



**UNILAB**

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL  
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**EVELVÂNI MOREIRA OLIVEIRA**

**A APLICABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
E DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
E A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO: REVISÃO INTEGRATIVA**

**SÃO FRANCISCO DO CONDE**

**2018**

**EVELVÂNI MOREIRA OLIVEIRA**

**A APLICABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
E DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
E A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde da Família/Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família/Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Helson Freitas da Silveira.

**SÃO FRANCISCO DO CONDE**

**2018**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Sistema de Bibliotecas da Unilab  
Catalogação de Publicação na Fonte

O46a

Oliveira, Evelvâni Moreira.

A aplicabilidade da classificação de risco e demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde e a participação do enfermeiro : revisão integrativa / Evelvâni Moreira Oliveira. - 2018.

23 f. : il.

Monografia (Especialização) - Instituto de Educação a Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Helson Freitas da Silveira.

1. Classificação de demanda. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Enfermeiro e paciente. I. Título.

BA/UF/BSCM

CDD 610.730699

**EVELVÂNI MOREIRA OLIVEIRA**

**A APLICABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
E DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE  
E A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde da Família/Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família/Gestão em Saúde.

Data de aprovação: 02/08/2018.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Helson Freitas da Silveira (Orientador)**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

**Prof. Dr. Howard Lopes Ribeiro Júnior**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

**Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Ana Christina de Sousa Silveira**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Divino mestre Jesus e a Virgem Maria, por toda força a mim concedida para atingir superações há todos obstáculos surgidos.

Ao meu Filho, com sua presença, compreendendo e apoiando em vários momentos.

Aos amigos e colegas que conheci durante a especialização. Obrigada pelo apoio e união ao decorrer do curso.

Agradecimento em especial a meu orientador, Prof. Dr. Helson Freitas da Silveira, por toda atenção, paciência e motivação dispensadas durante as orientações na construção e desenvolvimento do presente estudo.

## RESUMO

Caracterizada como um conjunto de ações de saúde que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos entre outros a Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela atenção integral à saúde da população, o Programa Saúde da Família (PSF), anos depois chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), surge como importante estratégia para reorganizar o modelo assistencial e cumprir o que é proposto, o Acolhimento a Demanda Espontânea é uma das ações para acolher e escutar usuários que procuram as equipes da ESF, é através dela e da aplicação da Classificação de Risco que se define a real necessidade daquele usuário e a melhor forma de atender a ela. O presente estudo surgiu do interesse sobre a utilização da classificação de Risco durante o acolhimento para o atendimento a Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS) e a atuação do enfermeiro em todo o processo. Trata-se de uma Revisão integrativa que visa analisar a produção científica sobre a Demanda Espontânea e Classificação de Risco ao atendimento na estratégia saúde da família nos últimos dez anos, sendo o enfermeiro reconhecidamente o profissional indicado para esse processo por sua boa comunicação com o público, presteza e segurança na sua conduta e respaldado através da lei do exercício profissional para tal ação, a APS deve prestar o primeiro atendimento as urgências e emergências que a eles são apresentadas sendo a porta de entrada ao usuário aos serviços de saúde e o ACR com a demanda espontânea uma das principais formas de avaliar e inserir o usuário a esta rede.

**Palavras-chave:** Classificação de demanda. Cuidados primários de saúde. Enfermeiro e paciente.

## **ABSTRACT**

Characterized as a set of health actions that encompass the promotion and protection of health, the prevention of diseases, among others Primary Health Care (PHC) is responsible for comprehensive health care for the population, the Family Health Program (FHP), years later called the Family Health Strategy (ESF), emerges as an important strategy to reorganize the care model and to fulfill what is proposed, the Reception of Spontaneous Demand is one of the actions to welcome and listen to users who look for the ESF teams, it is through it and the application of the Risk Classification that defines the real need of that user and the best way to attend to it. The present study arose out of interest in the use of the Risk classification during the reception for the Service of Spontaneous Demand in Primary Health Care (PHC) and the performance of the nurse in the whole process. This is an integrative review that aims to analyze the scientific production on the Spontaneous Demand and Risk Classification to care in the family health strategy in the last ten, being the nurse admittedly the professional indicated for this process by its good communication with the public, promptness and safety in their conduct and supported by the law of professional practice for such action, the PHC must provide the first service to the emergencies and emergencies that are presented to them as the gateway to the user to the health services and the ACR with the spontaneous demand is one of the main ways to evaluate and insert the user to this network.

