



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 05, pp. 46755-46761, May, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21777.05.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO

Bebé Abida Cá (RN)<sup>1</sup>, Camilla Caitano Rozeti (RN, MSc)<sup>1</sup>, Simone Teresinha Protti Zanatta (RN, PhD)<sup>1</sup>, Naiana Oliveira dos Santos (RN, PhD)<sup>2</sup>, Renata Olzon Dionysio de Souza (RN, MN, PhD candidate)<sup>1</sup> and Luís Carlos Lopes-Júnior (RN, PhD)<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, São Paulo, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Franciscana – UFN, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

<sup>3</sup>Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, Espírito Santo, Brasil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 06<sup>th</sup> February, 2021

Received in revised form

11<sup>th</sup> March, 2021

Accepted 07<sup>th</sup> April, 2021

Published online 14<sup>th</sup> May, 2021

#### Key Words:

Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Planejamento Estratégico; Saúde Coletiva.

#### \*Corresponding author:

Luís Carlos Lopes Júnior

### ABSTRACT

**Objetivo:** compartilhar e refletir sobre a experiência de implementação do Acolhimento com Classificação de Risco como dispositivo de gestão em uma Unidade Básica de Saúde. **Método:** Estudo descritivo-reflexivo na modalidade relato de experiência, sobre a implementação de um plano de intervenção em uma Unidade Básica de Saúde, alicerçado no pensar reflexivo e sob a ótica do Planejamento Estratégico Situacional. **Resultados:** O plano de intervenção foi composto por três elementos elaborados e implementados junto à equipe de saúde: “Acolhendo a Demanda Espontânea da Unidade; Fluxograma de Atendimento; e Ficha de Atendimento Inicial”. **Conclusão:** O plano de intervenção proposto e implementado surtiu efeito positivo na Unidade Básica de Saúde, uma vez que a maioria dos membros da equipe de saúde consideraram-o como viável, satisfatório, e ratificaram que o mesmo facilitou e auxiliou na gestão e organização do processo de trabalho. Espera-se que relato possibilite uma reflexão junto a outras equipes da Atenção Primária à Saúde para a transformação da *práxis* em Saúde Coletiva.

Copyright © 2021, *Bebé Abida Cá et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: *Bebé Abida Cá (RN), Camilla Caitano Rozeti (RN, MSc), Simone Teresinha Protti Zanatta (RN, PhD), Naiana Oliveira dos Santos (RN, PhD) et al.* “Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária à Saúde como dispositivo de gestão”, *International Journal of Development Research*, 11, (05), 46755-46761.

## INTRODUÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é compreendido como um dispositivo tecnológico relacional de intervenção, e se norteia pela escuta qualificada, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização, resolutividade dos serviços de saúde, bem como pela priorização dos usuários em maior risco para atendimento (Brasil, 2010). Assim, o acolhimento busca a inclusão do usuário e do profissional em uma rede de conversações capaz de resgatar o enfoque do trabalho em saúde centrado no usuário (Hermida *et al.*, 2018; Camelo *et al.*, 2016; Scholze, 2014). O desenvolvimento do acolhimento como tecnologia essencial para a reorganização dos serviços caracteriza-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) e aos demais níveis do sistema (Brasil, 2010). No processo de qualificação do modelo de assistência, o acolhimento tem se configurado como uma das diretrizes operacionais fundamental para materializar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, é preciso compreender que o sentido e a prática do acolhimento

são abrangentes e perpassam os mais variados campos e processos de produção de saúde de subjetividades e de cuidado (Brasil, 2010; Guerrero *et al.*, 2013). No que concerne ao processo de produção de saúde, a diretriz do acolhimento preconizada na Política Nacional de Humanização (PNH) enfatiza que acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações, e precisa ser construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho visando a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre trabalhadores/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (Brasil, 2010). Este aspecto vem ao encontro das discussões atuais a respeito da construção social APS, buscando romper com alguns paradigmas convencionais predominantes, como por exemplo, a adoção de um modelo de gestão pautado nas necessidades de saúde da população ao invés de um modelo de gestão de oferta, historicamente construído (Mendes, 2015; Garuzi *et al.*, 2014). Assim, é indispensável sensibilizar e conscientizar os profissionais de saúde bem como a população do território sobre a organização das demandas espontâneas nas Unidades Básicas de

