

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Fernando Rafael da Cunha Chagas¹, Ingrisson Fabricio Assis da Silva¹, Adrielly Larissa Bezerra da Silva¹, Thyago da Costa Wanderley²

RESUMO: Introdução: Implantação do acolhimento com classificação de risco assume relevância ao gerar benefícios para o atendimento, como a diminuição da ansiedade dos profissionais e usuários, melhoria das relações da equipe de saúde, padronização de dados para estudos e planejamentos, aumento da satisfação do usuário, uma vez que este será atendido de forma mais rápida, mudando o foco da doença para o doente em uma abordagem integral do indivíduo. Objetivo: Analisar na literatura as percepções dos funcionários, pacientes e como as equipes se organizam perante o acolhimento com classificação de risco nas UBS. Resultados: A pesquisa fez uma análise quantitativa e qualitativa de 34 artigos publicados entre 1999 e 2017, excluindo-se desses, 13 artigos por não se encaixarem nos critérios de inclusão, onde, utilizou-se, 21 artigos para a elaboração. Considerações finais: Podemos observar a melhoria no atendimento e na relação usuário e profissional, tornando o ambiente de trabalho humanizado.

Descritores: Triage, Acolhimento, Efetividade, Satisfação do usuário, Satisfação no trabalho, Atenção básica.

ABSTRACT: Introduction: The implantation of the host with risk classification assumes relevance when generating benefits for the service, such as the reduction of anxiety of professionals and users, improvement of the interpersonal relations of the health team, standardization of data for studies, research and planning, and increase user satisfaction, since it will be attended more quickly and effectively, shifting the focus from disease to patient in an integral approach of the individual. Objective: To analyze in the literature the perceptions of the employees, patients and how the teams organize themselves before the host with risk classification in the UBS. Results: The research resulted in the quantitative and qualitative analysis of 34 articles published between 1999 and 2017, which after the analysis were excluded 13 articles because they did not fit the inclusion criteria, leaving 21 articles for the elaboration. Final considerations: We can observe the improvement in care and in the user and professional relationship, making the work environment more humanized.

Descriptors: Triage, User embracement, Effectiveness, Consumer behavior, Job satisfaction, Primary health care. Title: User embracement with Risk classification for primary health care: perception of professionals and users

RESUMEN: Introducción: Implantación de la acogida con clasificación de riesgo asume relevancia al generar beneficios para la atención, como la disminución de la ansiedad de los profesionales y usuarios, mejora de las relaciones interpersonal del equipo de salud, estandarización de datos para estudios, investigaciones y planeamientos, y aumento de la satisfacción del usuario, una vez que éste será atendido de forma más rápida y efectiva, cambiando el foco de la enfermedad al enfermo en un abordaje integral del individuo. Objetivo: Analizar en la literatura las percepciones de los funcionarios, pacientes y cómo los equipos se organizan ante la acogida con clasificación de riesgo en las UBS. Resultados: La investigación resultó en el análisis cuantitativo y cualitativo de 34 artículos publicados entre 1999 y 2017, que tras los análisis se excluyeron 13 artículos por no encajar en los criterios de inclusión,

restando 21 artículos para la elaboración. Consideraciones finales: Podemos observar la mejora en la atención y en la relación usuario y profesional, haciendo el ambiente de trabajo más humanizado.

Descriptores: Clasificación, Acogida, Efectividad, Satisfacción del usuario, Satisfacción en el trabajo, Atención básica. Título: Acogida con Clasificación de Riesgo en la atención primaria a la salud: Percepción de profesionales y usuarios

-
1. Discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru-PE
 2. Enfermeiro, mestre e docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru-PE

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira afirma que o Estado deve fornecer atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, deixando claro o papel da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como parte do arcabouço de atenção em saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽¹⁾.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os serviços que a compõem, estão estruturados de forma descentralizada, próximos ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida. As unidades básicas de saúde (UBS), onde trabalham as equipes de saúde da família, são a porta de entrada do sistema e o ponto de contato preferencial do usuário ⁽²⁾. Segundo Pinheiros e Mattos (2001) é nesses serviços de saúde que o usuário deve obter acesso para resolver uma necessidade sentida e ser beneficiado com o atendimento recebido ⁽³⁾.

