

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**RAÍSSA VASSALO LAGE**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO  
MUNICÍPIO DE JOANÉSIA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**RAÍSSA VASSALO LAGE**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO  
MUNICÍPIO DE JOANÉSIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora:** Dra Lucieli Dias Pedreschi Chaves

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO MUNICÍPIO DE JOANÉSIA** de autoria do aluno **RAÍSSA VASSALO LAGE** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência.

---

**Dra Lucieli Dias Pedreschi Chaves**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>04</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>07</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>09</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>15</b>

## RESUMO

O acolhimento com classificação de risco constitui uma forma de organizar o trabalho em saúde, sendo fundamental para a garantia de um acesso humanizado e equânime aos usuários. Este estudo visou propor a implantação do acolhimento com classificação de risco no município de Joanésia. Será providenciado um banner com as cores e o tempo de espera de cada classificação de risco. Cada paciente receberá um cartão com a cor da sua classificação, assim saberá aproximadamente o tempo que poderá esperar para ser atendido. Para identificação dos médicos cada prontuário receberá um traço de pincel com a cor da classificação. Através da implantação do acolhimento com a classificação de risco irá diminuir o fluxo da demanda espontânea, já que todos serão classificados e dependendo do caso será reagendado para o outro dia, caso seja uma troca de receita, um resultado de exame, casos que não precisam de atendimento imediato. Iremos priorizar o atendimento de quem realmente precise; priorizar o atendimento de quem tem mais necessidade. É uma maneira de filtrar as urgências e emergências da questão ambulatorial. É uma forma de fazer com que o usuário seja atendido de acordo com a necessidade da patologia, e não por ordem de chegada.

## 1 INTRODUÇÃO

O acolhimento é compreendido de forma diferente por diversos autores. Nem sempre as colocações são divergentes, mas complementares. É visto como um dos instrumentos que compõem o processo de trabalho em saúde, sendo fundamental para operacionalizar a acessibilidade da clientela (TESSER et al, 2010).

O acolhimento também é entendido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implicando prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O acolhimento possibilita a criação de vínculo e confiança dos usuários com as equipes e os serviços de saúde e é uma das diretrizes mais importantes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH do SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Esta deve operar transversalmente em toda a rede do SUS para ofertar atendimento de qualidade em todos os níveis de atenção. Supõe o diálogo e a troca de saberes entre os profissionais e entre estes e os pacientes e familiares, levando em conta as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O acolhimento com a utilização do Protocolo de Manchester promove maior organização dos serviços de saúde, uma vez que permite a classificação dos indivíduos conforme o risco e viabiliza a utilização da agenda com conseqüente organização da demanda espontânea e programada. Contudo, a implantação do acolhimento não é uma tarefa fácil, pois requer uma mudança organizacional dos serviços e uma quebra cultural das formas de acesso aos mesmos. Exige da equipe o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, para instrumentalização dos profissionais e o estabelecimento de um novo processo de trabalho. Além disso, faz-se necessária a mobilização e participação popular em todas as etapas desta mudança (CASTRO E SHIMAZAKI, 2006).

A capital mineira foi o primeiro local onde foi implantado o ALERT®, um sistema de computadorizado que realiza através de um software que oferece, dentre seus vários módulos de gestão clínica, o de Classificação de Risco com a utilização do protocolo de Manchester

informatizado (SOUZA, 2009). Todos os enfermeiros que atuam na rede pública foram capacitados a respeito do protocolo e o uso do computador TRIUS (Notebook com a tela maior e touch screen que contém o ALERT®) que vem equipado com termômetro timpânico e oxímetro de pulso e o programa da classificação de risco, sendo doação do governo estadual. A utilização do computador é meta, toda semana são enviados arquivos que comprovam que todos os pacientes de demanda espontânea são avaliados através do Protocolo de Manchester.

Infelizmente, embora no município Joanésia o acolhimento seja bem humanizado, a maioria dos pacientes não sabem nem para que serve o TRIUS, os pacientes não são informados qual cor eles foram classificados e nem o tempo de demora que é preconizado por cada cor, assim, o acolhimento com classificação de risco não está sendo desenvolvido do melhor modo.