Saúde (UBS), bem como as ferramentas para o manejo adequado das prioridades de atendimentos (Garuzi *et al.*, 2014). A demanda espontânea é um dos grandes desafios das equipes de saúde, e representa a autopercepção do usuário ao identificar a necessidade de buscar o serviço de saúde e que almeja uma resolução imediata (Santana, 2011). Quando se discute a reorganização das práticas de saúde no nível local visando ao estabelecimento da integralidade da atenção, uma tarefa inevitável aos sujeitos envolvidos neste processo é a identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população de um dado território. Nesse sentido, transpõe-se como uma tarefa árdua aos profissionais que atuam na APS (gestores e equipe multidisciplinar), uma dificuldade em equacionar a oferta organizada de serviços, baseada em uma análise técnica da situação de saúde da população de um determinado território, com o atendimento à demanda espontânea que bate à porta das unidades de saúde e que espera destes o acolhimento e resolução de seus problemas de maneira imediata (Camelo *et al.*, 2016; Guerrero *et al.*, 2013; Franco *et al.*, 1999). Quando o usuário procura o serviço de saúde, é acolhido pelo profissional que realiza a escuta qualificada, avalia e aplica o fluxograma e classifica as necessidades de saúde do usuário (Camelo *et al.*, 2016), conforme critérios de risco estabelecidos em protocolos. Os protocolos, que sustentam a classificação do risco e/ou vulnerabilidade de cada usuário, são definidos por parâmetros subjetivos e objetivos, tempos e fluxos que podem sofrer alterações, a critério da instituição de saúde. O protocolo que direciona a atuação dos profissionais de saúde é essencial para guiar a avaliação desse profissional, contudo, sua implantação efetiva depende de uma rede assistencial estruturada e organizada, capaz de assegurar a continuidade da assistência em outros serviços de saúde, quando necessária (Hermida *et al.*, 2018).

Seguindo alguns princípios filosóficos do processo de trabalho, que engloba a valorização da participação da equipe na identificação dos problemas e necessidades de saúde, discussão e elaboração de propostas de melhorias para o serviço, usuários e gestão e organização do trabalho (Peduzzi *et al.*, 2013; Souza, 2012), é que este estudo se mostra pertinente. De fato, o acolhimento tem ganhado ênfase nos últimos anos na Saúde Coletiva pela relevância na reorganização do processo de trabalho na APS. Ademais, o desconhecimento da importância do acolhimento pelo usuário, muitas vezes, permite uma supervalorização do cuidado biomédico como o mais importante para resolução de seus problemas, fomentando o modelo de atenção Flexneriano, em detrimento ao modelo de atenção à saúde que se pretende de fato construir com o SUS, ou seja, pautado nas reais necessidades da população e na integralidade da atenção (Guerrero *et al.*, 2013). Salienta-se que, a estratégia de implantação de uma sistemática do ACCR sob a luz do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilita uma reflexão profissional e institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas. A partir do levantamento do problema priorizado bem como de seus nós críticos, avalia-se com a equipe de saúde, os planos operativos que possibilitem a resolução desses problemas. O PES considera a realidade social como complexa, o que requer leituras e intervenções de natureza interdisciplinar e intersetorial. Ao mesmo tempo, reconhece especificidades inerentes à localização espaço-temporal de cada problema, que lhe confere dinâmicas e significados particulares, exigindo formas próprias de abordagem (Kleba *et al.*, 2011; Lopes-Júnior *et al.*, 2013). Ademais, o PES é um método voltado para resolução de problemas atuais, potenciais e macroproblemas, visando à transformação de uma realidade, e é

