



ARTIGO ORIGINAL

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

*RECEPTION WITH RISK RATING IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY:  
PERCEPTION OF THE NURSING TEAM*

*ACOGIMIENTO CON CALIFICACIÓN DE RIESGO EN LA ESTRATEGIA DE SALUD  
DE LA FAMILIA: PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA*

Karine Rossato<sup>1</sup>  
Vera Regina Real<sup>2</sup>  
Giseli Buligon de Oliveira<sup>3</sup>  
Camile Dalla Corte de Araujo<sup>4</sup>

Doi: 10.5902/2179769226655

**RESUMO: Objetivo:** conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa oito profissionais das equipes de enfermagem. Utilizou-se entrevista semiestruturada como técnica de coleta dos dados. A análise dos dados ocorreu pela Análise de Conteúdo na modalidade temática, e após, os mesmos foram organizados em duas categorias: Capacitação dos profissionais de enfermagem da ESF sobre o Acolhimento com Classificação de Risco e Importância da implementação de um protocolo para Classificação de Risco em ESF. **Resultados:** muitos profissionais encontraram dificuldades em realizar a classificação de risco, devido a falta de capacitação e protocolo para classificar o risco. **Conclusões:** reconhecer as fragilidades dimensiona a expectativa de que gestores e profissionais da atenção primária revejam suas práticas e o processo de trabalho, buscando estratégias de apoio institucional, da equipe e dos usuários.

**Descritores:** Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Equipe de enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT: Objective:** to know the under standing of the nursing team about the Reception with Risk Classification in the Family Health Strategy. **Method:** fieldstudy, qualitative. Eight professional from nursing teams participated in the study. A semi-structured interview was used to collect the data. The data analysis was performed by the Content Analysis and, afterwards, the data were organized in to two categories. **Results:** many professionals found it difficult to carry out risk classification because, in addition to the work process being center edon medical knowledge, professionals do no thave training and protocol to classify risk. **Conclusions:** recognizing the fragilities dimension the expectation that managers and primary care professionals will review their practices and the work process, seeking strategies of institutional support, team and users for the improvement in the management of the host.

<sup>1</sup> Enfermeira, especialista, graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kaka.rossato@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: verareginadias36@gmail.com

<sup>3</sup> Bacharel em Educação Física, especialista, graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Júlio de Castilhos, RS, Brasil. E-mail: giselibuligon@hotmail.com

<sup>4</sup> Bacharel em Educação Física, especialista, graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: caau1314@gmail.com



**Descriptors:** *User Embrace; Primary Health Care; Nursing, team; Family Health Strategy.*

**RESUMEN:** **Objetivo:** *conocer el entendimiento del equipo de enfermería sobre el Acogimiento con Clasificación de Riesgo en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Método:* *estudio de campo, cualitativo. Participaron de la investigación ocho profesionales de los equipos de enfermería. Se utilizó entrevista semiestructurada para la recolección de datos. El análisis de los datos ocurrió por medio del Análisis de Contenido y, después, los datos fueron organizados en dos categorías: Capacitación de los profesionales de enfermería de la ESF sobre Acogimiento con Clasificación de Riesgo e Importancia de la implementación de un protocolo para Clasificación de Riesgo en ESF. Resultados:* *muchos profesionales encontraron dificultades en realizar la clasificación de riesgo, a causa de la falta de capacitación y protocolo para clasificar el riesgo. Conclusiones:* *reconocer las fragilidades dimensiona la expectativa de gestores y profesionales de la atención primaria, para que revisen sus prácticas y el proceso de trabajo, buscando estrategias de apoyo institucional, del equipo y de los usuarios.*

**Descriptor:** *Acogimiento; Atención primaria de salud; Grupo de enfermería; Estrategia de Salud Familiar.*

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior conquista do movimento sanitário brasileiro e por meio dele tem-se a garantia do acesso universal para seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. A concretização do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais.<sup>1</sup>

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A política visa estimular a articulação e o diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários para que possam construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes desumanizadoras que dificultam a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.<sup>2</sup>

Toda mudança organizacional envolve processos, meios internos, pessoas e interfere na cultura de qualquer instituição, especialmente quando está direcionada para o tema da qualidade. No setor saúde, a gestão baseada na qualidade envolve mudanças de foco de atuação e de tecnologias, apoiadas no resgate da relação profissional-paciente, na forma de remuneração,

qualificação e capacitação dos profissionais, da própria gestão e da participação ativa dos profissionais da saúde na pactuação destas metas e parâmetros de qualidade.<sup>3</sup>

