

DIREITO À SAÚDE: LIMITES E POTENCIALIDADES DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RIGHT TO HEALTH: LIMITS AND POTENTIAL OF EMBRACEMENT WITH RISK CLASSIFICATION

SANDRA MARA MACIEL-LIMA

Doutora em Sociologia e Mestra em Administração pela Universidade Federal do Paraná. Pesquisadora-docente do Mestrado em Direito do UNICURITIBA e Coordenadora de Tutoria do Curso de Especialização em Gestão Pública (UFPR/UAB). Líder do Grupo de Pesquisa Observatório sobre o Direito à saúde no Brasil: inclusão e cidadania. Endereço eletrônico: maciellima.sandra@gmail.com.

LUCIANA FERREIRA CARABAGIALLE

Acadêmica do Curso de Direito do UNICURITIBA. Membro do Grupo de Pesquisa Observatório sobre o Direito à saúde no Brasil: inclusão e cidadania. Endereço eletrônico: lucigialle@yahoo.com.br.

RESUMO

O objetivo do presente artigo é refletir sobre os limites e potencialidades do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em relação à qualidade no atendimento dos serviços de saúde, no âmbito Constituição Federal e da Portaria 1.600 de 7 de julho de 2011 do Ministério da Saúde. Por meio de uma pesquisa descritiva-exploratória que se utiliza da pesquisa bibliográfica conclui-se que o ACCR como estratégia de reorganização e realização da promoção da saúde em rede, tem um potencial reconhecido pelos profissionais. Entretanto, o próprio Ministério da Saúde reconhece alguns limites como sendo pontos críticos deste processo tais como: ampliação do acesso sem sobrecarregar as equipes; ampliar a escuta de forma a considerar a dimensão humana na relação profissional e usuário; trabalho integrado entre médico e equipe visando ao compartilhamento de saberes; e, explicitar e discutir a proposta com a população, profissionais e atores políticos.

PALAVRAS CHAVE: Sistema Único de Saúde; Urgências Médicas; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this paper is to discuss the limits and potentialities of embracement with risk classification (ACCR) in relation to service quality of health services under the Federal Constitution and the Ordinance of 1600 July 7, 2011 of the Ministry of Health. Through a descriptive-exploratory study that uses the literature concludes that the ACCR as reorganization strategy and implementation of health promotion network, has a potential recognized by professionals. However, the Ministry of Health itself recognizes some limits as critical points of the process such as: expanding access without straining teams, expanding the listening in order to consider the human dimension in the professional and user; integrated work between physicians and staff in order the sharing of knowledge, and explain and discuss the proposal with the public, professional and political actors.

KEYWORD: Health System; Emergency Medical; Public Health Policies

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil iniciou suas conquistas com o Movimento da Reforma Sanitária em 1988 e com a definição na Constituição Federal relativa ao setor de saúde. Enquanto direito fundamental, a saúde é premissa básica no exercício da inclusão e da cidadania embora ainda não se efetive conforme o previsto na Constituição.

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 2007), assim como a integralidade e a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população, entre outros.

Nesses 25 anos de SUS muitas tentativas já foram realizadas pelo Ministério da Saúde no sentido de minimizar os problemas que ainda persistem. Contudo o acesso aos serviços de saúde ainda não é o adequado, a desvalorização dos profissionais da saúde, assim como, a precarização das relações de trabalho, a falta

de investimento em qualificação contínua e a baixa participação destes profissionais na gestão dos serviços, agrava a situação da saúde no país (BRASIL, 2004).

No sentido de enfrentar estas questões latentes e aproximar o SUS do previsto na Constituição Federal e da Lei 8.080, o MS lança em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) propondo uma política transversal no SUS que visa:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004, s/p.).

Uma das metas definidas pelo PNH é a redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso, atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco, prevendo na Urgência e Emergência, nos Pronto-Socorros, Pronto-Atendimentos, Assistência Pré-Hospitalar:

- demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- garantida a referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura

hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;

- definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito (BRASIL, 2004, s/p.).