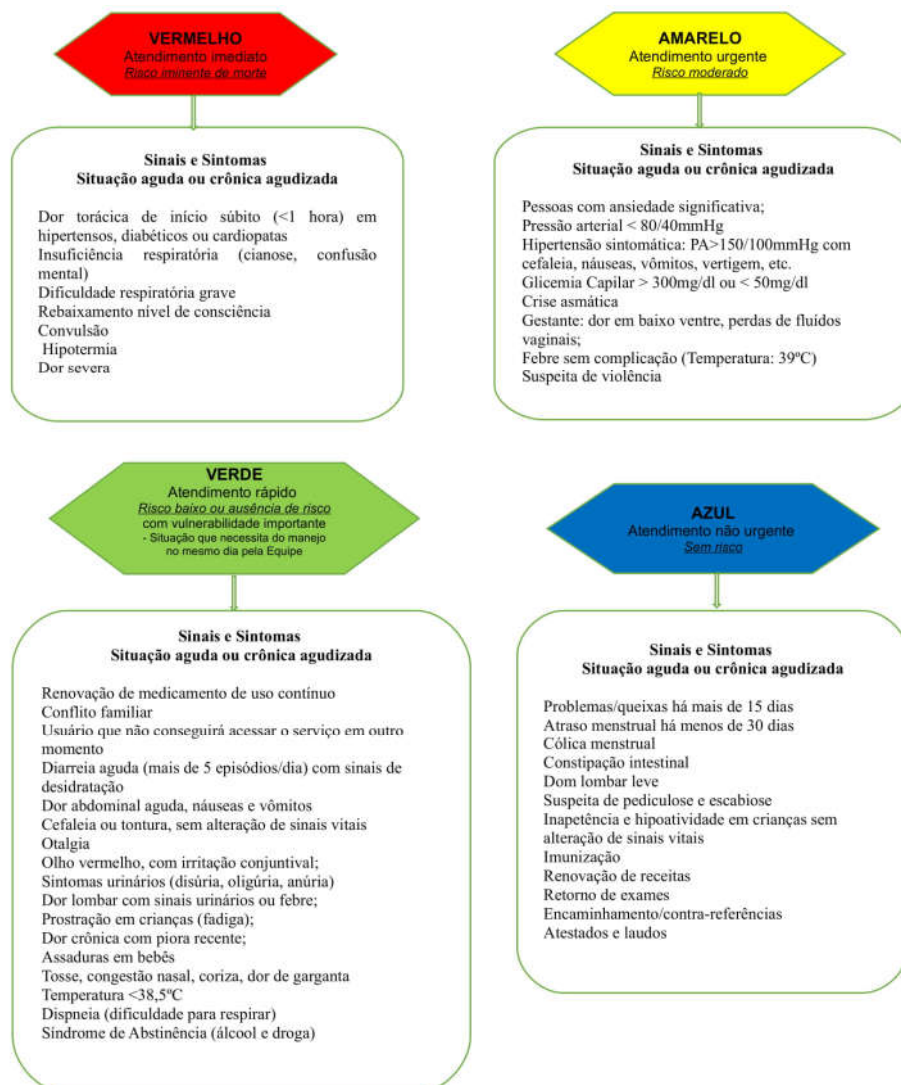


Figura 1. Proposta de acolhimento à Demanda Espontânea na UBS, 2018

composto por quatro momentos inter-relacionados (momento explicativo; momento normativo; momento estratégico; e momento tático-operacional) (Kleba *et al.*, 2011; Lopes-Júnior *et al.*, 2013). Somado a isso, o ACCR transpõe-se como um potente dispositivo de gestão para reorganizar a demanda espontânea das UBS, a qual deve ser realizada com qualidade e de forma humanizada. É um desafio árduo, porém, necessário e premente para melhoria da prestação do serviço à população, sobretudo, com vistas ao fortalecimento da APS. Nesse contexto, o presente artigo teve por objetivo compartilhar e refletir sobre a experiência de implementação do Acolhimento com Classificação de Risco como dispositivo de gestão em uma Unidade Básica de Saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo-reflexivo, sobre a implementação de um plano de intervenção em uma UBS localizada no município de São Carlos, São Paulo. Com base na construção teórica sobre o pensar reflexivo (Souza, 2012), bem como sob a ótica do Planejamento Estratégico Situacional (PES), (Kleba *et al.*, 2011) foram abordados aspectos conceituais sobre ACCR na APS e discutido a implementação e operacionalização deste dispositivo de gestão no nível local.

## RESULTADOS

O estudo aqui apresentado foi realizado na UBS Santa Paula, localizada no município de São Carlos, São Paulo. O município de São Carlos, situado na região central do Estado de São Paulo, em 2016, possuía uma população estimada de 243.765 pessoas. A APS em São Carlos é composta por 12 UBS e 21 Estratégia Saúde da Família (ESF). Em relação a Rede de Atenção à Saúde (RAS), o município integra a Região Coração no Departamento Regional de Saúde de Araraquara - DRS III sendo também referência para serviços de maior complexidade aos municípios vizinhos pertencentes a mesma região. A UBS em pauta, sob administração da Prefeitura Municipal de São Carlos foi inaugurada 21 de julho de 1984, sendo ampliada e reinaugurada em 2016, e possui a missão de prestar assistência de qualidade à saúde da população no âmbito do SUS e oferecer um cenário de prática adequada ao ensino e pesquisa para alunos de graduação da área da saúde. Nessa UBS o fluxo de atendimento acontece por meio de agendamento das consultas (demanda programada) e muitas vezes a tentativa de encaixe (demanda espontânea). No primeiro momento do PES (momento explicativo), observou-se o nível elevado da demanda espontânea em relação à demanda programada.

