

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANTÔNIA RITA DE FÁTIMA ABREU DE CARVALHO

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA
UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE TAUÁ-CE**

FORTALEZA

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANTÔNIA RITA DE FÁTIMA ABREU DE CARVALHO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA
UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE TAUÁ-CE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Alecssandra Viduedo

FORTALEZA

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Implantação do Acolhimento e Classificação de Risco em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família de Tauá-CE de autoria da aluna Antônia Rita de Fátima Abreu de Carvalho foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde da Mulher, Neonatal e do Lactente.

Profa. MS. Alecssandra Viduedo
Orientadora da Monografia

Profa.Dra.VâniaMarli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra.Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. OBJETIVOS.....	08
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	08
4. METODOLOGIA.....	13
4.1. Cenário de Intervenção.....	13
4.2 Procedimentos de Intervenção.....	14
5. RESULTADOS ESPERADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
6. REFERÊNCIAS.....	16

RESUMO

Introdução: O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado
Objetivo: Propor a implantação o acolhimento e classificação de risco na Unidade de Saúde da Família Ana Alves de Lima, município de Tauá. **Metodologia:** O estudo será realizado na atenção básica do município de Tauá/ Ceará, trata-se de oficinas de sensibilização e construção de conhecimento sobre acolhimento e classificação de riscos para os profissionais de saúde que trabalham na atenção básica, as oficinas estão programadas para realização mensal a partir do mês de Março de 2014. **Resultados esperados:** Ao final desse estudo é esperado implantar o acolhimento e classificação de risco na Unidade de Saúde da Família Ana Alves de Lima, já que o acolhimento na porta de entrada é parte do processo de produção de saúde, qualifica a relação e é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde. **Considerações finais:** oficinas auxiliam na mudança de comportamento profissional, beneficiando o processo de promoção de saúde e assim promovendo a habilidade da equipe multiprofissional para acolher a cada usuário que busca a unidade de saúde.

Palavras Chave: Acolhimento; Comportamento de redução de risco; Educação continuada; Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

A palavra, “acolher”, em seus vários sentidos, expressa: dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (FERREIRA, 1975). O acolhimento expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, em todos os contatos entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas que buscam o serviço de saúde, enfim, uma prática constitutiva das relações de cuidado. Deve ser entendido como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização dos trabalhadores e na resolutividade dos serviços (BRASIL, 2011).

O acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica o compartilhamento de angústias e intervenções, quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” o usuário em suas demandas, com a adequada resolutividade para cada caso. Desse modo é que o diferenciamos da triagem, pois se constitui numa ação de inclusão, num modo de operar os processos de trabalho em saúde assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários (BRASIL, 2011).

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão, favorece a construção de relação de confiança, compromisso e aliança entre usuários, trabalhadores e gestores. O mesmo na porta de entrada das unidades de saúde é parte integrante do processo de produção de saúde, pois qualifica a relação entre trabalhadores e usuários e, é passível de ser apreendido e trabalhado em todos os locais e momentos do serviço. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes, as demandas, necessidades e manifestações dos usuários é um elemento chave para a atenção primária organizar a condução do usuário do SUS, por toda a rede de saúde (BRASIL, 2011).

As equipes de saúde da família convivem com a fila e a cota de “consultas do dia”, além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada. A avaliação de risco e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário

que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade. Isto nos indica a urgência de reversão e reinvenção dos modos de operar os processos de acolhimento no cotidiano da saúde da família, objetivando: A melhoria do acesso dos usuários, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada, a mudança das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas (BRASIL, 2013).

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção (BRASIL, 2013).

Elege o serviço de atenção primária a saúde (APS) para implantação do acolhimento e classificação de risco, por apresentarem alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde: elevada demanda consequentemente exclusão de usuários na porta de entrada, e ainda pouca articulação com o restante da rede de serviços de saúde.

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo Geral:

- Propor a implantação o acolhimento e classificação de risco na Unidade de Saúde da Família Ana Alves de Lima, município de Tauá.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar profissionais que tenham perfil profissional e capacidade técnica para atuar na classificação de risco e vulnerabilidade na Unidade de Saúde Ana Alves de Lima, município de Tauá.

- Desenvolver oficinas junto aos profissionais de saúde, considerando o conhecimento pré-existente inerente a cada trabalhador da saúde, sobre processo de trabalho, acolhimento, classificação de risco que influenciam na resposta do estado de saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Acolhimento nos serviços de saúde

A ideia de acolhimento já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Reconhecer esta longa trajetória ao falar do acolhimento significa legitimar que grande parte do que sabemos hoje se deve a este acúmulo prático (BRASIL, 2013).

Tradicionalmente, a noção de acolhimento pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

Tais perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda, portanto, ocorrer em articulação com as várias diretrizes propostas para mudanças

nos processos de trabalho e gestão dos serviços: Clínica Ampliada, Cogestão, Ambiência, Valorização do Trabalho em Saúde (BRASIL,2012).

3.2.O que é acolhimento

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além)de perguntar-se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (BRASIL, 2011).