A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo e estabelecer prioridades no atendimento de pacientes que procuram as portas de entrada do SUS, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os pacientes em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza, além de melhorar o atendimento é um direito de todo cidadão garantido por lei, estabelecido na portaria n°2048 do Ministério da Saúde ⁽⁴⁾.

Uma das estratégias adotadas para prover o atendimento de forma integral é o acolhimento. Este, trata-se de uma diretriz da Política Nacional de Humanização ⁽⁵⁾ e, segundo Franco (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania ⁽⁶⁾.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar ⁽⁷⁾.

Dado o exposto, o estudo tem como questão norteadora: como as equipes de saúde implementam o acolhimento com classificação de risco nas Unidades Básicas de Saúde e as percepções dos usuários e profissionais e objetiva investigar na literatura, como as equipes de saúde implementam o acolhimento com classificação de risco nas Unidades Básicas de Saúde, sobretudo os aspectos organizacionais e critérios adotados para a classificação de risco, protocolos existentes e outras ferramentas que possibilitem a implementação deste processo; e a percepção dos usuários e profissionais quanto a esta prática.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que adotou como referencial primário os pressupostos de Cooper ⁽⁸⁾. Para tanto, utilizou-se as bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SciELO (Scientific Electronic Library onLine), Medline (via PubMed) e BDENF. Para apreensão dos dados foram utilizados os descritores, cadastrados no DeCS, e suas combinações em português, inglês e espanhol. “Triagem”, “Acolhimento”, “Efetividade”, “Satisfação do usuário”, “Satisfação no trabalho”, “Atenção básica”. Em inglês “Triage”, “User embracement”, “Effectiveness”, “Consumer behavior”, “Job satisfaction”, “Primary health care”. E em espanhol “Clasificación”, “Acogida”, “Efectividad”, “Satisfacción del usuario”, “Satisfacción en el trabajo”, “Atención básica”.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2017 e, para compor a amostra, foram incluídos artigos completos, dissertações e teses publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2010 a 2017. Foram excluídos artigos de revisão e publicações que não respeitem o período selecionado no estudo e o tema proposto. A busca foi realizada pelos autores, de forma isolada, objetivando diminuir as perdas de artigos que possam ser incluídos no estudo e extrair as seguintes informações: título, autor, ano, revista, tipo de estudo, números de profissionais, usuários e resultados.