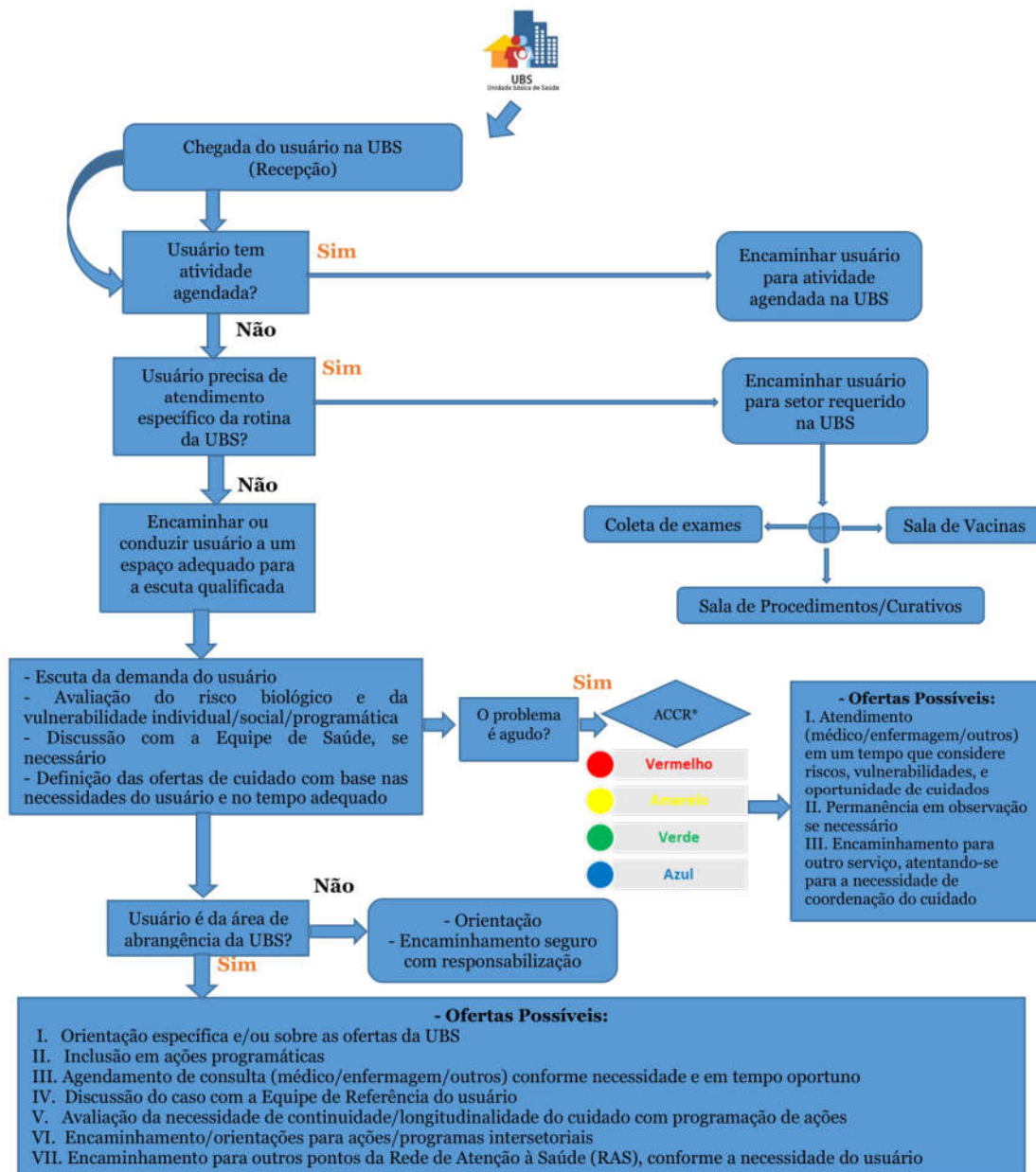


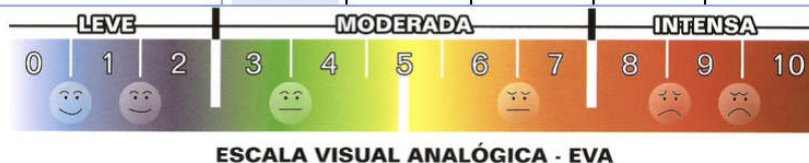
Figura 2. Proposta de fluxograma de ACCR da demanda espontânea na UBS, 2018. Adaptado de Brasil (2013)