A Atenção Primária a Saúde (APS) é responsável por exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades.<sup>1</sup>

Contudo, nos diversos níveis do sistema de saúde, vários esforços têm sido realizados pelo governo federal para estimular a qualidade dos serviços de saúde e garantir o acesso dos usuários. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma das propostas do Ministério da Saúde (MS) para a reorganização da APS, podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade.<sup>1</sup>

A portaria 2488/2011 salienta que a ESF é a principal porta de entrada dos usuários nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), proporcionando um acesso universal e um acolhimento baseado na real necessidade do usuário, família e comunidade.<sup>4</sup>

Além disso, a ESF propõe uma mudança na organização do trabalho, devendo ser construído baseado em equipe multiprofissional, na proposição de práticas mais resolutivas, integrais e que contribuam com ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças, diagnósticos, tratamento e reabilitação.<sup>5</sup>

O acolhimento nos serviços de saúde deve estar presente nos atendimentos prestados aos usuários pelos profissionais de saúde, com o propósito de atender a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas adequadas, utilizando todos os meios disponíveis para a resolução de problemas. Além disso, visa um atendimento com interesse e responsabilização, buscando garantir a eficácia dos encaminhamentos e a humanização do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde.<sup>6</sup>

Porém, na maioria das vezes, não é o que se observa na APS, pois ainda há muitos obstáculos no que se refere ao modo como o usuário é acolhido na unidade de saúde. Pode-se observar que os profissionais de saúde que realizam o acolhimento, muitas vezes, ao dialogarem com os usuários, têm uma escuta pouco qualificada, tornando o acolhimento um desafio para o serviço e uma dificuldade para os usuários.

Também é importante destacar que os serviços da APS ainda são organizados de forma burocrática em que os acolhimentos são realizados por ordem de chegada, pelo profissional

disponível, sem priorizar o atendimento aos usuários com maior gravidade. Com isso, ressalta-se a importância da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).<sup>7</sup>

Entende-se Classificação de Risco como uma técnica dinâmica que consiste em identificar o risco do usuário, avaliando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, a fim de orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos precisos para a resolução do problema do indivíduo.<sup>2</sup>

Implementar o ACCR como diretriz operacional requer mudança no fazer em saúde, pois permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, questionando as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. Além disso, o processo de avaliar com classificação de risco necessita, além de uma análise, uma capacitação específica e um protocolo pré-estabelecido para então atender com agilidade o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.<sup>8</sup>

O ACCR deve ser realizado por equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, médico, profissionais de portaria/recepção e estagiários. Entretanto, o primeiro contato do usuário deve ser mantido pelo enfermeiro, que é o profissional responsável por classificar o risco e por realizar o encaminhamento, sendo assim, a aplicação da Classificação de Risco propriamente dita é realizada pelo enfermeiro.<sup>9</sup>

O enfermeiro é o profissional que tem sido indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que buscam as unidades de saúde, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. Por isso, os autores ainda destacam que o enfermeiro atuante na classificação deve possuir capacidade para promover escuta qualificada, avaliar, registrar correta e detalhadamente a queixa, o trabalho em equipe, o raciocínio clínico, a agilidade mental para a tomada de decisões, assim como ter a capacidade para fazer os devidos encaminhamentos na rede assistencial.<sup>7</sup>

Este estudo se justifica por possibilitar: mudanças que desencadeiem repercussões para a equipe de enfermagem, pois, na maioria das vezes, ela é a responsável pelo acolhimento. Tais repercussões podem levar à vivência de sentimentos de prazer e sofrimento, assim como ao desenvolvimento de estratégias defensivas individuais e/ou coletivas.

Na perspectiva de conhecer qual o entendimento da equipe de enfermagem sobre o ACCR na ESF, a questão de pesquisa que se aplicou para o desenvolvimento do presente estudo foi 'qual o conhecimento da equipe de enfermagem de ESF sobre Acolhimento com



Classificação de Risco? Neste sentido, objetivou-se conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca do Acolhimento com Classificação de Risco na ESF.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que foi realizado em três ESFs de um município do interior do RS, as quais nomeadas de ESF1, ESF 2 e ESF 3. A ESF 1 situa-se na região centro-leste e conta com uma equipe simples, composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e uma recepcionista. A ESF está dividida em uma área e seis microáreas, sendo que a população atendida é de procedência urbana, sendo feita a cobertura de, aproximadamente, 5.000 pessoas.