O Município de Joanésia a população tem cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família (ESF), 80% dos atendimentos de demanda espontânea são classificados como azul e verde, sendo orientado ao paciente a agendar uma consulta para o outro dia, muitos não ficam satisfeitos, sendo possível identificar uma desorganização da demanda, como problema central a ser trabalhado no serviço de saúde deste município. Mesmo a população sendo totalmente coberta pela ESF tem produzido um modelo assistencial fragmentado e centrado no profissional médico. Se a população fosse conscientizada a respeito da classificação de risco diminuiria o intenso movimento de pacientes que podem aguardar uma consulta agendada sem precisar ficar esperando tanto tempo. Portanto, a proposta de implantação do protocolo de acolhimento utilizando o Protocolo de Manchester no serviço de Saúde de Joanésia pode trazer um impacto positivo no processo de trabalho da equipe e na organização do serviço.

Tendo em mente a dificuldade cada vez maior de atendimento de pacientes na urgência e emergência, vem sendo necessário adaptar as UBS para atendimento de casos agudos com maior gravidade. Como a demanda para atendimento dos casos agudos e crônicos vem sufocando os atendimentos programados dentro da UBS, faz-se necessário uma reorganização da demanda de forma a atender respeitando os princípios da equidade, igualdade e acesso universal.

O objetivo geral:

- Propor a implantação do acolhimento com classificação de risco utilizando o Protocolo de Manchester no município de Joanésia.

Os objetivos específicos:

- Adaptar a classificação de risco proposta pelo protocolo de Manchester à realidade do serviço de saúde do município.
- Discutir o acolhimento enquanto estratégia para garantia de acesso e de atendimento equânime e universal.
- Estabelecer a prioridade de atendimento do usuário, de acordo com a gravidade do caso.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1. – ENTENDENDO A TRIAGEM**

Para entender a classificação de risco temos que entender o que é uma triagem, que consiste à base da classificação. A palavra triagem é de origem francesa, referente à trier, que significa escolher, separar ou selecionar. Após a segunda guerra Mundial foi usada para priorizar os pacientes que tinham maior probabilidade para voltar para o campo. No Brasil optou-se por utilizar o termo classificação de risco, pois o mesmo implica na avaliação do paciente e determinação da prioridade de atendimento segundo a gravidade clínica desconsiderando a lógica de exclusão que advém do conceito de triagem (SOUZA, 2009).

A triagem consiste em uma avaliação clínica primária, que estabelece um plano bem definido para atendimento do usuário. Desta forma os tipos de triagem mais comuns são: à triagem nos serviços de urgência e emergência, triagem para admissão na unidade de cuidados intensivos, triagem de incidentes, triagem militar e triagem em situações de catástrofe (MOREIRA, 2010).

### **2.2 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

O termo Acolhimento com Classificação de Risco é uma forma mais utilizada no Brasil. Entende-se que acolhimento é um modo de desenvolver o processo de trabalho em saúde, de forma a atender os usuários que procuram os serviços, ouvindo-o e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Este processo inclui um atendimento que garanta resolutividade e responsabilização, orientação para o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento dos demais serviços de saúde, e encaminhamentos caso haja necessidade (BRASIL, 2004).

Em 2004 foi lançada, a cartilha da Política Nacional de Humanização – PNH, na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência (SOUZA et al, 2011).

Em 2009 outra forma de caracterizar a classificação de risco abordada pelo Ministério da Saúde descreve que a mesma vem para organizar as filas de espera para atendimento que deixam de ser por ordem de chegada e passam para o atendimento com grau de risco elevado. Para os

pacientes que não correm risco e para seus familiares a classificação de risco informa o tempo provável de espera, permite reavaliação, trabalho em equipe, discussão da ambiência, aumentar a satisfação dos usuários, pactua a construção de redes de atendimento (BRASIL, 2004).