Em 2006 o MS lança a Política Nacional de Atenção às Urgências que visa organizar a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes da Saúde da Família, até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2006). Esta ação do MS inicia com o suporte financeiro à implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU 192), com suas unidades de suporte avançado e suporte básico de vida, em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, respondendo aos pedidos de auxílio por meio de Centrais de Regulação Médica.

Em 2010 a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. A RAS surge como uma “estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” (BRASIL, 2010).

Desde então o MS e os gestores do SUS vêm estimulando “a organização e a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança”. Por meio da Portaria 1.600 de 7 de julho de 2011 o MS reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção às Urgências tem “a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna” (BRASIL, 2011).

De acordo com o Art. 2º da Portaria 1600 do MS que constitui as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências destacam-se:

- I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
 - II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
 - III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
 - IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde
 - V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
 - VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção
- [...] (BRASIL, 2011).

Por sua vez, o Art. 3º prevê a implantação do Acolhimento com Classificação do Risco em toda a Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é uma tecnologia fundamentada em conceitos internacionais estabelecidos pelo protocolo de Manchester que prevê padrões para o atendimento nas emergências. O objetivo é priorizar o atendimento de acordo com indicação clínica visando superar os problemas encontrados no modelo tradicional de organização (SHIROMA e PIRES, 2011).

Neste contexto, o presente artigo configura-se como um estudo sociojurídico visando refletir sobre os limites e potencialidades do ACCR em relação à qualidade no atendimento dos serviços de saúde. Para tanto, ele precisa aproximar os campos jurídico e sociológico fornecendo subsídios para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das Políticas Públicas em Saúde.

2. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco é uma ferramenta que visa organizar e reduzir a fila de espera, assim como, garantir o acolhimento e o atendimento imediato nos Serviços de Urgência dos usuários com grau de risco elevado (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, o acolhimento com avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede. “Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores”. Assim “ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada” (BRASIL, 2009, p. 4), de forma a garantir o direito à saúde conforme positivado na Constituição Federal de 1988.

O acolhimento com classificação de risco (ACCR) pressupõe que os usuários serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde – enfermeiro – que vai escutar a queixa, identificar o risco e a vulnerabilidade e encaminhar este usuário ao atendimento adequado.

O ACCR considera uma reorganização dos espaços e de seus usos para que haja clareza no atendimento. O que o Ministério da Saúde sugere é uma organização espacial composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. Considera-se pelo menos dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, que recebe o nome de eixo vermelho, e o do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita de atendimento de urgência, que recebe o nome de eixo azul (BRASIL, 2009)

Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes.

3. LIMITES E POTENCIALIDADES DO ACOLHIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Os estudos publicados sobre o ACCR no Brasil mostram as potencialidades desta tecnologia, entretanto, apresentam também algumas limitações. Limitações e potencialidades que precisam ser apresentadas, discutidas e avaliadas no sentido de subsidiar as estratégias de gestores de saúde em todo o país.

Shiroma (2008) realizou um estudo qualitativo de caráter exploratório na Emergência Adulto de um Hospital público localizado na região sul do Brasil com o objetivo de identificar e analisar, a partir da percepção dos enfermeiros, as potencialidades e dificuldades para a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da aplicação de um questionário e de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de enfermagem do setor de Emergência Adulto do Hospital mencionado, destacou-se como potencialidades: a possibilidade do ACCR de evitar distorções, como a supervalorização ou desvalorização da queixa e/ou sintomas ocasionando esperas indevidas e invertendo prioridades no atendimento; a melhor ordenação do serviço e atendimento do usuário e de suas necessidades, com reflexos também para o processo de trabalho de enfermagem; e, contribuir para a reeducação dos usuários quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis. Como limites o estudo aponta: a insuficiente qualificação da assistência em Emergência, em face de crescente complexidade de demanda; o número insuficiente de profissionais de saúde mobilizados para atender a demanda crescente e cada vez mais complexa dos serviços de saúde, principalmente no setor de emergência; e, limitações em relação ao apoio das autoridades sanitárias.