A ESF 2 também está situada na região centro-leste e conta com duas equipes composta por dois médicos de saúde da família, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal, duas recepcionistas e um auxiliar de serviços gerais terceirizado. A ESF está dividida em seis microáreas e sua área de abrangência é urbana, contando com cerca de 12.000 usuários.

A ESF 3 situa-se na região centro-oeste e sua equipe é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista e um auxiliar de consultório dentário. A ESF é dividida em cinco microáreas e atende uma população de, aproximadamente, 2.500 pessoas.

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

Participaram do estudo um total de oito profissionais, sendo quatro enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem. O critério de inclusão da pesquisa foram serem profissionais da equipe de enfermagem e estarem trabalhando no momento da pesquisa. Foram excluídos as enfermeiras residentes e os acadêmicos de enfermagem, devido o tempo de atuação na ESF ser breve.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, norteadas pelos temas: o entendimento sobre o acolhimento, os fatores facilitadores e dificultadores e a necessidade de utilização de um protocolo. As entrevistas foram realizadas em sala reservada na própria ESF, com convite pré-estabelecido pelo pesquisador. Os dados foram coletados



entre os meses de setembro e outubro de 2016, sendo utilizado um gravador de áudio para o registro das mesmas, que tiveram, em média, duração de 15 minutos.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e realizada análise de conteúdo, na modalidade temática, que inclui a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Na primeira etapa, foi tomado contato com o material obtido por meio de leitura exaustiva, com vistas à apropriação das informações contidas nas informações transcritas; na exploração, realizou-se a categorização dos dados, quando o texto sofreu recortes e as unidades de registro foram agrupadas, a partir de suas afinidades temáticas; por fim, na fase de interpretação, buscou-se a compreensão e a interpretação dos dados, integrando-os ao referencial de sustentação teórica do tema.<sup>10</sup>

Ressalta-se que a pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>11</sup> e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer CAAE nº 58156116.3.0000.5346 em 10 de agosto de 2016. Destaca-se que os profissionais estão identificados pela primeira letra da profissão seguida de um número ordinal que representa a sequência das entrevistas. Assim, ao final de cada unidade de registro encontram-se códigos tais como: “E1”, referindo-se ao Enfermeiro e “TE1” referindo ao Técnico de Enfermagem.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados foram organizados em duas categorias: Capacitação dos profissionais de enfermagem da ESF sobre o Acolhimento com Classificação de Risco e Importância da implementação de um protocolo para classificação de risco em ESF.

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

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

Para que esse atendimento ocorra de forma correta é preciso que as equipes de enfermagem, assim como outros profissionais, tenham conhecimentos sobre o acolhimento.

Verificou-se que as dificuldades de entendimento partiram dos técnicos de enfermagem, pois estes profissionais precisam acolher os usuários, necessitando resgatar competências clínicas para avaliação, as quais são pouco exigidas no processo de trabalho, pois o mesmo é mais centrado no médico ou enfermeiro.

*Eu particularmente não tenho esta qualificação, a gestão não disponibiliza para a gente esse curso, essa qualificação. Se tivesse esse treinamento adequado seria bem-vindo. Iria deixar o serviço adequado, conforme as diretrizes. Trabalhar certo. (TE1)*

*A classificação é para mim, como técnica de enfermagem, como que eu vou te dizer [...] classificação de risco, para mim isso ainda é uma coisa nova. (TE4)*

*Nós nunca tivemos nenhuma capacitação ou algum curso sobre isso. A gente apenas leu quando instituiu o acolhimento os cadernos de acolhimento do Ministério da Saúde. (E3)*

O ACCR configura-se na reorganização dos serviços de saúde permitindo que haja determinação de prioridades de atendimento na qual a equipe multiprofissional em suas intervenções possa assumir uma postura capaz de acolher, escutar e se comprometer em dar respostas mais adequadas aos problemas do usuário.<sup>12</sup>

O conhecimento parcial que os profissionais de enfermagem possuem sobre a temática pode estar associado ao pouco investimento financeiro e de formação profissional, por parte dos gestores no serviço de atenção primária e, desta forma, ao não considerar o contexto como um todo, as políticas de humanização e o acolhimento implementado com a ferramenta da classificação de risco deixa de alcançar o seu verdadeiro sentido, com base na política.<sup>13</sup>

Nesse contexto, observa-se que é necessário haver um estímulo institucional para acontecer um processo constante de educação permanente e capacitação clínica para os profissionais não médicos que, comumente, não exercitam sua clínica com tamanha responsabilidade e participação na avaliação e decisão dos cuidados.<sup>14</sup>

Geralmente, na ESF, o enfermeiro é o profissional de referência que possui maior autonomia para identificar sinais e sintomas e levantar as necessidades do indivíduo, desde físicas até sociais.