O acolhimento com classificação de risco deverá ser implantado e realizado por profissionais de nível superior, devidamente treinado, mediante a existência de protocolos técnicos e administrativos da unidade, os membros da equipe de enfermagem podem participar do acolhimento, mediante definição clara de atribuições e competências previamente estabelecidas em protocolo (COREN-MG, 2007).

Segundo Souza (2009) são objetivos da classificação de risco:

- Avaliar o paciente na porta de entrada de forma a proporcionar o atendimento humanizado;
- Descongestionar o pronto-socorro;
- Reduzir o tempo de espera para o atendimento médico;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo;
- Informar o tempo de espera;
- Promover ampla informação a familiares.

### 2.3 - PROTOCOLO DE MANCHESTER

Trabalha com algoritmos, ou seja, passos para chegar a tarefa final, que neste caso é classificado por ris, baseado em uma queixa e seus determinantes, que caracterizam o risco. O sistema utiliza 52 discriminantes que geram algoritmos que vão projetar um índice de gravidade e o tempo máximo de espera por uma intervenção médica. A simbologia do tempo é mediada por cores:

Símbolo	Gravidade	Tempo de espera
VERMELHO	Emergência	0 minutos
LARANJA	Muito Urgente	10 minutos
AMARELO	Urgente	60 minutos
VERDE	Pouco Urgente	120 minutos
AZUL	Não Urgente	240 minutos

Em Minas Gerais, foi adotado o protocolo mais estudado e mais usado no mundo, considerando para alguns autores o mais seguro quando bem aplicado. Para isto existe a formação

dos executantes e permite auditoria de forma estruturada. Todos os serviços que usam o protocolo devem manter o padrão de utilização deste, com qualidade (CORDEIRO JUNIOR, 2009).

A tomada de decisões no método de triagem de Manchester envolve os seguintes passos fundamentais: identificação do problema; coleta e análise das informações; implementação da alternativa selecionada e, monitorização da implementação e avaliação dos resultados (FREITAS, 2002).

O primeiro passo é a identificação do problema. É feita através da obtenção de informações do próprio paciente, das pessoas que lhe prestam cuidados ou dos profissionais de saúde. Identificado à queixa principal seleciona-se um fluxograma. O protocolo de Manchester é composto por 52 fluxogramas que reflete várias condições pertinentes para a triagem nos serviços de urgência (CORDEIRO JUNIOR, 2009).

Após definir o fluxograma, segue-se para o passo da coleta e análise das informações. Nesta fase, o enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas do paciente para identificar os discriminadores gerais e específicos descritos em cada nível de classificação. Estes são apresentados na forma de pergunta para facilitar o processo. A partir do momento que é identificada a presença de um discriminador passa-se para o terceiro passo que envolve a avaliação das alternativas e seleção de uma delas para implantação. Neste momento, é atribuída ao paciente a prioridade clínica conforme o consenso de Manchester. O último passo é o monitoramento e a reavaliação (CORDEIRO JUNIOR, 2009).

### 3 MÉTODO

A tecnologia que melhor define o resultado da intervenção é a Tecnologia de Concepção, já que o produto é o próprio projeto e plano de ação proposto.

O estudo será realizado no município de Joanésia – MG, em uma Unidade de Saúde Básica, cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde como, Centro de Saúde de Joanésia (2140381), sendo estrutura de duas ESF e principal porta de entrada dos usuários do município. Com o uso da classificação de risco no acolhimento, tanto a população quanto os profissionais irão ser beneficiados.

Desde julho de 2012 o protocolo de Manchester começou a fazer parte das metas do Saúde em Casa, onde os municípios de Minas Gerais devem cumprir para receber um incentivo financeiro. O estado doou um computador chamado TRIUS com um sistema instalado (ALERT®) onde todo paciente que fosse da demanda espontânea deveria ser classificado de acordo com a classificação de risco. Toda semana tem que gerar um arquivo e enviar para um site específico para comprovar que o município realmente está utilizando o computador.