Ainda no contexto do PNH, o estudo de Toledo (2009) investigou a acurácia dos enfermeiros na avaliação e classificação de risco estabelecidas no protocolo institucional do Pronto Socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte – MG. Analisou 382 registros das fichas de atendimento dos usuários atendidos no setor de avaliação e classificação de risco, desde a implantação da estratégia de acolhimento em setembro de 2005 até setembro de 2007. A partir dos dados coletados o autor

conclui que “os dados considerados fundamentais para a atribuição do risco, segundo o protocolo institucional, foram pouco freqüentes nos registros examinados”, em alguns casos, “houve erros consideráveis”, afinal, “a ausência desses dados não permite ao enfermeiro a compreensão da real condição clínica apresentada pelo usuário, podendo gerar complicações, tanto para o usuário como para o profissional, seja no campo ético ou legal”. Por fim, o estudo aponta para a necessidade de treinamento dos profissionais de enfermagem responsáveis pelas avaliações clínicas e sugere novos estudos a realização de estudos que “contemplem a visão que os enfermeiros têm sobre o protocolo institucional, avaliando sua aplicabilidade e validade” (TOLEDO, 2009, p. 101).

Em outro estudo, Feijó (2010) ao analisar a demanda de pacientes atendida na emergência do Hospital Universitário de Londrina, indica que o uso da ferramenta ACCR contribui na identificação dos casos mais graves e na organização da demanda que procura atendimento no serviço de urgência e emergência do Hospital analisado. Entretanto, o estudo aponta que a adequação da demanda depende também da organização do sistema de saúde local como um todo.

Corroborando os resultados de Shiroma (2008) e Feijó (2010) e, ainda, na direção do que sugere o estudo de Toledo (2009), Shiroma e Pires (2011) desenvolveram um estudo qualitativo exploratório com o objetivo de conhecer a visão das/os enfermeiras/os acerca da expectativa em relação à implantação do ACCR em serviços de emergência de um hospital universitário de Santa Catarina. Na opinião dos profissionais entrevistados o ACCR possui potencial para melhorar a resolutividade e fornecer respostas seguras aos usuários, tendo em vista a priorização do atendimento por gravidade; possibilita reforçar as ações educativas no sentido de informação e orientação em relação à diferença entre atendimentos de emergência e eletivos; proporciona ao usuário grave um atendimento com mais agilidade e humanização que é o foco da assistência emergencial. O estudo conclui que o ACCR pode melhorar a organização do serviço e a qualidade da assistência, embora esta mudança proposta pelo MS precise contar com vontade política e condições estruturais dos serviços.

No mesmo sentido de Shiroma e Pires (2011), outro estudo qualitativo exploratório foi desenvolvido por Nascimento et al (2011) em um hospital público da

rede estadual de Santa Catarina que implantou o ACCR em 2009. O estudo visou conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar avaliam a implantação do ACCR no contexto do Plano Nacional de Humanização (PNH) do SUS. Foram entrevistados 13 profissionais de enfermagem atuantes no serviço já antes da implantação do ACCR. Da análise evidenciaram-se duas temáticas principais: mudanças no atendimento com o ACCR e dificuldades para a sua realização.

Neste estudo os profissionais indicam como potencialidade do ACCR o atendimento mais rápido aos usuários graves e que necessitam de intervenção imediata, entretanto, ampliam as indicações dos limites deste acolhimento tais como: a falta de espaço físico e de materiais, a inadequada referência e contrarreferência que provoca o acúmulo de usuários no sistema e o conseqüente atendimento superficial e inadequado aos usuários menos graves. Os autores finalizam o trabalho afirmando que o uso do ACCR deve ser difundido entre os serviços de emergência hospitalares e não hospitalares para que a entrada do usuário no sistema e seu atendimento ocorram adequadamente.

No estudo de Souza et al (2011), realizado no pronto-socorro de um hospital público de Belo Horizonte-MG, por sua vez, ressalta a importância da escuta qualificada no ACCR como forma de garantir um processo de classificação de risco humanizado e com maior acesso da população aos serviços de saúde, evidenciando-se, mais uma vez, a necessidade de investimento na formação qualificada dos profissionais da saúde.