Observa-se que os enfermeiros têm uma maior autonomia ao realizar o acolhimento, pois conseguem ser mais resolutivos e decidirem uma possível conduta diante das queixas mais frequentes dos usuários.

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

*As facilidades é que nós conseguimos fazer uma avaliação melhor do que, por exemplo, um educador físico [...] consegue ter um discernimento maior do que é mais urgente e do que não é urgente [...].(E3)*

De acordo com a Lei do Exercício Profissional, nº 7.498 de 25 de junho de 1986, o enfermeiro é um dos profissionais preparado para exercer a função de sujeito no processo de classificação de risco, tendo o devido respaldo para tal, pois é garantido ao enfermeiro, privativamente, a consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.<sup>15</sup>

Dessa forma, destaca-se que o enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que procuram os serviços de saúde, devendo ser orientado por um protocolo direcionador.<sup>7</sup>

Com isso, ressalta-se a importância da capacitação de todos profissionais para o atendimento com classificação de risco, valorizando os saberes e práticas de cada um e tendo a educação em saúde como base teórica e metodológica e, também, buscar estabelecer diálogo entre todos profissionais da equipe de saúde.<sup>6</sup>

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

*Estamos em um processo de mudança do processo de trabalho no posto e eu entendo que a questão do acolhimento vai ter que mudar, por exemplo, a pessoa chegou para agendar consulta e não consegue [...] então passa para o acolhimento. Antes da questão de agendar consulta teria que ter um acolhimento com classificação de risco para dizer: "não você pode esperar uma semana", "você, nós vamos passar agora", outro vamos agendar uma visita". A classificação de risco começa antes, quando a pessoa tenta vir agendar. (TE2)*

Portanto, é evidente a necessidade de adotar a classificação de risco como uma importante estratégia, pois é um processo dinâmico, na qual os profissionais identificam os usuários que necessitam de tratamento imediato, seguindo os critérios para avaliação do

potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, organizando o fluxo da unidade de acordo com as necessidades da demanda, de forma a atender e resolver através de assistência e/ou encaminhamentos, todos os casos dos usuários que procuram o serviço.<sup>13</sup>

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

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

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

*Seria uma forma de organizar o acolhimento, até nós sabermos exatamente o que passar. O acolhimento todo mundo tem que ser acolhido, de certa forma chegou na unidade pedindo acolhimento tem que ser escutado, tem que ser atendido, mas com o protocolo organiza e facilita o trabalho e nós vamos poder estar encaminhando as pessoas de forma correta para cada lugar quando nós precisamos encaminhar. (TE2)*

No Brasil, o primeiro protocolo de classificação de risco aprovado pelo Ministério da Saúde (MS) foi a Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco em 2004 do PNH. Esse protocolo estabelece fluxos de atendimento e classificação de risco, por meio da qualificação das equipes, sistemas de informação para determinar o atendimento adequado para cada usuário, visando à qualidade da assistência.<sup>16</sup>

Além do ACCR ser um reorganizador dos processos de trabalho e propiciar mudança na forma e resultado do atendimento ao usuário, a PNH sugere que as unidades de atendimento médico estabeleçam protocolos clínicos de classificação de risco para priorizar os mais enfermos, garantir o direito de todo cidadão à saúde e organizar o fluxo dos usuários evitando, assim, a exclusão do usuário na porta de entrada.<sup>2</sup>

Também, a construção de um protocolo auxilia na implementação de respostas e soluções para os diferentes casos que se apresentam a uma equipe de saúde, já que os profissionais possuem pensamentos e atitudes diversas frente a um problema.<sup>5</sup>

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

*Interessante porque como aqui nós temos vários profissionais que fazem acolhimento [...] as vezes o que eu acredito que é prioridade quando estou classificando, as vezes, tem colegas que acreditam que não é, que dá para agendar. Por isso, eu acredito que facilitaria para o pessoal ter esse protocolo, para classificar de maneira correta [...] para todo mundo falar a mesma língua. (TE1)*

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

*Eu acredito que o município tinha que implantar um protocolo para a gente poder se guiar melhor [...] Que os profissionais da enfermagem possam se respaldar legalmente. Nós estamos fazendo, mas não está respaldada legalmente, não tem nenhum documento municipal dizendo do protocolo. (E1)*

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

*Nós não temos nenhum tipo de protocolo [...] é avaliado a situação pelos profissionais [...] é avaliado e vê a real situação daquele dia. (TE1)*