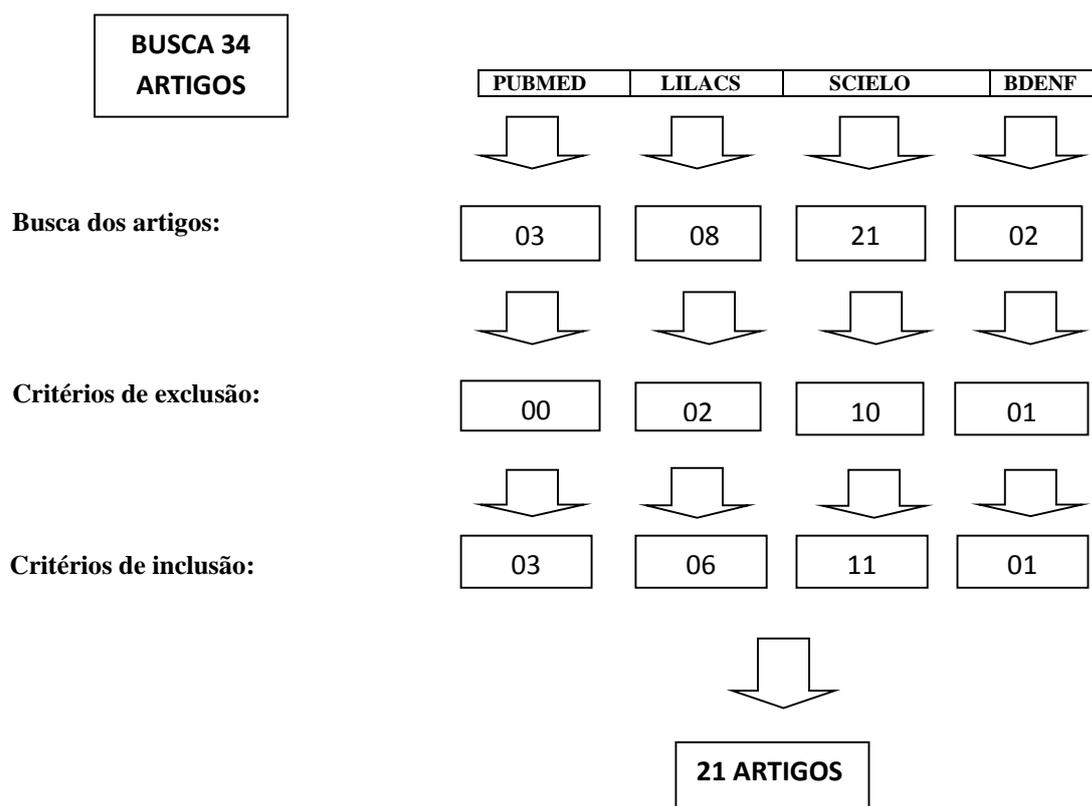


FIGURA 1. Quantitativo de artigos selecionados e distribuição nas bases de dados.

Entre os 21 artigos selecionados após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 06 deles encontravam-se duplicados nas bases de dados. Os estudos incluídos na revisão foram analisados de forma sistemática permitindo que o leitor extraísse o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado utilizando-se da análise de conteúdo.

RESULTADOS

TITULO	AUTORES	ANO E REVISTA	TIPO DE ESTUDO	N. DE PARTICIPANTES
Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde	Paula P.C.D, Garcia A.P.R.F, Toledo V. P.	Rev. Salud pública, 2016.	Estudo qualitativo	9
Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da atenção básica	Rocha N.B, Franchin A.T, Gasparetto A, Lolli L.F, Fujimaki M.	Rev. de saúde pública , 2017.	Estudo descritivo, exploratório e quantitativa	16
Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de unidade de saúde da família	Corrêa A.C.P, Ferreira F, Cruz G.S.P, Pedrosa I. C.F.	Rev. Gaúcha de Enfermagem, 2011.	Estudo de abordagem qualitativa	6
Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção a saúde dos usuários	Brehmer L.C.F, Verdi M.	Ciência & Saúde Coletiva, 2010.	Estudo de abordagem qualitativa e design exploratório descritivo	26

Atentando para as singularidades humanas na atenção a saúde por meio do dialogo e acolhimento	Pereira A.D, Freitas H.M.B, Ferreira C.L.L, Marchiori M.R.C.T, Souza M.H.T, Backesc D.S.	Rev. Gaucha de Enfermagem, 2010.	Estudo qualitativo – exploratório	11
Acolhimento as crianças na atenção primária a saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família	Ribeiro L.C.C.R, Rocha R.L, Jorge M.L.R.	Cad. Saúde pública, 2010.	Estudo quantitativo descritivo e transversal	384
Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica.	Sato M, Ayres J.R .C.M.	2015, Interface.	Estudo qualitativo	13
Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para gestão do acolhimento com classificação de risco	Torres H.C, Lelis R.B	Ciência y enfermeria,2010.	Estudo de oficinas de formação em saúde	17
Acolhimento em enfermagem: a	Costa M.A.R,	Cienc Cuid Saúde, 2010.	Estudo de pesquisa de campo, com	36

visão do profissional e a expectativa do usuário	Cambiriba M.S.		abordagem qualitativa e quantitativa	
A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo	Baraldi D.C, Souto B.G.A	Arquivo Brasileiro de ciência da saúde, 2011	Estudo descritivo, populacional, transversal e institucional	305
Avaliação do acolhimento nas unidades de atenção básica do Paraná	Zilly A, Calgaro M, Santos M.F, Arcoverde M.A.M, Camargo C.R.M	Rev. de Saúde pública do Paraná, 2016.	Estudo descritivo e quantitativo	998
Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem	Oliveira E.R.A, Fiorin B.H, Santos M.V.F, Gomes M.J	Rev. Brasileira de pesquisa em saúde, 2010.	Estudo descritivo, observacional de abordagem qualitativa	40
Acolhimento: quando o usuário bate a porta	Lopes G.V.D.O, Menezes T.M.O, Miranda A.C, Araujo K.L, Guimarães E.L.P	Rev. Brasileira de Enfermagem, 2014.	Estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa	12
O acolhimento no contexto da estratégia saúde da família	Damasceno R.F, Souza L.P.S, Ruas M.F.L, Brito P.A, Silva E.	Rev. J Health Sci Inst, 2012.	Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica	35