As enfermeiras foram capacitadas por um curso à distância ofertado pelo Estado através do Canal Minas Saúde. No final do curso foi realizada uma prova presencial e uma capacitação para a utilização do programa. Como cada dia da semana uma enfermeira fica responsável pelo acolhimento, então a mesma tem que passar as informações da demanda espontânea para o computador.

Durante o processo de implantação do sistema, devido à obrigatoriedade, à classificação de risco não funcionava realmente da forma correta, já que se perdia muito tempo para utilizá-lo, então os pacientes eram lançados aleatoriamente, a população via o computador na mesa e nem sabia a função do aparelho e muito menos se existia alguma cor para cada classificação de risco.

Assim, embora com investimentos em equipamentos e capacitação dos profissionais há inadequações na utilização do Protocolo de Manchester agravada pela grande demanda espontânea do município. Essa proposta de implantação da classificação de risco da forma correta pode ser de grande valia para o município ainda mais que já tem os recursos, basta apenas utilizá-lo da forma correta, trazendo benefícios para os usuários e profissionais.

Será providenciado um banner com as cores e o tempo de espera de cada classificação de risco. Cada paciente receberá um cartão com a cor da sua classificação, assim saberá aproximadamente o tempo que poderá esperar para ser atendido. Para identificação dos médicos cada prontuário receberá um traço de pincel com a cor da classificação.

O acolhimento é a estratégia fundamental para a mudança desde modelo assistencial vigente. Ele modifica a lógica do atendimento por ordem de chegada, possibilitando um acesso mais equânime, universal e integral aos indivíduos. Deve acontecer em todos os momentos do processo de trabalho da equipe de saúde. Contudo, é importante a existência de um local reservado onde aconteça o acolhimento com a classificação de risco, resguardando o usuário e garantindo-lhe privacidade.

Desta forma, para os usuários que procuram a unidade, motivados por um problema, queixa ou evento agudo, propõe-se a classificação de risco. Este deve ser realizada por profissionais devidamente treinados para proceder a uma entrevista objetiva que possibilite a exclusão ou identificação de sinais de gravidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), para a implantação do acolhimento com classificação de risco são necessários alguns pré-requisitos:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação;
- Qualificação das equipes de acolhimento e classificação de risco;
- Sistema para agendamento de consultas.

Assim, propõe-se a implantação seguindo as etapas:

- 1 – Capacitação de todos os funcionários da Unidade de Saúde, a respeito do Protocolo de Manchester.
- 2 – Elaboração do banner que ficará na recepção com as cores e o tempo de espera de cada cor e folhetos informativos para a população.
- 3 – Confecção de cartões com as cores da classificação para ser entregue para cada paciente.
- 4 – Compra de pincéis (vermelho, alaranjado, amarelo, verde e azul) para marcar cada prontuário, para facilitar para o médico saber qual paciente irá atender primeiro.

Como esse trabalho não se trata de uma pesquisa o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais. Quando da implantação no serviço referido, serão adotados todos

os preceitos éticos necessários para garantir a adequação da prática profissional, bem como para assegurar os direitos dos pacientes e instituição.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

Por meio da implantação do acolhimento com a classificação de risco poderá ocorrer a adequação do fluxo da demanda espontânea, já que todos serão classificados e dependendo do caso será reagendado para o outro dia, caso seja uma troca de receita, um resultado de exame, casos que não precisam de atendimento imediato. Iremos priorizar o atendimento de quem realmente precise; priorizar o atendimento de quem tem mais necessidade. É uma maneira de filtrar as urgências e emergências da questão ambulatorial. É uma forma de fazer com que o usuário seja atendido de acordo com a necessidade da patologia, e não por ordem de chegada. Até a população acostumar, com certeza ocorrerá muitas reclamações.

Para STARFIELD (2002) apud ESPMG (2009), a atenção primária deve se orientar pelos seguintes princípios: ser o primeiro contato do usuário com o sistema – garantindo acesso; atender com excelência a todos os ciclos de vida – desde o nascimento até a velhice; viabilizar o cuidado integral do sujeito, possibilitando a continuidade do cuidado; coordenar a rede de atenção, sendo responsável pelo indivíduo em todos os níveis; centralizar suas ações na família, considerando o contexto onde ela se insere; e desenvolver atividades voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças para a comunidade, contando com o apoio popular do conselho municipal de saúde.