**Keywords:** Demand classification. Nurse and patient. Primary health care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS - Atenção Primária à Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção a Básica

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Redes da Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	MÉTODO.....	13
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	14
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
	Referências.....	22

## 1 INTRODUÇÃO

Antes de falar sobre a classificação de risco e demanda espontânea se faz necessário uma breve passagem explicativa sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) também chamada pelo Ministério da Saúde de Atenção Básica a Saúde (ABS). Caracterizada como um conjunto de ações de saúde que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando o desenvolvimento de uma atenção integral, a ABS tem seu papel importante na qualidade de saúde da coletividade e nos determinantes e condicionantes de saúde. Criado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) teve como intuito a reorganização do modelo assistencial oferecido naquela época, o novo modelo assistencial proposto teria início na Atenção Básica sendo focada na família intervindo de forma preventiva e não mais curativa na saúde das mesmas fugindo da visão hospitalocêntrica de cuidado. BRASIL, 2012a).

Em 2006 houve a publicação de um documento específico para tratar da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo e revisando diretrizes e normas, apresentando a Programa Saúde da Família como modelo prioritário de reorganização da atenção básica, delega responsabilidades de cada esfera de governo; características do processo de trabalho, infraestrutura e recursos necessários, bem como as atribuições dos profissionais envolvidos dentre as quais está a responsabilidade pelo primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas e a implementação das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH) incluindo o acolhimento, sendo primordial a prestação de assistência resolutiva à demanda espontânea pela equipe. A PNAB (2006) também prevê dentre as atribuições específicas dos profissionais médicos o atendimento à demanda espontânea e programada em todas as especialidades médicas disponíveis pelo serviço como também cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos BRASIL, 2006.

Aprovada cinco anos depois, a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que apresenta a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2011), mantendo muito da anterior, consolida as mudanças que ocorreram desde então, como os NASF, as equipes de Saúde da Família ribeirinhas, o Programa Saúde na Escola, e a flexibilização da carga horária médica nas equipes de Saúde da Família, afirma que

os estados deverão participar do financiamento da atenção primária à saúde antes mantidos apenas pelos municípios, reafirma o fluxo de encaminhamento dos usuários, quando necessário, a serviços de média e alta complexidade respeitando fluxos de referências e contra referências locais, manter a responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência e indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar continuam mantidos.

Com a nova PNAB a nomenclatura inicial de programa dada pelo Ministério da Saúde ao PSF por fugir do conceito de outros programas já criados pelo MS passa a ser chamado de estratégia por possibilitar a promoção, integração e a organização das atividades de Saúde em área territorial delimitada tendo o enfrentamento e resolutividade dos problemas específicos encontrados como visão principal, surge então a Estratégia Saúde da Família (ESF).

De acordo com Brasil (2012a, p.57).

Cada equipe ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Tendo como um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, assegurando acessibilidade e acolhimento às necessidades de saúde do indivíduo sem exclusões discriminatórias ou prejudiciais, torna-se papel dos profissionais envolvidos com os serviços de Estratégia Saúde da Família (ESF), acolher, escutar e dessa forma oferecer da melhor forma o atendimento mais adequado a necessidade do usuário/cliente. Principalmente ao primeiro atendimento a situações de Urgência utilizando assim a aplicabilidade da Classificação de Risco e Demanda Espontânea. Brasil (2011a).