	A, Silva J.L.S.			
Satisfação do usuário da atenção básica em saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB	Protasio A.P.L, Gomes L.B, Machado L. S, Valença A.M.G	Rev. Ciência & Saúde coletiva, 2016.	Estudo de caso com abordagem qualitativa	10
O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização	Junges J.R, Barbiani R, Fernandes R.B.P, Kolling V, Schaefer R, Prudente J.	Rev. Saúde Soc. São Paulo,2012.	Estudo de caso com abordagem qualitativa	10
Acolhimento na atenção primária á saúde na ótica de enfermeiros	Camelo M.S, Lima L. R, Volpe C. R. G, Santos W.S, Rehem T.C.M.S.B	Rev. Acta Paul Enferm, 2016.	Estudo exploratório com abordagem qualitativa	10
O acolhimento na atenção básica: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários	Lopes A.S, Vilar R.L.A, Melo R.H.V, França C.S	Rev. Saúde debate, 2015.	Estudo de investigação descritiva, explicativa e qualitativa	46
Os sentidos do acolhimento: um estudo sobre o acesso á atenção básica em saúde no Rio de Janeiro	Speroni A. V, Menezes R.A	Rev. Saúde Coletiva, 2014.	Estudo qualitativo	3.132

Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem	Silva P.M, Barros K.P, Torres H.C	Rev. Mineira Enfermagem, 2012.	Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa	9
Estratégia saúde da família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário	Leite R.S, Santos A.P.M, Lima C.A, Ribeiro C.D.A.L, Brito M.F.S.F	Rev. Cad Saúde Coletiva, 2016	Estudo de natureza qualitativa	12

Quadro 1: Descrição dos artigos quanto ao título, autores, ano e revista na qual foi publicado, tipo de estudos e número de participantes.

Aspectos organizacionais

Nos periódicos pesquisados, as equipes descrevem a AB como a porta principal do sistema de saúde, ela deve ser bem estruturada e equipada para atender a população. Ela deve ser resolutiva nas suas obrigações e é nesse quesito que o ACR entra para ajudar nesse processo, a equipe de saúde deve ser capacitada com a teoria e a prática do acolhimento, para que saibam agir perante as situações, que tenha competências e autonomia em agir junto ao paciente. Tornando o ambiente mais humanizado quando o paciente assim precisar. ^(9,10,11,12,13,14,15,16,17)

Percepção dos profissionais

Os profissionais concordam ao relacionar o acolhimento com classificação de risco com uma melhoria na qualidade do atendimento, mais humanização e mais contato com o paciente, onde se deve escutar o usuário de forma que ele se sinta acolhido e tenha o seu problema resolvido, já que esse é o princípio do ACR. Mas os profissionais sabem da dificuldade de realizar um acolhimento de forma teórico prático, visto que por mais que alguns profissionais tenham ciência da melhoria no atendimento causado pelo ACR, ainda tem resistência por parte da equipe de saúde por vários motivos mas entre eles é a falta de uma educação permanente que irá instruir todos os profissionais da unidade de saúde de como agir quando estiver com o paciente e que o usuário não sabe da importância do acolhimento. O profissional de Enfermagem é visto como o mais indicado para realizar as consultas no acolhimento porque ele é visto como o mais capacitado de realizar esse contato com o paciente, por saber realizar uma

escuta completa do usuário, visando ao máximo resolver o problema do cliente. ^(9,18,19,20,21,12,22,23,24)

Percepção dos usuários

Os usuários entrevistados nos estudos pesquisados, relataram que ao precisar de um atendimento de saúde, buscam logo os hospitais por acharem que só nessas unidades é que terão todos os seus problemas resolvidos. Quando vão na unidade básica de saúde acham muito deficitário o atendimento encontrado, profissionais que não os recebem bem e as vezes não tem o seu problema resolvido e não conhecem o ACR. Quando as unidades básicas passaram a mudar a forma de atendimento, se aproximando mais dos usuários junto a comunidade e adotando o acolhimento com a classificação de risco, esses pacientes passaram a frequentar essas UBS e começaram a ver que poderia ter seus problemas resolvidos, onde o modo de atendimento tradicional onde eles viravam a noite para conseguir um atendimento seriam abolidos e o acolhimento ia ser a nova forma de atendimento, os pacientes voltaram a frequentar a unidade e começaram a ver a resolutividade dos seus problemas, onde no acolhimento eram encaminhado para atendimento médico e de Enfermagem. ^(19,26,27,23,16)

DISCUSSÃO

Aspectos organizacionais das equipes com o acolhimento e a classificação de risco.

