estratégia da Saúde da Família, como grupos operativos, entre outros, se pautam apenas nas consultas médicas. (FERREIRA, 2009).

Souza (2010) relata que com o aumento da demanda é necessária a ampliação da oferta de serviços das unidades de saúde, os quais continuam centralizados na consulta médica apesar das mudanças advindas da implantação do acolhimento. Além disso, outros pontos que dificultam a concretização desta prática são: a demanda aumentada nas unidades de saúde, a pouca qualificação e grande rotatividade dos profissionais de saúde nos serviços.

Observa-se também a falta de capacidade dos próprios serviços de saúde em organizar-se para atender ao número crescente de usuários. O que se percebe é uma falta de interação, cumplicidade e coresponsabilização entre os diferentes níveis de atenção a saúde que compõem o Sistema Único de Saúde, em que as instituições hospitalares e de Pronto Atendimento responsabilizam as UBS pela grande demanda alegando falta de resolutividade dessas, e esses não conseguem desenvolver um trabalho interligado de referências e contra referência o que dificulta a continuidade do cuidado.

O Acolhimento com Classificação de Risco que vem ocorrendo nas UAPS do município de Pirapora pressupõe a determinação de agilidade no atendimento com a análise e a avaliação de necessidades do usuário a partir de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, em função de seu risco/vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento pela ordem de chegada. Exerce-se a análise e ordenação da

necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (FIGUEIREDO, 2010).

Realmente, a maioria das UBS que trabalham com o ACCR consegue agilidade na seleção dos pacientes para o atendimento médico de acordo com a prioridade de atendimento. Infelizmente, grande parte dos usuários sai insatisfeita e sem atendimento, devido ao número limitado de consultas médicas disponibilizadas, e os clientes que são agendados para o dia seguinte, já que de acordo com o protocolo não são considerados de risco. Estes retornam às suas casas e muitos não comparecem no dia seguinte, o que denota a fragmentação do atendimento.

Sendo assim, nem todos os pacientes classificados serão atendidos, conforme preconizam os protocolos. Além disso, muitos clientes classificados como urgentes acabam por ter que procurar o hospital, pois, não podem aguardar por atendimento.

Assim sendo, o profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida (FIGUEIREDO, 2010, p.22).

Como alerta Ferreira (2009a), que se observa é a retomada da velha prática da triagem, que prioriza apenas a queixa principal do paciente para a escolha de um fluxograma, e a partir desse selecionam-se os sintomas apresentados pelo cliente e determina-se a cor para prioridade do atendimento. Percebe-se é a utilização de tecnologias de ponta que tornam o atendimento mais rápido e dinâmico distanciando-se cada vez mais de um atendimento humanizado e com a criação de vínculo.

A implantação do ACCR nas UBS vem ocorrendo de forma prematura e desorganizada. Na teoria, trata-se de uma tecnologia que se apresenta como uma alternativa potente para reorganização dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, com potencial de aumentar a eficácia clínica e disparar outras mudanças como constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada de clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde (FIGUEIREDO, 2010).

Entretanto, essa prática vem se mostrando o oposto disso, uma vez que a sobrecarga de trabalho dos profissionais com sua implantação sem uma previa organização das unidades de

saúde e com baixo apoio institucional tem ocasionado a frustração desses profissionais e o distanciamento cada vez maior da proposta original da atenção primária, com uma regressão dos avanços previamente alcançados. Essa tecnologia vem sendo usada apenas como dispositivo para uma suposta solução das enormes filas que se formavam nas portas de entrada das unidades.

O resultado disto são usuários insatisfeitos e profissionais escondidos atrás de computadores supermodernos que possibilitam a classificação cada vez mais rápida, com ausência da escuta qualificada e a fragmentação do atendimento, sendo o cliente não mais visto como um todo, mas levando-se em consideração apenas a queixa principal, distanciando-se da política de humanização e da visão holística do paciente.

Com essa implantação desorganizada, tem-se a negligência das demais atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Veem-se enfermeiros desmotivados uma vez que todo esse processo recai sobre “seus ombros”, não havendo disponibilidade para desenvolver as demais atividades como grupos operativos, visitas domiciliares entre outros.

Essa prática será realmente eficaz a partir do momento em que o serviço de saúde entender e adotar o acolhimento como um dispositivo potente para atender as exigências de acesso, propiciar vínculo entre população e equipe, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar clínica. (SILVA, 2010a).

A classificação de risco é atividade relativamente nova na atuação do enfermeiro no Brasil, e com isso é imperativo que as Universidades invistam na formação de profissionais capacitados que atenda às necessidades do mercado nessa área. Para o enfermeiro que atua na classificação de risco, é imprescindível a habilidade da escuta qualificada, do detalhado da queixa principal, de trabalhar em equipe, do raciocínio clínico e agilidade mental para as tomadas de decisões (SOUZA *et al.* 2011).

A utilização de protocolos para embasar a classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação segura dos enfermeiros. No entanto, não se pode perder de vista que se trata de processo de acolher e classificar. A escuta é o princípio e requisito para começar uma relação acolhedora com o usuário, pois, só assim, se pode garantir um processo de classificação de risco humanizado e com maior acesso da população aos serviços de saúde, atingindo o objetivo central que é assistência qualificada ao usuário do SUS (SOUZA *et al.* 2011).

Assim percebe-se uma dificuldade dos trabalhadores de saúde em conciliar a prática do acolhimento humanizado, centrado em um atendimento holístico e com foco na família e a implantação do acolhimento com classificação de risco.

