

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA: barreira ou estratégia para o acesso qualificado?

BRUNA EDUARDA GOMES DOS SANTOS¹
VALESCA SILVEIRA CORREIA²
LUCIANE CRISTINA FELTRIN DE OLIVEIRA³

O acesso da demanda espontânea às Unidades de Saúde da Família (USF) via o dispositivo organizacional do acolhimento com classificação de risco (ACCR) pode se constituir em oportunidade da efetivação da equidade ou em fator que impeça ou atrapalhe o fluxo adequado dos usuários nos serviços de saúde. Este estudo tem o objetivo de analisar o acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde da família no município de Feira de Santana-BA. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. O estudo foi desenvolvido em USF do município de Feira de Santana-BA, no ano de 2019. Os participantes do estudo foram usuários e profissionais de saúde envolvidos no acolhimento com classificação de risco nas USF. Os dados foram coletados no mês de julho, através de duas técnicas: a entrevista semiestruturada e a observação sistemática não participante. Optou-se pela análise de conteúdo proposta por Minayo, a qual apoiou-se nas concepções de Bardin. O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), sendo aprovado pelo Parecer número 3.421.465. Os resultados do estudo apontaram que as práticas dos profissionais de saúde definem e excluem o acesso às ações de emergência nas USF como direito à saúde na atenção primária à saúde por compreenderem que estas atividades devam ser realizadas em serviços de média e alta complexidade. Além disso, evidenciou-se que a triagem é compreendida como acolhimento e que a classificação de risco acontece esporadicamente e por vezes de maneira equivocada. Deste modo, a educação permanente em saúde dos profissionais das USF é imprescindível na busca pela implementação do ACCR como dispositivo para efetivação de políticas públicas de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Acolhimento, acesso, direito à saúde.

¹Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Residente em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Planejamento e Gestão pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Bahia, Brasil

²Docente do curso de enfermagem vinculada ao Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (DSAU/UEFS), Bahia, Brasil. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS

³Docente do curso farmácia vinculada ao Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (DSAU/UEFS), Bahia, Brasil. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela UEFS.

INTRODUÇÃO

O direito ao acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma conquista popular na década de 80 materializada na Constituição Federal. Na carta magna o acesso universal é um princípio e a saúde é concebida como um direito fundamental (ALMEIDA et al., 2014). Nesta perspectiva, o princípio da universalidade trouxe consigo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização do sistema, de maneira a aumentar a cobertura de suas ações.

Concretamente, o tema acesso a serviços de saúde é multidimensional e envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos (GIOVANELLA; FLEURY, 1985). As diferentes abordagens e análises sobre acesso aos serviços de saúde deixa explícito o seu nível de pluralidade e a complexidade. Portanto entendemos o acesso como a provisão do cuidado adequado, no momento adequado e no local adequado. O acesso não abrange qualquer uso; limita-se ao uso qualificado a saber, aquele que ocorre no momento adequado ao atendimento do problema de saúde do paciente, utilizando recursos corretos e executado da forma correta (ROGERS; FLOWERS, 1999).

O acesso da demanda espontânea às unidades de saúde da família (USF) via o dispositivo organizacional do acolhimento com classificação de risco (ACCR) pode se constituir em oportunidade da efetivação da equidade ou em fator que impeça ou atrapalhe o fluxo adequado dos usuários nos serviços de saúde.

A estratégia de saúde da família (ESF) é uma política ministerial que surge como um programa para a extensão da cobertura de serviços básicos de saúde e transformou-se em um modelo de atenção alternativo. Dentre as diretrizes e princípios que regem essa estratégia estão o trabalho em equipe, a integralidade da assistência nos diversos níveis de complexidade e a universalidade do acesso à saúde como direito fundamental.

Através da ESF, uma equipe multiprofissional assume a corresponsabilidade pela população residente de um território delimitado pelos gestores municipais de saúde. O processo de trabalho desta equipe visa à prevenção de doenças e agravos, promoção, recuperação e manutenção da saúde, proporcionando a longitudinalidade do cuidado (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006; BRASIL, 2017).