Uma vez que a demanda por cuidados de saúde envolve múltiplos saberes e fazeres, a unidade de saúde no qual o estudo de Lopes *et al*, foi desenvolvido conta com um quadro ampliado de profissionais, o que permite a organização de equipes multidisciplinares para uma atenção integral dos sujeitos e famílias atendidas. ⁽¹⁶⁾

Como principal porta de entrada, da unidade estudada por Lopes *et al*, conta com um espaço de educação em saúde, conhecido como Humaniza-SUS. Neste espaço, onde começou a ser implementada a primeira proposta de acolhimento há pelo menos 6 anos, os usuários são informados sobre a ESF, a organização do serviço e as ações desenvolvidas pela equipe. Participam de um momento de educação em saúde, fazem a avaliação antropométrica e aferição da pressão arterial e recebem orientação sobre sua condição de saúde. Por fim, é realizada uma escuta individual, sensível as demandas dos usuários, para agendamento da consulta, reaproveitamento de vagas ociosas ou atendimento as pequenas urgências. Outra porta de entrada para o serviço e a recepção da unidade, espaço onde marcadamente a relação usuário-serviço toca a acessibilidade, por constituir-se em um local que historicamente foi símbolo de poder e de desencontros no contexto da unidade de saúde. ⁽¹⁶⁾

No estudo de Zilly *et al*, ela alega que o acolhimento possibilita a descentralização do atendimento tornando-o multiprofissional, pois ainda é pautado na figura do médico. Para Brehmer e Verdi⁹, o acolhimento tradicional realizado na Unidade de Saúde resume-se em ações de organização dos serviços, como a marcação de consultas em dias específicos. Contudo, a proposta do acolhimento vai contra essa lógica simplista de organização da demanda e impõe um novo olhar para a atuação profissional nos serviços de saúde buscando a resolutividade qualificada para o usuário. ⁽¹⁵⁾

Zilly et al, concluiu que o acolhimento é uma prática habitual no processo de trabalho da AB no país, no Paraná vários profissionais desenvolvem o acolhimento, destacando-se o profissional enfermeiro, seguido dos demais membros da equipe de Enfermagem, o que talvez seja o reflexo da atuação destes profissionais como elo norteador da AB. A avaliação realizada demonstra elementos interessantes, nem sempre ideais, mas que poderiam ser aperfeiçoados com educação permanente para todos os profissionais da AB. Desta forma, será possível melhorar a qualidade da assistência prestada, além de propiciar a inserção de mais profissionais para que o usuário receba um serviço de excelência. ⁽¹⁵⁾

Percepção dos funcionários sobre o acolhimento com classificação de risco.

No estudo de Silva, Barros e Torres, 2012. Os profissionais relataram que a classificação de risco possibilita um atendimento humanizado, ágil e de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários, além de trazer melhorias para o serviço. Os profissionais apontaram, também, facilitadores para a implementação da classificação de risco, dentre os quais se destaca a estruturação das equipes já existente na unidade, em que cada equipe se responsabiliza pelo atendimento a demanda espontânea em um dia específico da semana. Os entrevistados apontaram a existência de desafios para a implementação da classificação de risco no processo de trabalho. Os enfermeiros colocaram a dificuldade de aceitação dos profissionais como dificultadores para a implementação da classificação de risco na atenção primária, uma vez que receiam perder a autonomia previamente conquistada nos atendimentos aos usuários da demanda espontânea, colocado como dificultador o não envolvimento da população como processo, sendo importante esclarecê-la sobre a classificação de risco na atenção primária. ⁽²⁰⁾

Já no estudo de Costa, Garcia e Toledo, 2016. Os profissionais veem que a solução para o acolhimento ser realizado pelo enfermeiro como na teoria é trazida como algo distante da realidade deles, sendo que uma das saídas encontradas para que os problemas do acolhimento sejam solucionados depende da política, da gestão e da população. Outra saída encontrada é que se o acolhimento é somente um local para receber queixas, então que se tenha um local específico para atendimento dessa população. Para os enfermeiros, o acolhimento ideal, que condiz com sua função no centro de saúde, é voltado prioritariamente à perspectiva da educação e promoção da saúde. ⁽²¹⁾