3.3. Por que acolher a demanda espontânea na atenção básica

A despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. O usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. O lógico e esperado, é que haja coincidência da demanda apresentada e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não se concretiza, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, do profissional que acolhe sem o qual são produzidos reflexos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços (BRASIL, 2013).

Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações da saúde da família podem apresentar agudização de sua doença crônica e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento programado. Perde

o vínculo com o cliente uma unidade que o acompanha na atividade planejada e não os acolhe no momento de exacerbação em seu quadro clínico. Constrói a imagem na sociedade de que “a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver saudável; se estiver doente, tem que ir a um pronto-atendimento ou hospital”. Dessa forma desvalorizando a atenção primária a saúde (BRASIL, 2013).

A implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudança nos moldes de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em números limitados, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). O acolhimento deve funcionar como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para ela lidarem com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2011).

3.4. Modelagem de acolhimento

1) Acolhimento pela equipe de referência do usuário: A principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de suas equipes de referência. a) o enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo a demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados; b) mas de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições; c) em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda. A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e uma das dificuldades é a conciliação com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta (BRASIL, 2013).

2) Equipe de acolhimento do dia: Em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou o técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento,

atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar a agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe de acolhimento do dia. A principal vantagem é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia (BRASIL, 2013).

3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia): Em unidades com mais de uma equipe, estipula-se determinada quantidade de usuários ou horário até onde o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área. Um dos enfermeiros fica a cada dia sem atendimentos agendados, para atender a demanda espontânea de todas as áreas. A partir do momento que ultrapasse a quantidade ou horário previamente estipulado para acolhimento das equipes; Um dos médicos também sem atendimentos agendados, para, independentemente da área, atender aos casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederem a quantidade predeterminada que cada um dos outros médicos atenderiam (BRASIL, 2013).

4) Acolhimento coletivo: Toda a equipe se reúne com os usuários que vieram a unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para realizar atividade de educação e saúde. Não serão agendados pacientes para o início do turno, para todos os profissionais da equipe poderem estar no acolhimento coletivo. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de auto avaliação dos riscos pelos usuários, mas apresenta como principal inconveniente o constrangimento das pessoas que podem se sentir expostas na sua intimidade e privacidade (GOMES; MELO; PINTO, 2005)

3.5. Avaliação de risco e vulnerabilidade

A classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco, empregada nos serviços de saúde por todo mundo, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta. Estas ferramentas pretendem assegurar a

atenção médica de acordo com o tempo de resposta e com a necessidade do paciente (MACKWAY- JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010)

O grupo de classificação de risco de Manchester foi formado em novembro de 1994 com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço que atendem usuários com exacerbações agudas para um padrão de classificação de risco. A cada nova prioridade foi atribuído um número, uma cor e um nome, sendo cada uma delas definida em consonância com o tempo-resposta ideal até a primeira avaliação médica.

CRITÉRIO	PRAZO DE ATENDIMENTO	SITUAÇÃO
Vermelho	(Atendimento imediato)	RISCO IMINENTE DE VIDA
Laranja	(Pode levar até 30 minutos)	URGENTE
Amarelo	(Pode levar até 1 hora)	POTENCIALMENTE URGENTE
Verde	(Pode levar até 2 horas)	NÃO URGENTE
Azul	(Pode levar até 4 horas)	ORDEM DE CHEGADA

Fonte: MACKWAY- JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010

Vermelho: atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Exs.: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa; (MACKWAY- JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010)

Laranja: Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Exs.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa; (MACKWAY- JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010)

Amarelo e verde: Atendimento do dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. Exs.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento; (MACKWAY- JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010)

Azul: Situação não aguda: condições em que é possível o agendamento/programação de intervenções. Exs.: planejamento familiar, resultado de exames, pré natais, prevenções. (MACKWAY- JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010)

Ao atentar para a vulnerabilidade, é importante também considerar se é o momento oportuno de intervenção (exs.: percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão), problemas de magnitude no território, situação importante para criar ou reforçar o vínculo. Em outras palavras, o grau de vulnerabilidade pode ser verbalizado ou não, e a sua identificação pode requerer, portanto, escuta ativa e percepções ampliadas (BRASIL, 2013).

4. METODOLOGIA

4.1. Cenário de Intervenção

A intervenção será desenvolvida no município de Tauá, o qual se localiza no sertão central do Ceará. A população estimada em 2010(IBGE) era de 55.755 habitantes. Distância até a capital 337 quilômetros, com características geográficas: Área: 4.018 km².

A Rede de Saúde Municipal de Tauá apresenta estrutura organizacional e operacional para ofertar os serviços de atenção primária e secundária. Dispõe de: 28 Unidades de Saúde da Família (USF), 01 CAPS II, 01 CAPS AD, 01 LACEN, 01 CEO, 01 Policlínica, 01 UPA, 01 Hospital Secundário e Maternidade.