O plano é um produto momentâneo do processo de planejamento e serve de instrumentos para o acompanhamento da execução das ações, a correção de rumos e a avaliação dos resultados alcançados em relação aos objetivos propostos (CARDOSO, FARIA E SANTOS, 2008). Pensando em estratégias que promovam a transformação do cotidiano do serviço de saúde de Joanésia, a equipe de saúde pode entender o acolhimento como um dispositivo capaz de gerar reflexões e mudanças na organização destes serviços. Malta et al. (1998) coloca que uma das intervenções mais efetivas para a reorganização do modelo assistencial atual é a construção de processos de acolhimento dos usuários, que permitam a atuação multiprofissional resolutiva e acesso universal e humanizado.

Para que a construção ocorra efetivamente, é necessário que haja mudanças no processo de gestão dos serviços. Segundo ESPMG (2009), a utilização da gestão clínica tem trazido ganhos de eficiência e melhoria para os sistemas de saúde, pois considera o sujeito como um todo, dentro de seu contexto cultural e econômico e foca a promoção de saúde e a ação

preventiva. Castro e Shimazaki (2006) expõem que esta proposta de gestão propõe o desenvolvimento de algumas tecnologias – linhas guias, protocolos clínicos, gestão de casos, etc. – com o intuito de instrumentalizar os profissionais, estabelecendo um conjunto de atividades, desempenhos e fluxos, para a reorganização dos processos de trabalho na unidade de saúde. Assim, o Ministério da Saúde (2006) acrescenta que o acolhimento aliado a estas mudanças do processo de trabalho e gestão, é importante para a humanização dos serviços, devendo acontecer durante todas as etapas do atendimento integral do usuário e não se restringindo apenas à porta de entrada.

Portanto, com o objetivo de garantir acesso universal, priorizando o atendimento segundo critérios de classificação de risco, a equipe de saúde propôs fazer a classificação de risco de todos os pacientes da demanda espontânea, utilizando o Trius.

O enfermeiro deve realizar o primeiro contato com o paciente com a finalidade de verificar prioridades de assistência à saúde, por meio de um conjunto de observação do mesmo, através de uma visão holística, ou seja, saber ouvir as queixas que o levaram a procurar esse serviço sejam elas físicas, psíquicas ou sociais (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Godoy (2010) complementa que por meio da escuta ativa das queixas dos pacientes pode-se construir uma relação de vínculo, uma troca de saberes, facilitando a interação entre profissionais de saúde e pacientes, construindo um serviço técnico assistencial com maior capacidade, resolutividade e qualidade.

Outro fator importante que demonstra que o enfermeiro é o profissional mais indicado para o serviço de triagem é pelo fato de suas características generalistas, que o permitem coordenar a equipe de enfermagem, responsabilizar-se pela sua unidade de atuação, melhorar os processos de classificação de risco, encaminhando o paciente para a área clínica mais adequada para seu quadro clínico.

Logo, verifica-se que o profissional enfermeiro assume importante papel na triagem com classificação de risco, pois contribui para um melhor funcionamento do serviço de emergência, via ordenação do atendimento de acordo com o grau de gravidade do paciente e não por ordem de chegada, o que agiliza os processos, reduz o tempo de espera nas filas, acarretando uma maior satisfação dos usuários dos serviços de emergência.

O acolhimento com classificação de risco visa melhorar o acesso aos serviços de saúde por meio de mudanças. Essas transformações visam melhorias nas relações entre profissionais e

pacientes quanto à forma de atendê-los, por meio de uma escuta qualificada e classificação de acordo com o grau de risco dos mesmos e também por uma maior integração entre os membros da equipe, além de disponibilizar um atendimento com maior responsabilidade e segurança. (BRASIL, 2004).