Aprofundando um pouco mais a discussão, o estudo de Dal Pai e Lautert (2011), realizado em um pronto-socorro público de Porto Alegre-RS, ressalta ainda mais os limites do ACCR. Os profissionais entrevistados observam que a estrutura do serviço para realizar o acolhimento não é adequada, não acompanha todas as etapas do percurso do usuário e ainda está pautada nas práticas tradicionais, centradas na dimensão biológica e no papel central do médico, destacando a fragmentação das ações de saúde. Esta falta de continuidade do acolhimento gera um sentimento de impotência nos profissionais do pronto socorro. “A lacuna entre o que deveria ser feito e o que vem sendo feito tem implicado diretamente nos sentimentos dos profissionais de enfermagem, os quais se vêem obrigados a

sustentar um discurso ‘vazio’, do qual nem mesmo eles acreditam” (DAL PAI e LAUTERT, 2011, p. 529).

As autoras ainda ressaltam que o ACCR isoladamente não garante a qualidade da atenção à saúde, é preciso considerar a participação e o compromisso interno e externo para viabilização do processo. Como já apontava Maciel-Lima (2004), o comprometimento dos profissionais com o trabalho está diretamente relacionado com a melhor qualidade da relação profissional-usuário e esta, depende, sobretudo, do reconhecimento das necessidades dos profissionais no desempenho de suas funções. Por fim, Dal Pai e Lautert (2011) alertam para o sofrimento constatado entre os profissionais que atuam neste serviço, devido à falta de motivação diante da árdua tarefa de acolher e reorientar o fluxo de atendimentos no pronto-socorro, “sob riscos de reforçarem a ineficiência do sistema de referência e contrarreferência em saúde, do ponto de vista institucional” (DAL PAI e LAUTERT, 2011, p. 529).

Rossaneis et al. (2011) relatam a experiência de um grupo de trabalho humanizado constituído por uma equipe multiprofissional, em um hospital público de média complexidade, com o objetivo de elaborar um planejamento estratégico situacional que possibilitasse identificar problemas e traçar planos e metas para a capacitação dos profissionais e o preparo do pronto socorro para a implantação do ACCR. Após a implantação do ACCR as autoras identificaram uma redução significativa nos atendimentos médicos com a estratégia de ACCR e uma grande quantidade de encaminhamentos de usuários a outros serviços. Ficou evidente, também, uma demanda reprimida composta por usuários não atendidos na atenção primária e os que aguardam procedimentos especializados. As autoras ressaltam que na emergência a implantação do ACCR proporcionou maior agilidade no atendimento de usuários em estado grave, ao capacitar os profissionais para a identificação de sinais e sintomas que indiquem situações de prioridade.

Esse resultado está em consonância com o estudo de Martins (2012) realizado em um Pronto Socorro Pediátrico do Hospital Regional de Ceilândia–DF, em que o ACCR possibilitou que os usuários em sofrimento ou risco de morte esperem menos pelo atendimento, não sendo constatada a morte de crianças no período analisado [2009-2010]. Por fim, ressalta que avaliar o usuário com rapidez é

uma “forma de atenção, ato de valorização do indivíduo, que faz parte do acolher” (MARTINS, 2012, p. 52).

Em relação aos limites do ACCR, a pesquisa de Martins (2012) confirma os resultados dos estudos citados anteriormente, mas agrega aos relatos a dificuldade que gera a falta de informação da população/familiares que pressionam a equipe de enfermagem para que atribua uma classificação mais alta para evitar a espera na recepção; uma tensão constante, pois ao mesmo tempo em que a equipe acolhe o usuário, o faz esperar até 5 horas para o atendimento. Por fim, ressalta que talvez pela dificuldade de medição ou por se usar modelo com parâmetros internacionais, não se leva em conta o fator de vulnerabilidade do usuário, sofrimentos difíceis de mensurar: lesões constrangedoras ou sofrimento pela morte de um familiar, por exemplo.

Os estudos citados até o presente momento avaliam o ACCR na visão dos profissionais envolvidos, de forma contrária, mas complementar, Nonnenmacher, Weiller e Oliveira (2012) desenvolveram estudo visando conhecer as opiniões dos usuários da rede pública de saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul do país sobre a implantação do ACCR no pronto socorro do hospital público do município. As autoras dividiram as opiniões em duas categorias: acolhimento com classificação de risco: espera e conflitos; e fragilidades na comunicação entre os envolvidos no acolhimento com classificação de risco.