O acolhimento na ESF é entendido como o estabelecimento de uma relação humanizada, de escuta qualificada entre os trabalhadores da saúde e os usuários dos serviços. Não se trata de uma simples relação de prestação de serviço, mas se constitui como uma ferramenta tecnológica relacional na construção de vínculo estabelecido com ações resolutivas (BRASIL, 2010).

Essa diretriz, na atenção básica em saúde (AB), quando operacionalizada de maneira adequada por profissionais capacitados, é capaz de ampliar o acesso dos usuários ao SUS e possibilita a autonomia na produção do cuidado. Pode ainda contribuir para a desmistificação de que o SUS é um sistema de saúde pobre para pobres, que oferece serviços de má qualidade (MITRE, ANDRADE, COTTA, 2012).

No ano de 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) e ressaltou o acolhimento como estratégia de organização da atenção à demanda espontânea na AB. Neste contexto, a diretriz do acolhimento foi incorporada à avaliação com classificação de risco, que consiste na estratificação dos usuários através de critérios clínicos e de vulnerabilidade social (BRASIL, 2013).

Assim, o ACCR é um dispositivo capaz de reorganizar os processos de trabalho em saúde, desvinculando a atenção centrada no profissional médico e na priorização por ordem de chegada, reduzindo o tempo de espera. Seu principal objetivo é garantir o acesso qualificado e humanizado (BRASIL, 2009).

De acordo com a política ministerial, a rede de atenção às urgências engloba a AB, que deve prestar “o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção”, tais como Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24h), hospitais e policlínicas (BRASIL, 2011).

As USF acolhem cotidianamente uma demanda programada e espontânea de usuários. Esta última pode ser organizada da forma mais efetiva ao se utilizar critérios pautados em evidências científicas, visando à manutenção da saúde, diminuindo possíveis sequelas ou óbitos relacionados à assistência equivocada e demorada.

A atenção em tempo oportuno é imprescindível para a sobrevivência dos usuários e faz-se necessária a utilização dos critérios do ACCR na diferenciação de uma situação de urgência e emergência na AB. Segundo Schwalm, Almeida e Gyrão (2013), a diferença entre a classificação de uma emergência e urgência se dá pelo fato da primeira necessitar de uma abordagem instantânea por ser uma situação grave, enquanto que a segunda, que pode ser controlada na AB, é caracterizada pela probabilidade de agravamento do quadro clínico do usuário.

Vale ressaltar que as equipes de saúde da família precisam de qualificação permanente sobre ACCR a fim de prestar atendimentos iniciais de forma rápida e segura nos casos de urgências e emergências, a partir de critérios consensuais estabelecidos pela equipe de saúde sobre prioridades clínicas. Os serviços devem dispor de procedimentos operacionais padrão (POP) para possibilitar a adoção de condutas uniformes, no tempo certo e garantir a estabilização e transferência dos usuários, quando for necessário, diante das situações críticas que possam ocorrer na AB.

Seguindo os critérios do ACCR, os usuários atendidos na demanda espontânea, classificados como casos agudos, são identificados pelas cores vermelha para atendimento emergencial; amarelo para prioritários (urgência), verde para baixo risco ou ausência de risco associada à vulnerabilidade social e azul para casos não-agudos (BRASIL, 2013).

Esse trabalho se justifica pela lacuna de conhecimento identificada durante a realização do estado da arte, mediante busca no banco de dados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), através das palavras-chave Acolhimento com Classificação de Risco e Atenção Primária em Saúde, na qual foram encontrados apenas dezesseis artigos publicados entre anos de 2010 e 2017.

Diante do exposto, este estudo tem o objetivo de analisar o acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde da família no município de Feira de Santana-BA. Assim, poderá vir a revelar o conhecimento e ações dos trabalhadores de saúde sobre ACCR na AB com a intenção de trazer à tona a reflexão e discussão sobre os critérios adotados para garantir o acesso qualificado aos serviços públicos de saúde com destaque para a ESF como ponto da rede de atenção às urgências na AB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. Essa abordagem é capaz de investigar as relações, percepções e opiniões que são resultados

das interpretações humanas acerca de fenômenos vivenciados por eles. Dessa forma mostra-se suficiente para abarcar questões de significado e de intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais das construções humanas. Nesse sentido, a pesquisa do tipo qualitativa considera o participante do estudo como pessoa inserida em uma dada realidade, condição social e que possui suas próprias crenças, valores e significados (MINAYO, 2010).