Os enfermeiros das unidades de saúde expressaram a necessidade de adequar a teoria do acolhimento a prática cotidiana. Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma “sala de acolhimento”, por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não deve se reduzir a uma etapa nem a um lugar específico, conforme foi evidenciado em algumas falas dos profissionais. Nos relatos há o consenso de que todos os funcionários da UBS devem realizar o Acolhimento, e que o enfermeiro é um ator fundamental neste processo. A fala de alguns profissionais evidenciou que estes não realizam o Acolhimento com Classificação de Risco a partir de um protocolo ou instrumento construído coletivamente. Muitos profissionais afirmaram desconhecer a existência da Classificação de Risco na APS, devendo, na opinião de um dos entrevistados, ser aplicado apenas no hospital. ⁽¹⁸⁾

Dentre os entrevistados no estudo de Camelo, Lima, Volpe, Santos e Rehem, 2016. Apenas 2 relataram realizar o processo de trabalho no acolhimento de forma sistematizada. Eles relatam que fazem a avaliação da queixa, avaliam sinais vitais, investigam doenças crônicas ou recorrentes, utilização e acesso aos medicamentos, realizando assim os encaminhamentos

necessários. Ressaltam que o primordial no acolhimento e a escuta qualificada, e ouvir e definir se ele precisa de um atendimento, se é médico, se é um atendimento da enfermagem, se as vezes e uma procura que não e daqui da nossa unidade, e pra uma especialidade. A maioria não utilizam protocolos previamente estabelecidos ou baseados nas orientações do Ministério da Saúde, realizando uma escuta que muitas vezes não consegue atender a necessidade daquele paciente. Ou seja, o acolhimento não e reconhecido como uma tecnologia estruturante para a prática profissional. ⁽¹⁸⁾

Percepção dos usuários sobre o acolhimento com classificação de risco.

No estudo de Leite, *et al.* 2016. Os usuários relataram que o centro de saúde, ao oferecer uma assistência curativista, individual e por demanda espontânea, não supria suas demandas imediatas e, por isso, procuravam o hospital como porta de entrada do sistema de saúde. Nota-se que, com o advento e a implementação das equipes de saúde da família, houve mudança nessa realidade e, hoje, busca-se primeiramente a ESF. No processo de substituição do centro de saúde por equipes de ESF, foi identificada pelos usuários notável mudança no que se refere às relações com os profissionais que atendem na unidade e à humanização da assistência. Aponta-se que os profissionais da ESF têm demonstrado respeito e atenção durante o acolhimento e o cuidar. ⁽²⁵⁾

De acordo com as percepções dos participantes, houve unanimidade no fato de que, no centro de saúde, o atendimento aos usuários era deficitário, limitado somente a certo número de vagas, ferindo os princípios de acesso e equidade do sistema. Os usuários relatam ainda que, para serem assistidos, eram expostos a condições adversas, como aguardar pelo atendimento passando a noite no serviço e, mesmo assim, não ter êxito, além do número insuficiente de vagas para o atendimento clínico. Em contrapartida, na ESF, valorizam o sistema de acolhimento à demanda espontânea, relatando mais efetividade na organização dos fluxos assistenciais e, por conseguinte, maior facilidade e agilidade no atendimento. ⁽²⁵⁾

No estudo de Costa e Cambiriba, 2010. Os resultados evidenciaram que os usuários das duas unidades de saúde associam acolhimento a fatores que expressam a qualidade do atendimento, como respeito, bom atendimento e boa recepção. Este fato denota uma noção fragmentada do preconizado pela PNH, que não limita acolhimento a um bom atendimento, mas inclui como pontos essenciais também a oferta de uma atenção resolutiva, com escuta qualificada e responsabilização pela integralidade do sujeito. Constatamos, pela fala dos usuários, que nos serviços de saúde ainda prevalece o modelo tecnoassistencial, baseado em queixa-conduta, que pouco contribui para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. O trabalho do enfermeiro aparece subestimado e a população tem dificuldade em diferenciá-lo dos demais profissionais de enfermagem. Uma função importante para que o enfermeiro seja valorizado em seu trabalho e consiga estabelecer um vínculo de confiança com a população que atende é a realização da consulta de enfermagem, que a maioria dos usuários declarou desconhecer. ⁽²³⁾