Em relação ao ACCR os usuários expressam a falta de informação sobre o processo e isto gera insatisfação e conflito entre usuário e profissional de saúde. A fala dos usuários traduz o não reconhecimento, a não participação na operacionalização da mudança. Eles desconhecem e, portanto, não aderem ao novo procedimento. As autoras ressaltam que este posicionamento diante da mudança se configura como “uma ação isolada dentro da rede, com limites que impedem sua expansão aos demais serviços, o que pode ser identificado na discordância da implantação do ACR na rede por parte da maioria dos entrevistados” (NONNENMACHER, WEILLER e OLIVEIRA, 2012, p. 546).

Em relação às fragilidades na comunicação entre os envolvidos, o estudo indica que nas unidades pesquisadas o ACCR parece ter fortalecido a diferenciação social, a desresponsabilização do Pronto Atendimento para com o usuário, “uma vez

que este não é encaminhado para a equipe de referência da unidade básica de saúde” (NONNENMACHER, WEILLER e OLIVEIRA, 2012, p. 549). Conclui, também, que o ACCR “ainda não conseguiu firmar-se como um dispositivo produtor de mudanças na atenção à saúde, o que revela a necessidade de articulação entre os diferentes atores sociais (gestores, profissionais e usuários) de forma a promover a aposta e a construção coletiva desta importante tecnologia”. Esta afirmação se apóia na relação impessoal que se institui entre usuário e profissional de saúde, em um atendimento baseado no modelo biomédico de queixa-conduta.

A partir dos autores e pesquisas destacadas acima, elaborou-se o Quadro 1 contendo as potencialidades e limites do Acolhimento por Classificação de Risco.

POTENCIALIDADES	Evita distorções como a supervalorização ou desvalorização da queixa e/ou sintomas.
	Escuta qualificada que contribui na identificação dos casos mais graves e na organização da demanda.
	Possibilita reforçar as ações educativas no sentido de informação e orientação em relação à diferença entre atendimentos de emergência e eletivos.
LIMITES	Número insuficiente de profissionais de saúde.
	Investimento na formação qualificada dos profissionais da saúde responsáveis pelas avaliações clínicas.
	Inadequada referência e contrarreferência que provoca o acúmulo de usuários no sistema.
	Atendimento superficial aos usuários menos graves.
	Inadequada estrutura do serviço.
	Falta de articulação entre os diferentes atores sociais (gestores, profissionais e usuários).
	População sem informação sobre o processo.
	Não se leva em conta o fator de vulnerabilidade do

	usuário, sofrimentos difíceis de mensurar.
	Relação impessoal entre usuário e profissional de saúde.

QUADRO 1 – POTENCIALIDADES E LIMITES DO ACOLHIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS

Fonte: Elaboração do Autor

Percebe-se nesse quadro que o ACCR, como estratégia de reorganização e realização da promoção da saúde em rede, tem um potencial reconhecido pelos profissionais. Entretanto, o quadro também destaca as insuficiências deste instrumento. Pode-se concluir que o ACCR foi implantado sem que a estrutura física, logística e de pessoal estivesse preparada para isso.

E o próprio MS reconhece alguns destes limites apontados no Quadro 1 como sendo pontos críticos deste processo, tais como: ampliação do acesso sem sobrecarregar as equipes; ampliar a escuta de forma a considerar a dimensão humana na relação profissional e usuário; trabalho integrado entre médico e equipe visando o compartilhamento de saberes; e, explicitar e discutir a proposta com a população, profissionais e atores políticos (BRASIL, 2004).

De acordo com a Cartilha do PNH,

o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho. Em sua implementação, o acolhimento, extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas (BRASIL, 2004, p. 17).

Portanto, o PNH já previa que este processo seria de uma reorganização do sistema, um processo que deve englobar todos os atores envolvidos para que possa ser efetivado conforme o planejado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede. “Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores”. Assim “ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada” (BRASIL, 2009, p. 4), de forma a garantir o direito à saúde conforme positivado na Constituição Federal de 1988.