A Demanda Espontânea nada mais é que todo atendimento realizado em uma Unidade de Atenção Básica (UBS) não agendado, ou seja, não é uma demanda programada, para avaliar a necessidade do atendimento da Demanda Espontânea é importante que o usuário seja antes de tudo acolhido, que suas queixas sejam ouvidas e dessa forma baseados em suas queixas e seu quadro, utilizando a Classificação de Risco possa ser identificada o agravo clínico, seus riscos e o tipo de atendimento resolutivo a ser prestado. BRASIL (2011b)

No Brasil o método de classificação de Risco mais utilizada pelos serviços de Saúde é o protocolo de Manchester, criado na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994 por um grupo de especialistas em triagem. O protocolo consiste em um sistema de Classificação de Risco por Cinco categorias representadas por cores, são elas: Vermelho (0 min) emergência onde há intervenção imediata; Laranja ( 10min) muito urgente, intervenção o mais rápido possível; Amarelo (50min) há condições de aguardar um pouco mais que os já acima citados; Verde (120min) o paciente pode ser atendido também em ambiente ambulatorial utilizando a Demanda Espontânea; Azul (240min), considerado não urgente são casos de baixa complexidade onde o paciente pode ser atendido a nível ambulatorial sem a necessidade de uma Demanda Espontânea (PINTO JUNIOR et al, 2012).

De acordo com Brasil (2013, p. 16)

(...) o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto atendimento, pois a Atenção Básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.

A exemplo do que é feito nos protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços de urgência, na Atenção Básica as situações não agudas e os três tipos de atendimento de situações agudas ou crônicas agudizadas, para fins de visualização e comunicação, foram representados por cores como apresentado em tabela em anexo.

São objetivos da Classificação de Risco avaliar o paciente de forma humanizada, descongestionando o serviço, reduzindo o tempo necessário para o atendimento ao seu agravo informando ao paciente e família sobre o tempo e melhor serviço para seu quadro. Isso não quer dizer que o paciente não possa ser reavaliado e neste momento haja uma alteração em sua classificação (Scholze, 2014).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Resolução 423\2012, normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos, onde resolve ser atribuição privativa do enfermeiro a aplicabilidade da Classificação de Risco, devendo

o mesmo seguir o processo de enfermagem e os princípios da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH).

É o enfermeiro então o profissional indicado para esse processo de avaliação tendo em vista a necessidade de capacitação para tal, boa comunicação com o público, presteza e segurança na sua conduta.

O presente estudo surgiu do interesse sobre a utilização da classificação de Risco durante o acolhimento para o atendimento a Demanda Espontânea na APS, sendo esse o seu objetivo geral, objetivando conhecer a atuação do enfermeiro em todo o processo em sua unidade de saúde.

## **2 MÉTODO**

Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura (RI) que tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre questão ou tema delimitado de maneira sistemática e ordenada a fim de contribuir para o aprofundamento do conhecimento investigado. Além disso, auxiliar o profissional a tomar decisões com força de evidência na sua prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Realizou-se a busca de literatura sob análise de dados e periódicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem (BDENF), Scielo e um buscador acadêmico (Google Acadêmico) durante os meses de maio, junho e julho de 2018. Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: publicações completas, disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, com período de publicação compreendido entre janeiro de 2008 a dezembro de 2017, que respondem à questão norteadora do estudo.

Foram usados os seguintes descritores: Demanda Espontânea, Classificação de Risco, Atenção Primária à Saúde e Enfermeiro, visando selecionar os que respondiam à questão norteadora do presente estudo. Após a leitura inicial dos artigos, obteve-se uma segunda amostra, sendo realizada uma nova análise através da leitura minuciosa das publicações pré-selecionadas para decidir a inclusão e a exclusão dessas produções de acordo com critérios preestabelecidos.