A prática do Acolhimento com Humanização representa uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), implantada pelo Ministério da Saúde em 2004, que almeja a um melhor atendimento da população que procura por serviços de saúde, cujo principal objetivo é atender aos princípios do SUS. (BRASIL, 2004).

Realizar acolhimento humanizado significa assumir uma postura ética, eficaz, capaz de compartilhar saberes, problemas, anseios e necessidades daquele paciente que procura pelo serviço de emergência. Assim, essa prática difere-se da triagem, pois não se trata apenas de uma etapa do processo assistencial, mas sim uma metodologia que visa promover um atendimento mais qualificado em todos os serviços de saúde (DIAS FILHO, 2010).

Sendo assim, compreende-se que a política de humanização no acolhimento tem como principais objetivos estabelecer uma relação entre profissionais de saúde, pacientes e entre os próprios profissionais um relação interpessoal de ética, respeito, profissionalismo, empatia, enfim todos esses itens visam o foco principal que é o atendimento humanizado a todos os pacientes que procuram pelos serviços de saúde. (FALK et al, 2010).

Para a ESP (2009), a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou sofrimento. A partir deste processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades, a partir da utilização de um protocolo clínico.

Pensando no ato de acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas, a equipe de saúde de Joanésia, propôs a implantação do acolhimento com o Protocolo de Manchester do modo correto. Este pressupõe uma acolhida realizada por um profissional da equipe técnica, que deve responsabilizar-se por dar uma resposta à queixa do indivíduo, após escutá-lo e avalia-lo conforme seu grau de risco, considerando, obviamente, as percepções deste sujeito acerca do seu processo de adoecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo Beck e Minuzi (2008), para que o serviço realmente se transforme num espaço resolutivo e de construção de sujeitos valorizados e autônomos, o acolhimento deve ser um instrumento de humanização da atenção à saúde. Esta é a melhor forma para a construção de

vínculo entre trabalhadores e indivíduos, famílias, comunidades e para a instituição de um atendimento integral que visa à promoção e proteção da saúde ao tratamento, recuperação e reabilitação dos sujeitos.

Pode-se reconhecer o acolhimento com uma prática integral, usuário-centrado, com o objetivo de garantir acesso universal, reorganizar o processo de trabalho e qualificar a relação trabalhador usuário. O profissional deve atentar não apenas ao sofrimento físico, mas também ao psíquico, realizando, verdadeiramente, esta abordagem integral do sujeito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O protocolo de acolhimento contribuirá para o estabelecimento da prática da integralidade, de forma que o serviço assuma sua função de acolher, escutar e dar respostas, deslocando o eixo de seu processo de trabalho para a equipe multiprofissionais tronando as relações profissional-usuário mais humanizadas. Vê-se, portanto, que a materialização deste princípio está diretamente relacionada ao acolhimento e vínculo (GOMES E PINHEIRO, 2005).

O acolhimento quando bem realizado, possibilita a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, diminuindo a centralidade do profissional médico e melhor utilizando as habilidades dos demais profissionais (BECK E MINUZI, 2008). Franco, Bueno e Merhy (1999) expõem que com esta prática os profissionais não médicos passam a usar todo seu arsenal tecnológico e conhecimento na escuta e solução das demandas trazidas pela população.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do acolhimento com classificação de risco no município será uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera irá propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada. Todos os pacientes serão acolhidos e os profissionais responsáveis pela classificação de risco, irão avaliá-los de acordo com o Protocolo de Manchester ou agendar uma consulta para o outro dia.

A prática do Acolhimento com Classificação de Risco demonstrou grande importância, pois se trata de um processo dinâmico de identificação e priorização do atendimento, o qual visa discernir os casos críticos que necessitam de atendimento imediato dos não críticos. Esse método promove benefícios, porque modifica o antigo sistema, onde os pacientes eram atendidos por ordem de chegada e não de prioridades (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Segundo Junior (2009), a adoção de um protocolo de triagem não resolve o problema da sobrecarga na urgência. Ele é um poderoso instrumento para trabalhar na organização e na gestão de serviços de saúde que prestam atendimento ao paciente e encontram-se desorganizados. No entanto se os diferentes setores da saúde, ainda trabalham de forma isolada e não organizam-se com os outros pontos de atenção, o resultado da implantação de um protocolo destes é menor do que o seu potencial. Observaram que tanto no Brasil como no exterior, o trabalho fundamental está em organizar as redes de saúde e na atenção primária para que se torne mais resolutiva, forte e se torne o centro de comunicação e o alicerce mais importante de uma rede integrada de serviços de saúde.