Estes sentimentos e construções históricas podem se manifestar na abordagem do usuário que busca o serviço de saúde e implica no acesso do mesmo aos serviços que necessita. Por este motivo, utilizamos a abordagem qualitativa neste estudo.

Os estudos do tipo exploratório-descritivo buscam uma abordagem do objeto pelo levantamento de informações a fim de levar o pesquisador a conhecer mais a seu respeito, além de ter como objetivo descrever as características do objeto de estudo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O estudo foi desenvolvido em USF do município de Feira de Santana- BA, especificamente em cinco equipes de saúde da família. Os critérios de escolha dessas unidades foram: a existência de convênio entre a Universidade Estadual de Feira de Santana e as Unidades de Saúde da Família em questão e o contingente populacional do bairro, pois se trata do bairro com alta densidade populacional no município.

Os participantes do estudo foram usuários e profissionais de saúde envolvidos no acolhimento com classificação de risco nas USF. Foram incluídos os usuários que chegaram à unidade no período de coleta de dados por demanda espontânea com dezoito anos ou mais de idade. Entre os profissionais de saúde, foram incluídos os profissionais com dezoito anos ou mais que atuam há pelo menos um ano na USF, sendo excluídos os que estavam de férias, folga ou licença no momento da coleta.

Nesse sentido, participaram da pesquisa 15 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar administrativo. Os dados foram coletados no mês de julho, através de duas técnicas: a entrevista semiestruturada, composta por questões objetivas e subjetivas que permitem ao participante falar sobre o objeto em estudo (MINAYO, 2007). Essa técnica foi escolhida por permitir o aprofundamento e exploração de dados que não podem ser encontrados em fontes secundárias. A outra técnica foi a observação sistemática não participante.

A entrevista foi realizada nas próprias unidades de saúde da família, conforme disponibilidade dos profissionais e foi gravada com o auxílio de um gravador de áudio. Os usuários fizeram parte da etapa de observação, na qual foi observado o fluxo destes durante o acolhimento pelos profissionais de saúde nas unidades pesquisadas. A observação sistemática ocorreu em quatro turnos em dias distintos em duas semanas diferentes, totalizando 12 horas de observação.

A modalidade de análise de dados utilizada nessa pesquisa foi a análise de conteúdo por se adequar ao tipo de estudo qualitativo, buscando a interpretação dos dados. Nesse sentido, optou-se pela análise de conteúdo proposta por Minayo (2007) a qual apoiou-se nas concepções de Bardin. Esse método consiste na pré-análise, que baseia-se na leitura flutuantes e organização dos dados através do agrupamento por temas que convergem ou divergem entre si após a transcrição das entrevistas gravadas e digitadas (MINAYO, 2007; BARDIN, 2016).

A leitura exaustiva e exploração do material permitiu a transformação sistemática dos dados obtidos nos documentos, a fim de explicitar as características dos mesmos. Durante a codificação, foram estabelecidas as unidades temáticas que são fragmentos significativos do texto.

Após a codificação, realizamos a categorização. Essa etapa consiste no agrupamento das unidades temáticas a partir de características comuns, dando-lhes um título genérico a partir dos dados que emergirem na etapa de codificação. Assim, ao final da categorização realizamos a inferência dos resultados obtidos à luz do referencial teórico adotado.

Esta pesquisa respeitou as questões éticas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, bem como os referenciais da bioética, sendo eles, a justiça, autonomia, beneficência, não maleficência e equidade, respeitando os valores socioculturais, éticos, morais e religiosos dos participantes, bem como, a busca dos benefícios esperados pela pesquisa em detrimento dos riscos e/ou desconfortos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), sendo aprovado pelo Parecer número 3.421.465. Os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ficando uma via em posse do participante e a outra via com a pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, os atendimentos às urgências são realizados por uma rede de serviços. Esta rede conta com diversos pontos distribuídos entre os três níveis de atenção, a saber: primária, secundária e terciária. Na AB, os atendimentos de urgência podem ser realizados nas USF, as quais têm como objetivo realizar o primeiro atendimento aos usuários e encaminhá-los a outros pontos da rede, se for necessário (BRASIL, 2013).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) as USF são a principal porta de entrada na rede dos serviços de saúde para organização do serviço e garantia do acesso oportuno e resolutivo. Neste sentido, o “processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período” (BRASIL, 2017).