O instrumento, elaborado com a finalidade de extrair e analisar os dados dos estudos incluídos, eram compostos dos seguintes itens: (1) O texto diferencia RI

de outros tipos de revisão? Se sim, como diferencia? (2). Qual o conceito utilizado? Definição (discriminar os elementos); (3) Critérios de rigor no desenvolvimento da RI (estruturação metodológica); (4) Etapas para desenvolver RI e (5) Indicação de critérios para o check list da RI. As etapas de extração e análise dos resultados dos estudos primários foram realizadas por um revisor, que desenvolveu este trabalho de forma independente referências bibliográficas (autor, título e subtítulo, editora e edição, local e data da publicação, número de páginas e o número da página em que a referência foi tirada com as próprias palavras do autor).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao fazer a combinação Demanda Espontânea, Classificação de Risco, Atenção Primária à Saúde e Enfermeiro, e selecionando os filtros conforme os critérios de inclusão e exclusão totalizaram dez artigos na qual foram lidos os títulos e resumos de cada e destes oito foram inclusos na coleta de dados da pesquisa.

Portanto, obteve-se um total de oito artigos que respondiam à questão norteadora da pesquisa. Os artigos foram selecionados das bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), da Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) e Google Acadêmico. Dos oito artigos descritos no quadro, artigos nacionais, todos publicados no Brasil, disponíveis no idioma português.

Em posse dos artigos selecionados foram submetidos à revisão, categorização e colocado a discussão suas defesas no que diz respeito à temática proposta.

**Quadro 1** - Caracterização dos artigos selecionados para análise. São Francisco do Conde-BA, 2018

<b>N</b>	<b>Base de dados\ Idioma</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Título do Artigo</b>	<b>Objetivos do Autor</b>
1	BVS (Português)	2013	Acolhimento com Classificação de Risco para a Estratégia Saúde da Família.	Apresentar novas formas de acolhimento com classificação de risco na ESF, avaliando a presença ou não da aplicação correta dos mesmos por

				profissionais de equipes da ESF.B
2	BVS (Português)	2012	O Entendimento da Equipe de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família sobre Urgência e Emergência.	Conhecer o entendimento da Equipe de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o atendimento de Urgência e Emergência de uma ESF
3	BVS (Português)	2011	O Acesso Restrito e Focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil. Demanda Organizada para Grupos Populacionais Específicos x Demanda Espontânea.	Analisar o acesso aos serviços no PSF de uma Região Territorial específica na composição do modelo de atenção à saúde.
4	BDENF (Português)	2013	Atendimentos de Usuários com Casos Agudos na Atenção Primária à Saúde.	Objetivou identificar a conduta adotada pelos profissionais da APS quanto ao atendimento de usuários com casos agudos.
5	Google Acadêmico (Português)	2014	O Papel da Atenção Básica no Atendimento as Urgências.	Buscou identificar nas políticas nacionais de saúde as atribuições da AB para o atendimento às urgências.
6	Google Acadêmico (Português)	2015	Ser Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Desafios e Possibilidades.	Uma análise os desafios e possibilidades do trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um distrito sanitário específico.
7	BDENF (Português)	2012	Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária, percepção dos	Analisar a percepção dos enfermeiros em relação à classificação de risco na APS de uma cidade.

			profissionais de enfermagem.	
8	Scielo (Português)	2016	Usuários Hipertensos na Atenção Primária à Saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea.	Avaliação dos impactos da inserção do acolhimento à demanda espontânea no tratamento de usuários hipertensos na APS.

A clareza na execução do ACR propicia para profissionais e usuários maior facilidade no momento da escolha dos serviços de saúde disponíveis a serem realizados, humanizando o profissional e aproximando equipe e comunidade, criando então um vínculo positivo de entendimento SCHOLZE (2013, p. 07).

As experiências vivenciadas por Scholze, (2013), mostram a importância do ACR para a criação do vínculo profissional\usuário desconstruindo a percepção do usuário de um serviço puramente médico\assistencial, sugere a demanda espontânea como algo a ser integrado às ações já executadas pelos profissionais da ESF de forma definitiva e sistemática, propondo que a ACR apresentada seja periodicamente reavaliada com o intuito de adequação a realidade do serviço e as necessidades dos usuários.