No entanto, os usuários identificaram o cuidado ofertado pela equipe de enfermagem como um atendimento apressado e de pouco diálogo, o que demonstra divergência entre a

assistência prestada pelos profissionais e a preconizada pelas diretrizes da Política de Humanização. Foram apontados como os principais fatores que dificultam o desenvolvimento do acolhimento na unidade de saúde a falta de união da equipe, falta de recursos humanos e insuficiência de cursos e treinamentos. ⁽²³⁾

Nas falas dos entrevistados do estudo de Lopes et al, 2014. Aspectos surgiram na definição dos mesmos sobre a operacionalização do acolhimento, destacando-se a dimensão espacial, a busca de resolutividade das demandas dos usuários no momento em que as mesmas surgem, bem como a postura proativa na atenção e resolução coletiva das questões apresentadas. Aponta-se, portanto, para a importância da valorização dos sujeitos e do processo contínuo de construção e fortalecimento de vínculos, a partir da escuta qualificada e interessada sobre as demandas apresentadas pelos usuários. ⁽¹⁶⁾

CONCLUSÃO

Este estudo nos possibilitou observar dificuldades as vezes encontradas pelos profissionais de saúde das unidades na implantação do acolhimento com classificação de risco, visto que, alguns ainda tem dúvidas como proceder nesses atendimentos, por isso se faz importante as equipes se organizarem de forma teórico pratica, afim de que haja melhoria no atendimento prestado pelos funcionários desde a recepcionista ate os profissionais de nível superior, para que o usuário saia satisfeito da unidade com o seu problema resolvido ou tenha uma previsão de quando irá resolver. Por isso o acolhimento com classificação de risco se torna imprescindível na agilidade e melhor assistência aos pacientes, visto que, o ACR é uma ferramenta que trará humanização e um contato mais próximo com o paciente, melhorando assim a relação unidade de saúde e comunidade.

REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília (DF); 2006.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1º. ed.; 1º. reimpressão. Brasília (DF); 2011.
3. Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda: Direito á saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2º. Ed. 2001. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2005.

4. Ministério da Saúde (BR), Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2010.
6. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso em Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 1999; 15 (2): 345-53.
7. Fagundes S. Apresentação. In: Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. *Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004.
8. Cooper HM. *The integrative research review: a systematic approach*. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1984.
9. Junges JR, Barbiani R, Fernandes RBP, Prudente J, Schaefer R, Kolling V. O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização. *Saúde Soc. São Paulo*. 2012; 21(3): 686-697.
10. Speroni AV, Menezes RA. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*. 2014; 22(4): 380-5.
11. Rocha NB, Franchin AT, Gasparetto A, Lolli LF, Fujimaki M. Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da Atenção Básica. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2017; 18 (1): 72-80.
12. Pereira AD, Freitas HMB, Ferreira CLL, Marchiori MRCT, Souza MHT, Backes DS. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31 (1): 55-61.
13. Torres HC, Lelis RB. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com Classificação de risco. *Ciencia y enfermeria*. 2010; XVI (2): 107-113.
14. Baraldi DC, Souto BGA. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 2011; 36 (1): 10-17.
15. Zilly A, Calgaro M, Santos MF, Arcoverde MAM, Camargo CRM. Avaliação do acolhimento nas Unidades de Atenção Básica do Paraná. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2016; 17 (2): 206-211.

16. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araujo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate a porta. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(1): 104-10.
17. Damasceno RF, Souza LPS, Ruas MFL, Brito PA, Silva EA, Silva JLS. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J Health Sci Inst.* 2012; 30 (1): 37-40.
18. Camelo MS, Lima LR, Volpe CRG, Santos WS, Rehem TCMSB. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(4): 463-8
19. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde debate.* 2015; 39(104): 114-123.
20. Silva PM, Barros KP, Torres HC. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev. Min. Enferm.* 2012; 16(2): 225-231.
21. Costa PC, Garcia APRF, Toledo VP. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. *Rev. salud pública.* 2016; 18 (5): 746-755.
22. Ribeiro LCC, Rocha RL, Jorge MLR. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26 (12): 2316-2322.
23. Costa MAR, Cambiriba MS. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Cienc cuid saúde.* 2010; 9 (3): 494-502.
24. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araujo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate a porta. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(1): 104-10.
25. Leite RS, Santos APM, Lima CA, Ribeiro CDAL, Brito MFSF. Estratégia Saúde da Família *versus* centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. *Cad. Saúde Colet.* 2016; 24(3): 323-329.
26. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32 (3): 451-7.
27. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15 (3): 3569-3578.