Contudo, a prática dos profissionais de saúde, nas USF do estudo, define o acesso às ações de emergência como excludente, por compreenderem que estas atividades não devem ser realizadas na AB, como evidenciadas nas seguintes falas:

Como **aqui não é uma unidade de emergência**, se tiver uma necessidade, é encaminhado para a policlínica que é a referência da gente (...) pacientes descompensados (...) aqui não vai mudar muita coisa E13

As medidas frequentes de estabilização de usuários classificados como urgência não são realizadas na unidade porque **a unidade não faz atendimento de urgência** E11

No entanto, corroborando com a definição da PNAB do ano de 2017, o estudo de Almeida (2014, p.129) constatou “a realização de atendimentos por demanda espontânea para atendimentos de urgência e emergência (...) nas unidades de saúde da família”. Nesse sentido, no cenário do presente estudo, os profissionais de saúde estão deixando de realizar parte dos serviços que deveriam estar disponíveis a população na AB.

Entretanto, em situações que os trabalhadores de saúde encontram com usuários que não estavam previamente agendados, a comunicação estabelecida neste momento pode criar ou fortalecer vínculos quando se pratica a escuta qualificada para estratificar o risco que o usuário está exposto, e assegurar o acesso aos serviços, como demonstra a seguinte fala:

Acolhe (...) **procurando saber o que ele tá necessitando da unidade** (...) se for uma **emergência** a gente vai avaliar, **pedir para a enfermeira avaliar** (...) se for rotina, a gente vai agendar E14

O acolhimento com classificação de risco prevê o atendimento no dia diante da disponibilidade da agenda dos profissionais de saúde, das condições sociais e econômicas, da dificuldade de tempo dos usuários por questões de trabalho ou desmotivação para o autocuidado. Todas estas questões precisam ser analisadas antes de polarizar as opções de escolha entre atender emergências ou programar atendimentos na agenda.

A definição de Acolhimento com Classificação de Risco segundo a PNAB é a

escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS (BRASIL, 2017)

Os usuários que procuram os serviços espontaneamente têm alguma motivação ou necessidade de saúde. No entanto, tal demanda, em geral, não se restringe a mensuração de dados antropométricos ou valores pressóricos e níveis glicêmicos. Deste modo, a primeira abordagem para estratificar o risco não é exclusiva da triagem. No entanto, as falas a seguir revelam que os trabalhadores compreendem ACCR como sinônimo de triagem.

a gente vai fazer **triagem** e ver qual o tipo de **classificação E7** (...) quem **tiver lá na frente acolhe** (...) marca consulta ou atende no mesmo dia (...) **ver temperatura, peso** (...) **pressão alta** o médico imediatamente já atende E9

Diferente do ACCR, a triagem refere-se à avaliação inicial, seleção e encaminhamento dos clientes às unidades ou serviços adequados à sua assistência (AZEVEDO, BARBOSA, 2007). Nesse sentido, percebe-se que muitas vezes o acolhimento tem se reduzido a ações de triagem com apenas a verificação de alguns sinais vitais, antes da consulta com profissional de saúde.

A maneira como as pessoas são recebidas nos serviços de saúde revela as representações que os trabalhadores têm sobre o processo saúde-doença. A visibilidade do direito ao acesso aos profissionais de saúde é condicionada ao risco de morte. A prevenção de

doenças pelo monitoramento ou busca de possíveis patologias através de exames diagnósticos são considerados como pouco importantes.

