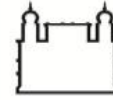




Pós-Graduação em
**Atenção Básica
em Saúde da Família**



FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL

VANESSA DOMICIANO DE SOUZA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ARCO ÍRIS DE BRASNORTE - MT**

**CAMPO GRANDE / MS
2015**

VANESSA DOMICIANO DE SOUZA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ARCO ÍRIS DE BRASNORTE - MT**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^(a) Dr^a Marisa Dias Rolan Loureiro.

**CAMPO GRANDE/MS
2015**

DEDICATÓRIA

A minha família pelo compromisso de andar junto, amar e entender o meu dia-a-dia.

AGRADECIMENTOS

À Deus primeiro... Obrigado por TUDO!
À minha querida família pelos valores, incentivo, apoio, força e encorajamento;
A equipe de saúde Arco Íris e a população assistida pela oportunidade de
crescimento pessoal e profissional;
A Dr^a Eliana Maria Siqueira pela supervisão, parceria e amizade;
A Prof^a Dr^a Marisa Dias Rolan Loureiro, orientadora deste trabalho, por ser tão
insistente;
Aos que sempre torceram por mim e aos que me influenciaram positivamente ao
longo da minha vida. Sei que mesmo não sendo citados aqui, vocês estão felizes por
mais esta etapa completada. Mas fiquem tranquilos que não será a última, ainda vou
precisar de vocês...

“A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma.” John Ruskin

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos clientes com o sistema de saúde e, por isso, é um dos componentes fundamentais no atendimento. A atenção qualificada faz-se necessária para garantir ampliação do acesso, humanização da assistência, fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, equidade e integralidade nas unidades de saúde. Busca-se otimizar o processo de trabalho e, ao mesmo tempo, oferecer um atendimento resolutivo e satisfatório. Nesta perspectiva, o acolhimento se torna uma ferramenta indispensável para a reorganização do processo de trabalho em saúde, na medida em que possibilita a qualificação do acesso dos clientes aos serviços oferecidos pela equipe de saúde da família. O presente projeto de intervenção objetiva implantar uma estratégia de acolhimento com base em classificação de risco visando melhor acolhimento dos clientes. Para isso foram realizados fluxogramas de acordo com os ciclo vida e escolha de um protocolo para priorização da atenção aos mais vulneráveis e com maior risco, em detrimento ao atendimento por ordem de chegada. Como resultado obtivemos uma maior aproximação dos clientes com a equipe, os atendimentos foram realizados de acordo os critérios clínicos estabelecidos no protocolo de acolhimento da unidade no tempo certo no tempo certo e de forma segura, ética e com qualidade.

Palavras-chave: Atenção Primária; Humanização; Acolhimento.

ABSTRACT

The Primary Health Care should be the preferred customer contact with the health system and, therefore, is one of the key components in attendance. The skilled care is needed to ensure increased access, humanization of care, strengthening the bond between users and health professionals, fairness and integrity in health facilities. The aim is to optimize the work process and at the same time providing an operative and satisfactory service. In this perspective, the host becomes an indispensable tool for the reorganization of the health work process, in that it enables the qualification of customer access to services offered by family health team. The aim of this intervention project to deploy a host strategy based on risk classification to better reception of customers. To that flowcharts were performed according to the cycle life and choose a protocol for prioritizing attention to the most vulnerable and most at risk, in detriment to the service in order of arrival. As a result we got closer customer with the staff, the meetings were held according to clinical criteria established in the drive hosting protocol at the right time at the right time and safely, ethics and quality.

Keywords: Primary Attention; Humanization; Welcoming.

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	08
1.1 Introdução.....	08
1.2 Objetivos: Geral e Específicos.....	10
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	12
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS	28

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

O artigo 196 da Constituição Federal do Brasil¹ versa que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” o qual foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080² e 8.142³) em 1990, culminando com a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), provocando importantes mudanças no setor de saúde no país. A partir daí, o SUS tem buscado sua superação e a construção de ações que concretizem os seus princípios e diretrizes, incluindo propostas como ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância e promoção da saúde.

O SUS é norteado pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade (todos tem direito a assistência); equidade (dar atenção de acordo com a necessidade) e integralidade (oferecer ações de promoção, proteção e recuperação de saúde)².

Há 20 anos foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) que é uma estratégia para reorganização da Atenção Básica (AB) que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde⁴.

A procura dos serviços de saúde pelo usuário a fim de obter acesso para resolver uma necessidade e ser beneficiado com atendimento recebido chama-se demanda.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) trabalham com agendas programadas e com o atendimento de casos com queixas agudas, conhecidos como demanda espontânea.