Por vezes, alguns usuários chegavam ansiosos e angustiados procurando atendimento médico, sendo que na maior parte dos casos tratava-se de um problema que não era agudo. No segundo momento do PES (momento normativo), após a identificação dos problemas, realizou-se o planejamento da operação junto a equipe. O plano estruturado, foi apresentado na reunião de equipe para avaliação e viabilidade. As metas estabelecidas foram de curto prazo. No terceiro momento do PES (momento estratégico), discutiu-se com a equipe a viabilidade dos recursos materiais e recursos humanos para a implementação do ACCR. Um ponto importante deste momento, foi a sensibilização e flexibilização em relação apresentação do plano de intervenção para a equipe da UBS. Assim, foram considerados todos os apontamentos de cada integrante da equipe, a fim de potencializar o plano de intervenção.

No quarto momento do PES (momento tático-operacional), colocou-se em execução o plano de intervenção propriamente dito, qual seja o ACCR na UBS. A seguir são apresentados os elementos que compuseram a elaboração da proposta de intervenção: I) Acolhendo a Demanda Espontânea da UBS (Figura 1); II) Fluxograma de ACCR da demanda espontânea da UBS (Figura 2); III) Ficha de Atendimento Inicial do ACCR (Figura 3). Houve algumas sugestões por parte dos membros da equipe de saúde da UBS com relação a implementação do ACCR, sendo que a totalidade sugeriu a solicitação de mais recursos humanos; e afirmaram que quando há um instrumento que balize e direcione a prática profissional, especialmente tratando-se de um dispositivo de gestão e organização do serviço prestado aos usuários para viabilizar um melhor funcionamento da unidade, vilumbra-se de fato, que se obtenha êxito.

### FICHA DE ATENDIMENTO

<b>Prontuário:</b> _____	<b>Nome:</b> _____					
	<b>Nome da mãe:</b> _____					
<b>Nº Cartão Nacional de Saúde (SUS):</b> _____	<b>Data:</b> __/__/__	<b>Horário:</b> _____				
<b>Sexo:</b> _____	<b>Idade:</b> _____					
<b>Motivo pelo qual procura atendimento à UBS:</b>	_____					
<b>Vulnerabilidade individual, social e programática</b>	_____					
<b>Doenças pré-existentes:</b>	_____					
<b>Antecedentes Familiares:</b>	_____					
<b>Medicamento em Uso:</b>	_____					
<b>Alergias</b>	_____					
<b>Sinais Vitais</b>	<i>Pressão Arterial (mm/Hg)</i>	<i>Frequência Cardíaca (bpm)</i>	<i>Frequência Respiratória (rpm)</i>	<i>Saturação de O<sub>2</sub> (%)</i>	<i>Temperatura (°C)</i>	<i>Dor (Intensidade EVA)</i>



### ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Conduta Inicial:</b></li> <li>▪ <span style="color: red;">●</span> Vermelho</li> <li>▪ <span style="color: yellow;">●</span> Amarelo</li> <li>▪ <span style="color: green;">●</span> Verde</li> <li>▪ <span style="color: blue;">●</span> Azul</li> <li>▪ <b>Horário:</b></li> <li>▪ <b>Reavaliação:</b></li> <li>▪ <b>Horário</b></li> </ul>	       
---	------------------------------

Assinatura e carimbo do profissional responsável pela ACCR (Enfermeiro ou Médico)

Figura 3. Proposta de Ficha de Atendimento Inicial do ACCR, 2018

A equipe de saúde considerou o instrumento valioso, principalmente se o usuário já estiver cadastrado na unidade, pois facilita ainda mais em termos de organização dos atendimentos.