Exame de rotina (...) tem que ter a marcação (...) E5

Tosse de oito dias (...) ele não pode ser classificado como um acolhimento de risco, ele vai ser agendado, mas não vai ser atendido no dia E7

A constatação sobre as dificuldades e contradições na organização do acesso dos usuários aos serviços de saúde da família na Bahia foi relatada por Almeida (2014, p.126) ao afirmar que “marcação de consultas, exames e procedimentos segue a estrutura dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde e (...) não segue o estabelecimento de prioridades, grau de necessidade de cada usuário”.

Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) que orienta sobre o acolhimento às pessoas que não se enquadram no cronograma de programas de saúde pela variável sexo ou por patologias crônicas monitoradas, a estratificação dos riscos de morte ou agravamento de problemas patológicos por questões fisiológicas ou psicossociais, segue um esquema de cores conforme demonstrado no Quadro 01.

Quadro 01: Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica, em situação aguda ou crônica agudizada

VERMELHO: atendimento imediato (alto risco de vida)	AMARELO: atendimento prioritário (risco moderado):	VERDE: precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe diante do risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial.
Parada Cárdio Respiratória	crise asmática leve e moderada	disúria
dificuldade respiratória grave	febre sem complicação	tosse sem sinais de risco
convulsão	gestante com dor abdominal,	dor lombar leve
RNC dor severa	usuários que necessitam de isolamento pessoas com ansiedade significativa	renovação de medicamento de uso contínuo conflito familiar

Fonte: (BRASIL, 2013)

Tal protocolo visa o direito ao acesso dos usuários com queixas que surgem esporadicamente ou com frequência através da escuta atenta e baseada em evidências científicas do que significam alterações significativas nos corpos dos indivíduos. Além disso, o fluxo padronizado dos usuários nos diversos setores da unidade possibilita o uso real dos serviços públicos efetivando o acesso como direito. Salienta-se que os usuários atendidos em

demanda espontânea nos quais não são identificados sinais e sintomas clínicos de gravidade ou vulnerabilidades sociais devem ser classificados como usuários em situação não aguda, mediante utilização da cor azul.

Contudo, a realidade em muitas unidades de saúde da família no município em estudo revela que os trabalhadores de saúde não seguem passo a passo às recomendações federais ou locais no tocante à política do ACCR, como apontam as falas a seguir:

Eu não uso cores E1

Em relação as **cores, normalmente a gente não tem como usar tudo isso aqui** porque **você não tem atendimento de emergência** (...) basicamente são os pacientes que estão no azul ou no verde (...) E11

Neste estudo, a dificuldade na classificação e identificação dos casos agudos repercute no acesso dos usuários aos serviços no mesmo dia e em tempo oportuno. Tal fato é corroborado na pesquisa de Almeida, 2014. p. 137, que constatou a “não universalidade das ações, exemplificada pela triagem dos demandantes, algumas vezes falha, desqualificada e mecânica”.

Nesse sentido, a não adoção de protocolos institucionalizados gera divergências no atendimento que muitas vezes tende a ser deficiente. No entanto, para a adequada avaliação e classificação do risco, para além da utilização de protocolos, se faz necessária que as equipes conheçam os parâmetros clínicos que devem ser avaliados, assim como os sinais e sintomas de risco e as vulnerabilidades sociais, adotando consensos sobre o fluxo do usuário. A desinformação gera erros na classificação e conseqüentemente no manejo desses usuários.

Alguns equívocos conceituais dos trabalhadores de saúde sobre a classificação e conduta adequada a ser tomada após a escuta das demandas dos usuários podem ser constatadas nas colunas do quadro abaixo. Classificações de cores equivocadas refletem que a prioridade no atendimento não segue as orientações técnicas sobre ACCR.