Os princípios básicos da ESF deveriam ser revistos para que a construção deste processo de organização da demanda espontânea não ferisse os conceitos da Estratégia Saúde da Família. A equipe deve ser motivada a cada dia e levantadas discussões para melhoria e modificação do processo. Métodos de registro destas discussões devem ser levadas em conta visto que o profissional envolvido é o mais indicado para avaliar o processo de trabalho.

A população deve ser avaliada sem que seja condicionada para avaliar o modelo de implantação permitindo expressar críticas construtivas, visto que o processo foi direcionado para eles. Discussões entre a equipe e uma comissão representante da população seria uma estratégia para permitir melhorias segundo as discussões da equipe dentro da UBS.

## REFERÊNCIAS

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde, Santa Maria**, v.34, n.1-2: p.37-43, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sul. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. 2004.

CARDOSO, F.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**: planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 81p.

CASTRO, A. J. R.; SHIMAZAKI, M.E. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte: editora Gutenberg, 2006. 240p.

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discurso de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, L.L.; ONOCKI, R. (organizadores). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. P. 151-67.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico nº10, de 22 de fevereiro de 2007**. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http://www.coren-mg.gov.br/gerencial1007>. Acesso em: 15/02/2014.

CORDEIRO JUNIOR, W. **A Classificação de Risco como Linguagem da Rede de Urgência e Emergência**. RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, MG. Jan/Jun, 2009. P. 23-28.

DIAS FILHO, Alvaro Divino et. al. **Acolhimento com Classificação de Risco: humanização nos serviços de emergência**. 2010. 10 p. Curso de Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia, 2010. Disponível em: <<http://revista.universo.edu.br/index.php/1reta2/article/viewFile/311/238>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde**: acolhimento e classificação de risco. Oficina 5. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009. 53p.

FALK, M. L. et. al. **Acolhimento como dispositivo de humanização**: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan/mar. 2010. Disponível em:<<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/350/291>> Acesso: 12 mar. 2014.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. W.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, 15: 345-353, abr-jun, 1999.

FREITAS, P. **Triagem do serviço de urgência: Grupo de Triagem de Manchester**. 2. ed, Portugal: BMJ Publishing Group, 2002. 149p.

GODÓI, F. D. S. **Organização do Trabalho em uma Unidade de Urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco**. 2010. 156 p. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em:  
<<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf>>. Acesso em: 13 mar.2014.

GOMES, M.C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17:p. 287-301, mar/ago 2005.

MALTA, D.C. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, p.121-142. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Texto básicos de saúde: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ed. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2006. 44p.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS – acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004b. 49p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo**. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família. São Paulo: Ministério da Saúde; 2001.

MOREIRA, C.T. P; Avaliação de uma Implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade? **Tese de Mestrado de Informática Médica – Faculdade de Medicina**. Universidade de Porto, Portugal. 2010, 78p.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v. 4, n. 2, out/dez. 2010. Disponível em:  
<[http://www.faeso.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2010/atendimento\\_urgencia.pdf](http://www.faeso.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2010/atendimento_urgencia.pdf)> Acesso em: 26 fev. 2014.

SOUZA, C.C. Grau de concordância de classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem**, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2009, 119p.

SOUZA, C.C et al. **Classificação de Risco em Pronto-Socorro**: Concordância entre protocolo institucional Brasileiro e Manchester. *Latino- Am. Enfermagem*. 19(1) Jan-fev. 2011,8.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3615-3624. ISSN 1413-8123.