## DISCUSSÃO

O acolhimento favorece a organização dos serviços de maneira adequada ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando sua singularidade, subjetividade, privacidade e qualificação da assistência prestada e pode atuar positivamente no estado de saúde individual e coletiva (Brasil, 2010; Guerrero *et al.*, 2013; Lopes-Júnior *et al.*, 2013; Cecílio, 2012). Sobretudo, a realização de ACCR enquanto dispositivo de gestão da PNH a ser implementado na APS, possibilita o reconhecimento aos problemas de saúde da população de forma a organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato com a equipe de saúde (Guerrero *et al.*, 2013). Entendido como uma tecnologia leve (tecnologia das relações), o acolhimento deve ser usado na perspectiva de implantação de novas práticas de saúde e ressignificar a lógica de organização e o funcionamento dos serviços de saúde (Garuzi *et al.*, 2014; Souza, 2008; Matumoto *et al.*, 2009; Oliveira *et al.*, 2018; Takemoto *et al.*, 2007; Freire *et al.*, 2008; Ayres *et al.*, 2006; Kantorski *et al.*, 2009). Como observado em nossos resultados e em linha com os achados de alguns pesquisadores, existem obstáculos para o desenvolvimento do acolhimento, como por exemplo, a pressão da demanda (gerando um tempo reduzido para o atendimento), o desconhecimento da realidade da população por alguns membros da equipe que não realizam atividades extramuros, o imediatismo inerente à sociedade atual, a dificuldade de realizar encaminhamentos para especialistas, o despreparo dos profissionais para o trabalho em equipe, o desgaste da equipe e a resistência dos usuários, decorrente da hegemonia do modelo Flexeneriano (médico-centrado), limitação de espaço físico e limitação de horários. Muitos usuários ainda deixam a unidade de saúde sem resolver seu problema e nesses casos é plausível que a proposta do acolhimento não foi contemplada, haja vista, por exemplo, o estabelecimento de número fixo de vagas e o não atendimento a necessidade da população. Ressalta-se que nem todos os usuários que buscam a UBS precisam de atendimento médico ou medicalização, contudo, precisam ser acolhidos em suas necessidades de saúde. Por isso, a importância do acolhimento com a classificação de risco, que poderá orientar e direcionar o atendimento apropriado à necessidade apontada pelo usuário (Garuzi *et al.*, 2014). O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo de gestão potente para atender à exigência de acesso e refletir sobre o processo de trabalho. Ressalta-se que apesar de serem utilizados de forma ambígua, acesso e acessibilidade têm significados complementares (Starfield, 2002).

A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da execução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (Souza *et al.*, 2008). Um estudo apontou que os profissionais consideraram o acolhimento como tecnologia para ampliação da escuta e diminuição da fragmentação do cuidado. Porém, ainda há uma dificuldade na organização dos serviços e atribuições das próprias UBS dificultando a realização do mesmo (Silva *et al.*, 2015). Salienta-se que o acolhimento da demanda espontânea na APS exige uma mudança no processo de trabalho da equipe, garantindo maior equidade e qualidade e uma escuta humanizada da população (Brasil, 2013). O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais ou cada um de acordo com a sua necessidade, evitando diferenciações injustas (Paim, 2006). Nessa ótica, o ACCR se transpõe como um potente dispositivo de gestão e organização do processo de trabalho para operacionalizar os princípios e diretrizes da PNH, visando o reconhecimento dos usuários que requerem intervenção, de acordo com o potencial de

risco e vulnerabilidade (Brasil, 2010; Brasil, 2013). Em alguns casos, o tato, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando os riscos e as vulnerabilidades. No entanto, pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico, seja em termos da aceitação/suporte pela equipe de saúde. Para tanto, é importante que as equipes discutam, que haja troca de saberes, que sejam pactuados critérios que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade (Brasil, 2013). Tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência/emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco. A utilização de tais protocolos e suas respectivas escalas têm impacto importante na qualidade do acesso desses serviços. Esses protocolos podem ser referência, mas, necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da APS. Na APS, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico (após acolhimento inicial), a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária. Porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, e a estratificação de risco é bastante útil nesse sentido (Brasil, 2013). Nosso estudo demonstrou que a realização do acolhimento, com a utilização de protocolo de ACCR sistematizado auxiliou na reorganização do cuidado. Outro aspecto importante é que o ACCR respalda legalmente as condutas tomadas pelos profissionais da Enfermagem e os demais profissionais que realizam o acolhimento, proporcionando maior efetividade e segurança ao cuidado em saúde dos usuários.