Quadro 02: Equívocos conceituais dos trabalhadores referentes à classificação de risco e priorização de atendimento de usuários em demanda espontânea

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
é dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento de nível de consciência, um RN de 28 dias com vômito, diarreia, sangramento (...) desidratação, alteração do nível de consciência, risco de suicídio e lesões oculares, isso é	(...) só vai atender (...) quando ele acabar de atender os pacientes dele E4	é todo mundo que tá ali marcando E9	são casos não agudos (...) vou encaminhar para a sala de vacina, pegar medicações (...) E1

atendimento imediato E12			
crise hipertensiva. E4	atendimento prioritário, suspeita de HIV, gestante com queixas, intensidade da dor, vômito, diarreia, temperatura, crise asmática, infecção, suspeita de violência, hemorragia E12	consulta para uma troca de receita, de medicação controlada E13	agendado, cartão do sus, imunização, curativo, dispensa de medicamento, orientação, agendamento de consulta E12
hiperglicemia, hipo (...) hipertensão de 22x12 ou por 13, é de atendimento agora, não vai esperar ninguém. Se tiver médico, (...) E1	já é emergência E14	um agendamento E14	pode esperar, a gente vai atender mas pode aguardar E13
a gente dá prioridade. Febre, PA alta, vômito E7	Crise hipertensiva vai ser amarelo , ele vai ser atendido com uma certa urgência E1		

Fonte: Dados do autor

Nota-se que os participantes do estudo apresentaram dificuldades para distinguir os usuários vermelhos e amarelos, uma vez que, em muitos casos, classificam como vermelho qualquer alteração nos sinais aferidos e sintomas referidos, especialmente, relacionados às medidas de pressão arterial. Com relação aos equívocos associados à cor verde, percebe-se que está relacionado principalmente a inadequada avaliação das vulnerabilidades sociais que muitas vezes não são consideradas, e a diferenciação com os usuários azuis, classificando com a cor verde usuários em busca de agendamentos de serviços de rotina.

Em estudo realizado em Porto Alegre nos registros de usuários estratificados pelo acolhimento com classificação de risco foi relatado que a maioria das demandas foram resolvidas pela enfermeira, pois os pacientes foram classificados segundo o protocolo específico desta unidade como verde (tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta e temperatura de 38,5°C, amenorreia há mais de um mês; constipação, assaduras, inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais) ou como azul (queixas há mais de 15 dias; renovação de receitas; requisição e/ou retorno de exames; contrarreferências, etc). (RONCATO, ROXO, BENITES, 2012).

Speroni e Menezes (2014) observaram que a implementação do ACCR para o atendimento da demanda espontânea, evidenciou na prática, a subordinação dos usuários enquanto agentes de seu processo de cuidado. Segundo as autoras, o atendimento por ordem de chegada foi substituído pela priorização do atendimento baseado em critérios empíricos, o uso de protocolos e fluxogramas que poderiam guiar a prática clínica, permanece pequeno e muitos dos profissionais não são treinados para classificar risco.

No presente estudo, durante a observação não participante, foram realizadas as seguintes constatações:

Não foi realizada classificação de risco (observação)

Os critérios para a classificação foram os níveis glicêmicos apresentados no mapa (observação)

Nota-se que há diferenças de protocolos em diversas regiões do Brasil e da autonomia interdependente da equipe multiprofissional. Além disso, a triagem dos usuários, que deve ser supervisionada pela enfermeira, envolve critérios bem definidos como investigação sobre o tempo dos sintomas, patologias pregressas, uso de medicamentos e a avaliação da frequência cardíaca e respiratória que não foram mencionados nem observados nos sujeitos deste estudo como critérios indicadores de risco dos usuários da demanda espontânea.

A avaliação inicial do usuário deve considerar a apresentação usual da doença; sinais de alerta como choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, características da dor, entre outros; e a queixa principal. Inicialmente devem-se avaliar os sinais vitais, saturação de oxigênio, se disponível, a escala de dor, e alterações neurológicas através da escala de Glasgow. Para tal, existem protocolos de avaliação rápida que podem ser utilizadas, tais como o ABCD, que considera a abertura de vias aéreas, respiração, circulação e avaliação neurológica (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, são considerados vermelhos casos como: politraumatismo grave; queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios; trauma crânio encefálico grave; parada cardiorrespiratória; desconforto respiratório grave; sinais de infarto agudo do miocárdio; crises convulsivas, intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12; anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória; hemorragias não controláveis; infecções graves, entre outros. Esses casos necessitam de atendimento imediato na presença de um profissional médico (BRASIL, 2004). Salientamos que as USF contam com protocolos locais de classificação de risco que devem ser atualizados constantemente.