O uso de um protocolo estruturado oferece respaldo legal para a equipe de enfermagem que atuam na avaliação e classificação de risco, favorecendo a tomada de decisão para alocar os melhores recursos disponíveis na APS, no momento de avaliar e classificar o risco.<sup>17</sup>

O que se percebe com as falas é a necessidade dos gestores e profissionais de saúde reverem suas práticas e conceitos, bem como valorizarem e favorecerem a educação em serviço, de forma a refletir sobre a prática e a organização, viabilizando um acesso com equidade e resolutividade.<sup>7</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas ESFs, nota-se que há dificuldades na realização do acolhimento aos usuários de abrangência, uma vez que a maioria dos profissionais não estão capacitados e organizados



para recebe-los de forma adequada, sendo que muitos vão a unidade e retornam sem ter suas queixas encaminhadas adequadamente.

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

Destaca-se que a implementação do acolhimento com classificação de risco necessita de uma ampla e profunda qualificação de todos os envolvidos no processo, inclusive a própria comunidade que deve ser devidamente esclarecida para entender a nova formatação de atendimento.

Por isso, torna-se importante adotar protocolos para o ACCR, com o intuito de padronizar a linguagem em todos os pontos de atenção e condicionar uma maior segurança ao profissional de saúde, melhorando as condições de atendimento prestado aos usuários que buscam pelos serviços.

A proposta de trabalhar com o tema classificação de risco favoreceu a troca de conhecimentos com os profissionais da enfermagem, além de contribuir para a atualização do conhecimento e motivação para melhor atender a população das ESF.

Este estudo poderá auxiliar os profissionais da saúde no gerenciamento das ações assistenciais realizadas junto usuários dos serviços, possibilitando a melhoria no fluxo do atendimento, aumentando a satisfação profissional e do cliente, bem como oportunizando uma melhor visibilidade do serviço.

A partir disso, novos estudos podem contribuir para as reflexões e produção de conhecimento na saúde e enfermagem e para repensar a respeito da educação permanente nos serviços de saúde, discutindo sobre a necessidade de capacitação dos profissionais para a classificação de risco na APS, visando à qualificação do cuidado e a melhoria das condições de trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 set [acesso em 2017 jan 03];66(esp):158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>.



2. 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; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
3. Savassi LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2012 abr [acesso em 2017 out 03];7(23):69-74. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/392/460>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Miguel PAB. Acolhimento com classificação de risco para a atenção básica em saúde (monografia). Criciúma, SC: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2013. 57 f.
6. Rodrigues APB, Ribeiro SCL, Santos AMR, Moura MEB, Mesquita GV, Brito JNPO. Concepção da equipe de enfermagem sobre acolhimento com classificação de risco. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2014 ago [acesso em 2017 jan 03];8(8):2626-32. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9964/10292>.
7. Silva PM, Barros KP, Torres HC. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. Rev Min Enferm [Internet]. 2012 abr [acesso em 2017 fev 03];16(2):225-31. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/523>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica a saúde. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2013 mar [acesso em 2017 mar 02];22(1):132-40. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_16.pdf).
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
12. Silva JÁ, Bolpato MB. Proposta de implantação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de emergência do pronto socorro de Barra do Garças- MT. Rev Eletr Univar. 2013 [acesso em 2017 out 10];9(1):85-9.
13. Weykamp JM, Pickersgill CS, Cecagno D, Vieira FP, Siqueira HCH. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. Rev Rene [Internet]. 2015 maio [acesso em 2017 set 12];16(3):327-36. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1962/pdf>.
14. Medanha SCA. Capacitação para a prática do acolhimento da equipe de saúde da família cabanas 03, Mariana-MG (monografia de especialização). Lagoa Santa, MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. 31 f.
15. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. 1986



[acesso em 2017 fev 03]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html).

16. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. Caderno Saúde e Desenvolvimento [Internet]. 2013 jan [acesso em 2017 fev 03];2(2):25-44. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/197/101>.

17. Bohn MLS. Classificação de Risco Manchester: opinião dos enfermeiros do serviço de emergência do hospital de clínicas de Porto Alegre (monografia). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.

Data de submissão: 12/04/2017

Data de aceite: 06/03/2018

Autor correspondente: Karine Rossato

Email: [kkrossato@gmail.com](mailto:kkrossato@gmail.com) ou [kaka.rossato@hotmail.com](mailto:kaka.rossato@hotmail.com)

Endereço: Rua Tamanday nº 515, ap 402, Santa Maria/RS, Brasil.

CEP: 97060540