A natureza da APS, na qual as noções de vínculo, responsabilização, clínica ampliada e gestão compartilhada do cuidado são fundamentais, exige, de forma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades, tais como: a) a presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) as quais podem requerer intervenções no mesmo dia (médicas ou não), agendamento para data próxima ou construção de Projeto Terapêutico Singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo; b) as classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário, estando na unidade ou após ter saído dela; c) pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões) (Brasil, 2013). Ademais, a avaliação de risco e vulnerabilidade devem ser, preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral de modo a contribuir para a co-responsabilização/autonomia na produção de cuidados. Gestores e profissionais ratificam a necessidade de capacitação e treinamento de todos os trabalhadores para a prática do acolhimento (Cavalcante *et al.*, 2009; Fortuna *et al.*, 2017). Entretanto, os profissionais ainda têm uma formação que privilegia ações curativas, fragmentadas, mecanizadas, médico-centradas. Conseqüentemente, os trabalhadores, em sua prática, mantêm o modelo biomédico (Flexeneriano) da divisão por especialidades e por disciplinas.

Assim, é fundamental ampliar a competência clínica da equipe de saúde local para escuta qualificada, com vistas à clínica ampliada, e sobretudo, reconhecer riscos e as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas da população adstrita para intervir efetivamente (Ayres *et al.*, 2006). A ênfase na equipe interdisciplinar parece ser uma ferramenta indutora de mudança nos processos de trabalho, alicerçando a integralidade e seus dispositivos (acolhimento, vínculo, autonomia, resolubilidade, responsabilização) (Lopes-Júnior; Lima, 2019). Ademais, a inadequação profissional ao novo modelo indica a necessidade dos gestores investirem em Educação Permanente e na reflexão das ações por parte do sistema formador (Freire *et al.*, 2008; Assega *et al.*, 2010; Assega *et al.*, 2015), uma vez que a prática do acolhimento tem sido estimulada nacionalmente nas UBS, em defesa do SUS enquanto política de Estado e não de governo (Garuzi, 2014). Contudo, na prestação de serviços aos usuários do SUS, predominam combinações tecnológicas centradas na demanda espontânea, de modo que a organização dos processos de trabalho em saúde e o modelo médico hegemônico estimulam as forças expansionistas do mercado. Propostas racionalizadoras, como Estratégia Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Humanização, Acolhimento, Gestão de

Risco, Rede de Atenção à Saúde, Avaliação Tecnológica em Saúde, Educação Permanente em Saúde, ainda não conseguiram superar o modelo médico hegemônico. Esses esforços enfrentam obstáculos políticos com alta rotatividade de dirigentes e técnicos, descontinuidade administrativa, baixa responsabilização dos atores sociais e assimetria nas relações de poder, inclusive entre os entes federativos (Paim, 2011; Lopes-Júnior, 2020).