Conhecer as reais necessidades e rotina da comunidade e seus integrantes assistidos pela equipe, torna-se de suma importância por facilitar todo programa de ação e serem executadas, o laço de ligação entre profissionais e comunidade sendo também fundamental que cada profissional conheça e participe das ações e execute seu papel em cada momento de implementação e avaliação, o ACS é integrante importante da equipe por ser personagem de intermediação entre comunidade a UBS e a equipe ESF, por ser o mesmo real conhecedores necessidades da comunidade e seus núcleos familiares (AGOSTIN, et al., 2012).

No estudo de Agostin, 2012, foi possível compreender as reais necessidades e deficiências encontradas pelos profissionais da enfermagem e ACS, percebeu-se que a ineficiência ou falta de capacitação dos profissionais envolvidos no estudo atrelado a deficiência estrutural, logística e recursos humanos são as maiores dificuldades enfrentadas, a ineficiência na comunicação entre integrantes da rede de



assistência também compromete a qualidade do serviço, a implantação de um Núcleo de Educação Permanente (NEP) voltados para a capacitação das equipes de ESF com temáticas específicas para a aplicação do ACR e com extensão a comunidade possibilitando conhecimento sobre a rede de serviços disponíveis, como e quando acioná-los são indicações do MS e previstos na PNAB para a requalificação da ESF.

Problemas gerenciais e de gestão em toda rede básica de saúde geram um comprometimento na execução do principal fundamento da APS que é servir de porta de entrada para o usuário ao sistema de saúde, um serviço focado exclusivamente na execução de programas e atividades programadas e grupos específicos gera uma demanda reprimida pela burocratização assim como a prática de avaliação da demanda espontânea utilizando critérios administrativos e não técnicos e realizada por profissional sem habilidade geram a queda na qualidade do atendimento e por consequência descontentamento e perda da credibilidade por parte da comunidade, a proposta de uma reorganização dos serviços voltadas as reais necessidades das famílias.

De acordo com LIMA e ASSIS (2011, p. 04)

Se a possibilidade do atendimento à saúde puder ser dividida em fases, o acesso aos serviços seria a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para a resolução de problemas ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde. Estariam relacionadas a esta fase algumas questões, tais como: disponibilidade ou não do serviço, distância e quais práticas são ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis; qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar os serviços.

A perspectiva teórica do MS indica a APS como porta principal de entrada dos usuários ao SUS e estar em condições de realizar atendimentos e identificar casos agudos através da Demanda Espontânea o entendimento do fluxo da rede de serviços de saúde é essencial para o alcance da resolutividade dos problemas de saúde, percebe-se a necessidade de capacitação de toda a equipe multiprofissional envolvida, reorganização dos serviços de forma a ser aplicada a Demanda Espontânea sem comprometimento da Demanda Programada. (GOMES, 2013, p. 77)

Para Soares (2014), foi possível identificar que os atributos da AB ao atendimento às urgências marca seu início pouco antes da PNAB 2016, sendo já estabelecidos o primeiro atendimento às urgências, adequação física e de insumos para tais atendimentos como também a demanda espontânea como tarefas a serem

executadas na AB, mas foi na PNAB 2011, que essas responsabilidades receberam oficialmente sua maior atenção como também no mesmo ano foi produzido maior conteúdo direcionado às urgências norteando os profissionais da AB quanto a condutas e ferramentas utilizadas no Acolhimento à Demanda Espontânea, com a publicação dos Cadernos 28, “ Acolhimento à Demanda Espontânea vol. I, 2011” e “ Acolhimento à Demanda Espontânea : Queixas mais comuns na Atenção Básica vol. II, 2012”, onde a mesma faz referências a classificação de risco conforme o grau de comorbidade, ao mesmo tempo define como responsabilidade de cada integrante da equipe multiprofissional a execução da demanda espontânea conforme seu nível de competência.