Apesar dos grandes avanços alcançados pelo SUS a partir da reestruturação da Atenção Básica, ainda se observa uma série de deficiências e fragilidades nos sistemas de atenção a saúde, especialmente aqueles relacionados à implantação de políticas específicas, como o acolhimento e o Acolhimento com Classificação de Risco como modelo assistencial das Unidades de Atenção Básica a Saúde (FERREIRA, 2009).

Segundo Souza (2010) alguns aspectos são imprescindíveis para a orientação de uma nova prática sanitária que objetiva a produção social da saúde: a responsabilização dos gestores, o comprometimento dos trabalhadores, a participação popular e a capacitação de todos os envolvidos no processo.

A implantação do acolhimento apresenta-se como um fator para modificar o processo de trabalho das equipes de saúde e é um ganho para a saúde pública, principalmente, para os usuários do SUS. Entretanto, tem muito a avançar para garantir um atendimento verdadeiramente humanizado e de qualidade (LITWINSKI, 2011).

4 CONCLUSÃO

Percebe-se que a prática do acolhimento, como diretriz operacional para reorganização processo de trabalho e humanização da assistência prestada nos serviços de saúde, ainda apresenta-se em construção. Apesar de grande parte das unidades de saúde desenvolver o acolhimento, esse ainda ocorre de forma pontual, na maioria das vezes com profissional e local determinado e centrado apenas na marcação de consultas médicas assemelhando-se à prática de triagem.

O ACCR é uma alternativa para a efetivação do Acolhimento incluindo, além de um atendimento humanizado, a priorização dos atendimentos de acordo com o risco/vulnerabilidade dos pacientes. Mas há uma dificuldade na conciliação dessa nova prática com o acolhimento já realizado, uma vez que esse se realiza para acelerar o atendimento aos usuários, sem escuta qualificada, e também centrada apenas na marcação de consultas.

Dessa forma, o que vem ocorrendo com ACCR assemelha-se muito à implantação do acolhimento como ferramenta para reorganização do processo de trabalho em saúde e mudança na postura dos profissionais frente aos usuários, que ocorre de forma assistemática, sem prévia capacitação dos profissionais envolvidos, pouco ou nenhum apoio institucional e sem a participação popular, acarretando sobrecarga dos profissionais, insatisfação de profissionais de saúde e usuários e pouca resolutividade dos serviços.

Assim, para que essas práticas sejam realmente eficazes e consigam oferecer aos usuários um atendimento de qualidade, integral e humanizado será necessária uma maior integração entre gestores, serviços de saúde, profissionais e população desenvolvendo atividades de educação permanente, apoio institucional, cumplicidade entre os diferentes níveis de atenção a saúde e apoio dos próprios usuários.

O ACCR é um instrumento importantíssimo para organização das Unidades de Saúde desde que implantado de forma sistematizada com apoio institucional e equipes compostas por número de profissionais adequado e capacitados não apenas para desenvolver os protocolos, mas sim conciliar o atendimento da demanda espontânea com as demais atividades programadas. É interessante a inclusão de mais um profissional enfermeiro nas unidades já que na atual composição das unidades esses são responsáveis pelo acolhimento de classificação de risco, assistência de enfermagem e coordenação das unidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. O acolhimento no centro de saúde Granja de Freitas: uma percepção da equipe de enfermagem. **Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010, 32f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2488 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 24 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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. 56p.: il. color.- (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CORDEIRO, F. G . O acolhimento na assistência de enfermagem na estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Governador Valadares, 2010 Atenção Básica em saúde da Família.

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

FERREIRA, M. L. Acolhimento: uma revisão da literatura. **Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família)**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Virgolândia, 2009a. 48f.

FIGUEIREDO, E. N. Implantação do acolhimento e classificação de risco em unidades básicas de saúde: desafios para o profissional da enfermagem. **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. 28f.

FILHO, Á. D. D. et al. Acolhimento com classificação de risco: humanização nos serviços de emergência. Trabalho de Conclusão de Curso (2010) 1-9.

HAMMAD, V. M. A importância do acolhimento como prática no atendimento dos serviços de saúde. **Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da**

Família) Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2010. 26f..

LITWINSKI, G. I. S . O acolhimento como uma ferramenta para a melhoria da qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde. **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, 2011. 25f.

MACHADO, S . A percepção sobre o acolhimento entre cirurgiões dentistas da Estratégia de Saúde da Família da Zona Urbana de Formiga/MG. **Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família)**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2010.

MOREIRA, C. T. P. Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?. **Originalmente apresentada como dissertação de Mestrado de Informática Médica**, Universidade do Porto 2010.

NORONHA, D.P. FERREIA, S.M. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, Bernadete Santos; Cond, Beatriz Valadares; Kremer, Jeannette Marguerite (orgs.) **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: UFMG, 2000.)

OLIVEIRA, A. C. Protocolo de acolhimento em uma unidade de saúde em Mariana - Minas Gerais: uma organização ao fluxo do cuidado ao usuário. **Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2010.25f.

OLIVEIRA, G. C. V. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para o acesso, a integralização e a humanização. **Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família)** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2010a. 27f.).

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.

RAMOS, L.A . Acolhimento: uma forma de organização do trabalho em saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família)**. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Várzea da Palma, 2010. 27f.

SILVA, F. T. A prática do acolhimento na organização do processo de trabalho. **Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Bocaiuva, 2010.24f.

SILVA, R. G. Acolhimento como forma de atendimento na equipe de saúde da família. **Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2010a.17f.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan-fev 2011; 19(1): [08 telas].

SOUZA, J. H. L. A implantação do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde da família de Angicos de Minas em Brasília de Minas: um estudo de caso. **Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2010. 38f.