## CONCLUSÃO

A produção deste plano de intervenção proporcionou uma maior compreensão sobre a importância do dispositivo de gestão ACCR, preconizado na PNH, para auxiliar na organização do processo de trabalho no nível local, especialmente, tendo em vista um melhor funcionamento do serviço às necessidades dos usuários, considerando os riscos, vulnerabilidades e subjetividades que permeiam o processo saúde-doença-cuidado. Os resultados do estudo contribuíram para a equipe de saúde, bem como para a gestão local, municipal e regional de saúde, possibilitando melhorias no ACCR com base nas suas diretrizes, propostas pelo Ministério da Saúde. O desenvolvimento de futuros estudos, utilizando delineamentos longitudinais, poderão contribuir para aprofundar o conhecimento dos fatores relacionados às fragilidades e potencialidades do ACCR nas UBS. Ressalta-se ainda a importância de pesquisas futuras, que abarquem a satisfação dos usuários, enquanto beneficiários diretos, os quais podem fornecer informações relevantes para subsidiar a discussão sobre a temática do ACCR no contexto da APS, uma vez que a maioria dos estudos realizados traz como cenário a área hospitalar. Espera-se que este plano de intervenção possibilite uma reflexão junto a equipe local bem como de outras equipes de saúde da APS para a transformação da *práxis* em Saúde Coletiva, de modo que possam ser potencializados os recursos disponíveis para oferecer respostas adequadas e resolutivas às reais necessidades dos usuários, melhorando sua qualidade de vida, satisfação sobre o acesso e o uso dos serviços, bem como para o fortalecimento da APS.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. 2010. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF): MS; Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)
- Hermida PMV, Nascimento ERPD, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. 2018. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. *Rev Esc Enferm USP*. 52:e03318. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>
- Camelo MS, Lima LR, Volpe CRG, Santos WS, Rehem TCMSB. 2016. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 29(4):463-468. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063>
- Scholze AS. 2014. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 9(31):219-226. [https://doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)637](https://doi.org/10.5712/rbmf9(31)637)
- Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):132-140. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>
- Mendes EV. The social construction of primary health care. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS; 2015. 193p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
- Garuzi M, Achitti MC, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. 2014. User embracement in the Family Health Strategy in Brazil: an integrative review. *Rev Panam Salud Publica*. 35(2):144-149. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n2/144-149/>
- Santana ML. 2011. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 6(19):133-141. [https://doi.org/10.5712/rbmf6\(19\)163](https://doi.org/10.5712/rbmf6(19)163)
- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. 1999. User embracement and the working process in health: Betim's case, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 15(2):345-353. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en)
- Peduzzi M, Norman IJ, Germani AC, Silva JA, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):977-983. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>
- Souza RA. 2012. The foundations of pedagogy by John Dewey: a reflection on pragmatist epistemology. *RevContrap Eletr*. 12(2):227-233. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1116448.pdf>
- Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. 2011. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 20(1):184-193. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100022>
- Lopes-Júnior LC, Assega ML, Machado ML, Flória-Santos M, Pirolo SM. 2013. Competências gerenciais em situação de urgência na atenção básica: experiência de um currículo de enfermagem orientado por competências. *Rev. Gestão & Saúde (Brasília)*. (3):995-1005. <http://dx.doi.org/10.18673/gsv4i3.14168>
- Cecilio LCO. 2012. Innovating when producing health care, practices, and knowledge: how to avoid doing "ever the same"? *Saude Soc*. 21(2):280-289. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200003>
- Souza EC, Vilar RL, Rocha NS, Uchoa AC, Rocha PM. 2008. Primary health care access and receptivity to users: an analysis of perceptions by users and health professionals. *Cad Saúde Pública*. 24(Suppl 1):s100-s110. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>
- Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. 2009. Preparing the care relationship: a welcoming tool in health units. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 17(6):1001-1008. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600012>
- Oliveira LML, Tunin ASM, Silva FC. 2008. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. *Rev APS*. 11(4):362-373. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/14297>
- Takemoto MLS, Silva EM. 2007. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 23(2):331-340. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200009>
- Freire LAM, Storino LP, Horta NC, Magalhães NC, Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. *REME*. 2008;12(2):271-277. <http://www.dx.doi.org/S1415-27622008000200019>
- Ayres RCV, Pereira SAOE, Ávila SMN, Valentim W. 2006. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. *Mundo Saude*. 30(2):306-311. Disponível em: [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/35/acolhimento\\_psf.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf)
- Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. 2009. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. *Rev Gaucha Enferm*. 30(4):594-601. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472009000400003>
- Starfield B. 2002. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Brasília (DF): Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura;. 726p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)
- Silva TF, Romano VF. 2015. About the reception: discourse and practice in the Basic Health Units in the city of Rio de Janeiro. *Saude Debate*. 39(105):363-374. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002005>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2013.

- Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)
- Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saude Soc.* 2006;15(2):34-46. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200005>
- Cavalcante Filho JB, Vasconcelos EMS, Ceccim RB, Gomes LB. 2009. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface (Botucatu)*.13(31):315-328. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400007>
- Fortuna CM, Oliveira KF, Feliciano AB, Silva MV, Borges FA, Camacho GA, *et al.* 2017. Embracement as an analyzer of the relationships between professionals, managers and users. *Rev Esc Enferm USP*.51:e03258. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016003303258>
- Lopes-Júnior LC, Lima RAG. 2019. Cancer care and interdisciplinary practice. *Cad Saude Publica.* 35(1):e00193218. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00193218>
- Assega ML, Lopes-Júnior LC, Bomfim EO, Laluna M.C.M.C. 2015. Management skills development and organization of work process in nursing. *J Nurs UFPE on line.* 9(Suppl. 5):8379–8387. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/articulo/view/10603>
- Assega ML, Lopes-Júnior LC, Santos EV, Antoniassi RS, Padula MGC, Pirollo SM. 2010. The interdisciplinarity experienced in the PET-Saúde Program. *Rev Ciência & Saúde.* 3(1):29–33. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2010.1.7027>
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. 2011. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 377(9779):1778-1797. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Lopes-Júnior LC. 2020. Policies, epidemiology, and praxis in Brazil's Unified National Health System. *Cad Saude Pública,* 36(11):e00295120. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00295120>

\*\*\*\*\*