A proposta será desenvolvida na Unidade de Saúde da Família USF Ana Alves de Lima, situada no bairro alto brilhante próximo ao centro da cidade de Tauá, Ceará. A área de abrangência da USF é responsável pela cobertura de 1100 famílias, cerca de 3500 pessoas (homens e mulheres), distribuída em sete microáreas.

São realizados em média seiscentos e cinquenta atendimentos/ mês, com aproximadamente 40 atendimentos/ dia, distribuídos entre consultas de enfermagem e médica. Esses usuários procuram o serviço de atenção básica para realizar acompanhamento continuado para condições crônicas como, por exemplo: pré-natal, consulta ao hipertenso e/ ou diabético, entre outros. E para atendimento das condições agudas e agudizações das condições crônicas. O acolhimento desses usuários que procuram a estratégia de saúde da família limita-se a entrega de uma ficha numerada entregue pela recepcionista do serviço, que organiza o atendimento pela ordem de chegada.

A Estratégia de Saúde da Família tem o papel de acompanhamento sistematizado das pessoas residentes em sua área de abrangência, visando o manejo adequado da sua clientela. As atividades previstas são: realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra referência para os diferentes níveis do sistema.

4.2. Procedimento de Intervenção

Para seleção, como critério de inclusão: ser uma Unidade de Saúde da Família que abrange as áreas: urbana, peri urbana e rural, portanto, apresenta vários tipos de demanda. Esse perfil revela que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais, também é fundamental que a unidade atenção básica esteja aberta e preparada para acolher as eventualidades, principalmente da clientela da zona rural.

A intervenção será realizada por meio de oficinas sobre acolhimento e classificação de risco na atenção básica, oficinas que terão como público alvo a equipe multiprofissional cadastrada na estratégia de saúde da família, oportunizando discussão sobre o tema, com o objetivo de sensibilizar os profissionais da importância de acolher a clientela, para o processo de trabalho da equipe e ainda identificar profissionais com perfil para realizar o acolhimento. Logo, estabelecemos a data de início da primeira oficina (março de 2014), com dia e horários que possibilitem a participação de todos os integrantes da equipe. O planejamento das atividades com o grupo e a realização das oficinas contará com a parceria dos residentes da Residência Integrada em Saúde (RIS) que atuam no território e o preceptor de campo. A etapa seguinte fundamenta-se na realização de oficinas para construir conhecimentos sobre acolhimento da demanda espontânea, objetivando conscientizar o público-alvo da necessidade de implantar o acolhimento e classificação de risco dentro da unidade de atenção básica e adoção da melhor modelagem de acolhimento para os diversos tipos demandas que chegam à unidade.

As oficinas serão realizadas mensalmente com os seguintes temas: 1) Acolhimento; 2) O acolhimento como diretriz e dispositivo de interferência nos processos de trabalho; 3) Modelagens de Acolhimento; 4) Classificação de risco e vulnerabilidade (Manchester); 5) Fluxogramas da UBS; 6) Trabalho em equipe.

Material: Sala ampla, climatizada, boa acústica, boa iluminação, e com cadeiras confortáveis. Retroprojeter, computador. Protocolo com fluxogramas das queixas

mais comuns na Atenção Básica, papel madeira, pincel atômico e pincel para quadro branco, cartolina, papel ofício, fita gomada.

Contudo, teremos a preocupação de utilizar a metodologia da problematização PBL, para que todos os profissionais possam contribuir no processo de construção do conhecimento. Tomando por base essa metodologia escolhida serão usados estudos de casos, com o objetivo de praticar junto com o grupo o ato de acolher, aplicando os fluxogramas apresentados a eles.

5. RESULTADOS ESPERADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse estudo é esperado implantar o acolhimento e classificação de risco na Unidade de Saúde da Família Ana Alves de Lima, já que o acolhimento na porta de entrada é parte do processo de produção de saúde, qualifica a relação e é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Para um direcionamento eficiente do acolhimento é preciso que os profissionais de saúde envolvidos reconheçam o acolhimento como um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção de saúde (BRASIL, 2013). Acredito que um dos maiores desafios para esses profissionais, será entender que o acolhimento não será uma atribuição a mais dentro da atenção básica de saúde, que ele já existe como prática constitutiva das relações de cuidado e que devemos analisar como ele está acontecendo.

Espero que essas oficinas auxiliem os profissionais de saúde da equipe, que são peças fundamentais em todo processo de implementação do acolhimento e classificação de risco, para os melhores resultados desse processo. Espero através dessas oficinas temáticas estimular mudanças de comportamentos que sejam benéficas para todo processo de produção de saúde, e assim aumentar a habilidade da equipe multiprofissional para acolher a cada usuário que buscar a unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF, 2011. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília, DF, 2013. 289 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2012. 56 p.

MACKWAY- JONES, K.; MARSDEN, J; WINDLE, J. **Sistema Manchester de classificação de risco**. Grupo brasileiro de classificação de risco, 2010. 249 p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p.27.

GOMES, L. B.; MELO, E. A.; PINTO, H. A. **Análise das modelagens do acolhimento em Aracaju-SE** (Mimeo), 2005.