Como potencialidades o estudo identifica que o ACCR evita distorções como a supervalorização ou desvalorização da queixa e/ou sintomas; promove a escuta qualificada que contribui na identificação dos casos mais graves e na organização da demanda e possibilita reforçar as ações educativas no sentido de informação e orientação em relação à diferença entre atendimentos de emergência e eletivos.

Contudo, o próprio Ministério da Saúde reconhece alguns limites como sendo pontos críticos deste processo.

Nesse sentido, a pesquisa revela alguns limites deste instrumento, tais como: número insuficiente de profissionais de saúde; falta de investimento na formação qualificada dos profissionais da saúde responsáveis pelas avaliações clínicas; inadequada referência e contrarreferência que provoca o acúmulo de usuários no sistema; atendimento superficial aos usuários menos graves; Inadequada estrutura do serviço; falta de articulação entre os diferentes atores sociais (gestores, profissionais e usuários); população sem informação sobre o processo; não se leva em conta o fator de vulnerabilidade do usuário, sofrimentos difíceis de mensurar; e relação impessoal entre usuário e profissional de saúde.

Conclui-se que há uma promessa positivada e os estudos tornam visíveis muito mais as fragilidades do que as potencialidades positivadas na norma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <<http://www.novohamburgo.rs.gov.br/sec/semsas/legislacao/nob.htm>> Acesso em 05 fev. 2007.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS:** acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, jan 2004. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> Acesso em 15 ago 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** 3. ed. ampl. Brasília: MS, 2006. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>> Acesso em 15 ago 2013.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>> Acesso em 15 ago 2013.

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 7 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). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acesso em 06 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf> Acesso em 06 ago 2013.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Esc Anna Nery (impr.)** v. 15, n. 3, p. 524-530, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a12v15n3.pdf>> Acesso em 13 ago 2013.

ESP-MG – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Assessoria de Comunicação Social da ESP. **Entrevista com professor Eugênio Vilaça**. 17 de dezembro de 2009. Disponível em <<http://www.esp.mg.gov.br/noticias/entrevista-com-eugenio-vilaca/>> Acesso em 15 ago 2013.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, 2010. Disponível em <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/113.pdf> > Acesso em 13 ago 2013.

MACIEL-LIMA, Sandra Mara. Acolhimento ou atropelamento solidário? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 502-511, mar- abr, 2004.

MARTINS, Alexandra Daniela Marion. **Limites e possibilidades no acolhimento com classificação de risco de um Pronto Socorro pediátrico no DF**. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de Brasília, 2012. Disponível em <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11524/1/2012_AlexandraDanielaMarionMartins.pdf > Acesso em 13 ago 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_arttext> Acesso em 12 jun 2013.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília S. e SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/sep, 1993.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira *et al.* Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. Rio de Janeiro. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 84-88, 2011. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>> Acesso em 06 ago 2013.

NONNENMACHER, Carine Lais; WEILLER, Teresinha Heck; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Rev. Eletr. Enf.** v.14, n. 3, p.: 541-549, 2012. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a10.pdf> Acesso em 13 ago 2013.

ROSA, Stéphanie Macedo *et al.* *User embracement and bonding: perceptions from a family health team.* **J Nurs UFPE on line**. v. 6, n. 9, p. 2071-2076, 2012. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2711/pdf_1433> Acesso em 13 ago 2013.

ROSSANEIS, Mariana Angela *et al.* Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 4, p. 648-656, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10182>> Acesso em 13 ago 2013.

SHIROMA, Lícia Maria Brito. **Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da política nacional de humanização do SUS– um desafio para enfermeiros/as**. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&o_obra=136968> Acesso em 13 ago 2013.

SHIROMA, Lícia Maria Brito; PIRES, Denise Elvira Pires de. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**. v. 2, n. 1, p. 14-17, 2011. Disponível em <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67>> Acesso em 08 ago 2013.

SOUZA, Cristiane Chaves *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n. 1, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf> Acesso em 13 ago 2013.

TOLEDO, Alexandre Duarte. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte**. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-7SPFZW/alexandre_duarte_toledo.pdf?sequence=1> Acesso em 13 ago 2013.