Definir diretrizes e estratégias relacionadas a estruturação da rede de urgências dando a AB maior responsabilidades quanto aos atendimentos às urgências e demanda espontânea, são ações importantes e que teoricamente teriam como consequência a redução a procura das Emergências hospitalares, porém a realidade vivenciada por gestores municipais denotam um quadro diferente aquele que é previsto para realização do processo, dificuldades econômicas, estrutural física\instrumental e recursos humanos são apenas alguns dos problemas apresentados.

Caçador (2015), evidencia em seu estudo que o enfermeiro da ESF vivencia uma rotina de trabalho marcada pela sobrecarga de atividades, atribui-se a isto a responsabilidade de organizar a execução da demanda espontânea administrando as intercorrências trazidas por ela em meio às atividades programadas comuns a rotina das USB sem que haja grande comprometimento das outras ações de atribuições exclusivas ao enfermeiro na ESF, é reconhecido por parte dos profissionais enfermeiros a necessidade de capacitação e de agregar conhecimentos específicos também as urgências para um melhor atuar de forma mais satisfatória a intercorrências que surjam na AB, ad dificuldades estruturais físicas e insumos são também fatores que interferem na boa atuação do profissional, sugere-se uma divisão de responsabilidades entre equipes estabelecendo uma logística ao atendimento.

Conforme a análise de (Silva et al, p 05, 2017), foi reconhecido pelos profissionais de enfermagem a importância da classificação de risco como ferramenta facilitadora na avaliação clínica a demanda espontânea, maior autonomia após a implementação do ACR nos serviços de saúde e que para implementar a classificação de risco surgirão obstáculos, citam como fundamental a participação da população no

processo de implementação do protocolo e a capacitação e a educação continuada para todos os membros das equipes da ESF inclusive a enfermagem, contribuindo com inovações ao conhecimento já existente e agregando novos saberes a prática, admitem não dedicar tempo suficiente para sua própria atualização teórica.

(...) os enfermeiros reconhecem a importância desse processo como uma forma de transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica, além de possibilitar a revisão e a atualização dos conteúdos que são inerentes à prática clínica no acolhimento. (...). (SILVA et al, p. 05, 2017)

O acolhimento com classificação de risco trouxe maior funcionalidade ao processo mudando o foco do atendimento antes na doença partindo para a pessoa, reorganizando a logística de trabalho de toda unidade e descentralizando as responsabilidades antes a apenas um profissional “médico” e inserindo o profissional enfermeiro como sujeito ativo. SOUZA e BASTOS, 2018.

A evidencia da prática do ACR preconizada pelo MS através do PNAB e a praticada pelos profissionais da UAPS, mostram serias discrepâncias, o acolhimento deixa de ser percebido como o momento de inserção ao serviço de saúde pelo usuário através do profissional e passa a ser uma ação mecânica atrelada à classificação de risco, impedindo que se estabeleça uma ligação mais humana e menos técnica entre o profissional de saúde e usuários, mesmo mostrando conhecimento do comprometimento que essa quebra de vínculo causa ao tratamento do usuário portador de doença crônica e que procura o atendimento na UAPS os profissionais referem que o tempo destinado a demanda espontânea compromete o desenvolvimento dos outros programas existentes na unidade (GIRÃO e FREITAS, p. 06;07, 2016).

O enfermeiro atrelado ao alcance de metas estabelecidas, pactuações e outros serviços vivencia uma rotina de trabalho marcada pela sobrecarga e stress que refletem na qualidade do seu trabalho, e na relação interpessoal com outros membros da equipe e comunidade.

Após Leitura e análise dos artigos selecionados e obtido as interpretações relatadas dos mesmos com relação aos objetivos dos respectivos trabalhos concluiu-se que: dos oito artigos selecionados quatro artigos consideraram ser o ACR o melhor instrumento para avaliação na demanda espontânea em UAPS, seis artigos fizeram referências as dificuldades de gestão, estruturais e ou de recursos humanos na rotina

diária para a qualidade ao atendimento prestado aos usuários que procuram AB e quatro artigos reconhecem o enfermeiro como profissional importante na aplicação do ACR.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a realização do presente estudo foi possível perceber que:

- a) A APS deve ser a porta de entrada ao usuário aos serviços de saúde e o ACR com a demanda espontânea uma das principais formas de inserir o usuário a esta rede.
- b) É impossível falar de classificação de risco sem citar o acolhimento como auxílio de identificação a necessidade trazida pelo usuário na AB.
- c) Cabe a APS realizar o primeiro atendimento as urgências e emergências que a eles são apresentadas, avaliando, regulando ao melhor suporte e assistindo ao usuário e familiares.
- d) A Classificação de Risco é uma ferramenta fundamental para a avaliação à demanda espontânea os usuários serão avaliados conforme sua necessidade e nível de gravidade sendo então priorizados, garantindo-lhes local seguro, encaminhamento adequado e informação correta a seus familiares;
- e) Cabe a toda equipe da ESF realizar o acolhimento ao usuário, mas é o enfermeiro o profissional mais apto para a aplicabilidade da classificação de risco;
- f) Para que o enfermeiro realize corretamente a classificação de risco, é necessária competência técnico-científica, mediante a qual ele seja capaz de identificar os sinais e sintomas sugestivos de quadros agudos e urgências ou emergências.
- g) Para que toda equipe ESF esteja apta a realize corretamente o atendimento a casos agudos como as urgências e emergências a educação permanente e deve ser ação pesada e executada por gestores.

Vale salientar que os principais objetivos da classificação de risco são: identificar condições de ameaça à vida, garantir local adequado aos pacientes, diminuir ocupação na área de tratamento, informar pacientes e familiares de maneira correta.

A atuação do enfermeiro na unidade de AB é fundamental, pois o acolhimento ao usuário pode e deve ser feito por qualquer um dos integrantes da equipe multiprofissional, mas é ao enfermeiro que cabe a responsabilidade técnica de realizar a avaliação com classificação de risco, por ser ele o profissional da equipe de enfermagem dotado do conhecimento técnico\científico e respaldado através da lei do exercício profissional para tal ação, sendo também atribuídas privativamente a ele: consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

E desta forma organizar o serviço de saúde sem com isso deixar de atender as necessidades do indivíduo e da comunidade que procuram a UBS através da demanda programada.

## Referências

AGOSTIN RL, CERETTA LB, SCHWALM MT, HOEPERS NJ, SORATTO MT. O entendimento da equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre urgência e emergência. *O Mundo da Saúde*. 2012; 36(3): 461-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília-DF*, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

CAÇADOR BS, BRITO MJM, MOREIRA DA, REZENDE LC, VILELA GS. Ser enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. *REME Rev. Min Enferm*. 2015;19(3):612-9.

COFEN. Resolução COFEN Nº 423/2012. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos.

DINIZ, Aline Santos et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, v. 16, n. 2, p. 312-20, jun. 2014. ISSN 1518-1944.

GIRÃO ALA, FREITAS CHA. Usuários na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2016

GOMES, Gelmar Geraldo. Atendimento de usuários com casos agudos na atenção primária à saúde. Belo Horizonte; s.n.; 2013. 87 p. tab, ilus. MENDES, Karina Dal

Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

LIMA WCMB, ASSIS MMA. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. Rev Baiana Saúde Pública 2010; 34(3):439-449.

PINTO JÚNIOR, Domingos; SALGADO, Patrícia de Oliveira and CHIANCA, Tânia Couto Machado. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2012, vol.20, n.6, pp.1041-1047.

SCHOLZE, Alessandro da Silva. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente assistencial. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.l.], v. 9, n. 31, p. 219-226, nov. 2013. ISSN 2179-7994.

SILVA PM, MORAIS KP, TORRES HC. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. REME - Rev. Min Enferm. 2012;16(2):225-31.

SOARES S, LIMA L, CASTRO AL. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. JMPHC [Internet]. 17jul.2014 [citado 16 mai.2018];5(2):170-7.

SOUZA RS, BASTOS MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. Reme: Rev. Mineira Enferm. 2008; 12(4): 5816.