A prática baseada em evidências científicas requer que os profissionais estejam atualizados e sigam as recomendações e protocolos terapêuticos recentes e fundamentados por sociedades de pesquisa reconhecidas no Brasil para que o acesso seja eficiente e a atenção obtida seja qualificada. Para isso, a educação permanente em saúde dos profissionais das USF é imprescindível na busca pela implementação do ACCR como dispositivo para efetivação de políticas públicas de saúde no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão dos trabalhadores da saúde sobre as USF como parte integrante da rede de atenção às urgências é importante uma vez que interfere no atendimento dos usuários

em situação de urgência ou emergência nesse ponto da rede e na organização do processo de trabalho desses profissionais, que deverá incluir o manejo de usuários em demanda espontânea.

O presente estudo demonstrou que os trabalhadores não associam a AB como parte integrante da rede de atenção às urgências. Nesse sentido, as unidades não seriam responsáveis pelo atendimento de casos urgentes. Os usuários muitas vezes são orientados a procurar outros serviços, gerando sobrecarga em serviços de atenção secundária e terciária, como as policlínicas, unidades de pronto atendimento e o setor de emergência nos hospitais.

Os trabalhadores de saúde revelaram equívocos conceituais e práticas que não estão alinhadas com as recomendações ministeriais e nem com as prerrogativas técnicas sobre a importância do acesso qualificado à atenção através da principal porta de entrada do SUS.

Evidenciou-se que a triagem é compreendida como acolhimento e que a classificação de risco acontece esporadicamente e por vezes de maneira equivocada sem a supervisão sistematizada de um profissional de nível superior. Observou-se a utilização de critérios clínicos equivocados, não implementação de protocolos de classificação, o que resulta em imprecisões na classificação e no manejo dos usuários atendidos.

Assim, o ACCR implementado, não configura-se como uma estratégia de qualificação do acesso, uma vez que não assegura que as necessidades e demandas dos usuários sejam resolvidas em momento oportuno e de forma adequada. Deste modo, o ACCR nas USF em estudo, se caracterizou como potencial barreira organizacional, visto que os serviços não estão organizados de maneira a acolher, classificar e priorizar o atendimento às pessoas em demanda espontânea.

Nesse sentido, a educação permanente pode se configurar como uma estratégia de enfrentamento, a fim de oportunizar o crescimento, a transformação do processo de trabalho de maneira crítica e reflexiva, considerando principalmente que os protocolos, diretrizes e consensos que regem as práticas profissionais, sofrem modificações constantes. Recomenda-se a realização de novas pesquisas nesse contexto, com a finalidade de acrescer o conhecimento acerca dessa realidade, haja vista o número limitado de unidades pesquisadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. V. G.; ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A.; CERQUEIRA, E. M.; PEREIRA, M. J. B. Acesso na atenção à Saúde da Família em dois cenários do Nordeste do Brasil: fluxos organizativos e modelos. In: ASSIS, M. M. A.; ALMEIDA, M. V. G. (org.). **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde**: abordagens teóricas e práticas. Feira de Santana: UEFS, 2014. p. 111-148.

AZEVEDO, J. M. R. BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/xmlui/handle/ri/17730>. Acesso em 10 jul. 2018

ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C., BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S.et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 70. ed. São Paulo: Almedina, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510/2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2009. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2010. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Caderno de Atenção Básica. 1. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n. 28, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 out. 2018.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Políticas de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p.177-198.

MIANYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 8, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n8/2071-2085/pt>. Acesso em: 15 out. 2018.

SCHWALM, F. D., ALMEIDA, R. A., GYRÃO, N. B. O papel da atenção primária à saúde em urgências e emergências. In: DUNCAN, B. B. et al. (org.). **Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ROGERS A, FLOWERS J, PENCHEON D. Improving access needs a whole systems approach. **BMJ** 1999; 319:866-7.

RONCATO, P. A. Z.; ROXO, C. O.; BENITES, D. F. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 4, p. 308-313, 2012.

SPERONI, A. V. MENEZES, R. A. Os sentidos do acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n4/1414-462X-cadsc-22-04-00380.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.