Observam-se, não raramente, cartazes na porta da UBS informando o número limitado de consultas e, às vezes, a falta do profissional médico; atendimento por ordem de chegada e sem avaliação de risco; e as respostas

tradicionais: “*não tem consulta*”, o “*doutor não pode atender*”, enfim “*a cultura do não*”⁵.

Para os mesmos autores⁵, o acolhimento promove maior organização dos serviços de saúde, uma vez que permite a classificação dos indivíduos conforme o risco e viabiliza a utilização da agenda, como consequente organização da demanda espontânea e programada.

O simples fato de escutar um paciente seja para esclarecer uma dúvida, ou para dar uma informação já é uma forma de acolher, e isso pode ser feito por qualquer profissional que trabalha na unidade, desde os serviços gerais até o médico.

O Ministério da Saúde diz que o acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local, nem hora e nem profissional certo para fazê-lo. Diz ainda que, é uma postura ética que implica na escuta das queixas pelo profissional. O profissional que faz a escuta deve ajudar o cliente a se reconhecer como responsável pelo seu processo de saúde e adoecimento como principal responsável pela solução. Acolher é um compromisso de respostas às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde⁶.

O acolhimento tem sido um tema amplamente debatido na área da saúde por ser uma atividade direcionadora, cujos objetivos são recepcionar, triar, acolher de forma humanizada e ser a porta de entrada para os usuários da unidade de saúde⁷.

Processo de trabalho é definido como “o modo pelo qual desenvolvemos nossas atividades profissionais, como realizamos o nosso trabalho”⁸, para transformá-lo, é necessário que o profissional lance mão de ferramentas e desenvolva novas habilidades, as quais incluem o saber ouvir, compreender as necessidades do outro, e apresentar resolutividade aos problemas apresentados. O acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas do serviço de saúde naquele momento⁹.

O município de Brasnorte, localizado no estado do Mato Grosso (MT) possui aproximadamente 16.000 habitantes e conta com 10 UBS, sendo quatro na área

urbana e as demais na área rural, existe também o Hospital Municipal que atende plantões, onde a maioria dos atendimentos realizados são passíveis de resolução a nível da AB.

A UBS Arco Íris atende três bairros (Arco Íris, Pôr do Sol e parte do Nosso Lar) com população de aproximadamente 3.000 pessoas, cerca de 700 famílias, diariamente são realizadas em média 50 consultas, sendo 30 pela médica e as demais pela enfermeira.

O acolhimento com classificação de risco deve ser feito por várias razões, principalmente em unidades de saúde onde a demanda é superior ao número de vagas disponíveis.

É comum que os clientes procurem os profissionais de saúde que possuem mais confiança, devido o vínculo criado nas consultas de rotina da família para conversar, essa medida “de confiança” permite que o profissional atue de forma humanizada e dedicada, podendo evitar custos desnecessários para o município, como exames, por exemplo, após uma simples escuta de qualificada, o problema está resolvido.

A classificação de risco é usada para organizar o atendimento no serviço de saúde, ou seja, os pacientes deverão ser atendidos de acordo com suas prioridades e não por ordem de chegada, e esta avaliação deverá ser feita pelo profissional médico ou enfermeiro. Desta forma espera-se acabar com as filas de espera⁶.

A realização deste projeto de intervenção (PI) tem como objetivo organizar e melhorar o atendimento dos clientes da UBS Arco Íris do município de Brasnorte/MT, utilizando o acolhimento e a classificação de risco.

1.2 Objetivos:

1.2.1 Geral

- ✓ Organizar e melhorar o atendimento dos usuários da UBS Arco Íris do município de Brasnorte/MT, utilizando o acolhimento e a classificação de risco.

1.2.2 Específicos

- ✓ Capacitar a equipe de saúde de família para o atendimento com classificação de risco;
- ✓ Modificar a distribuição das vagas para as consultas médicas, eliminando a distribuição de senhas e informar o tempo de espera aos usuários.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

A implantação do acolhimento com classificação de risco na UBS Arco Íris do município de Brasnorte/MT, surgiu a partir das constantes discussões realizadas na unidade em relação à melhoria do ambiente de trabalho e assistência prestada aos usuários. Essa nova modalidade de assistência à demanda espontânea tem como foco a avaliação das queixas apresentadas pelos usuários no momento da assistência, e não a ordem de chegada para ser atendido.

O objetivo deste PI é a implantação do acolhimento com priorização de risco na unidade, sendo para isso necessário preparação de toda equipe lotada na UBS.

No Quadro 1 é apresentado a rotina de atendimento médico na UBS Arco Íris:

Quadro 1- Demonstrativo de rotina semanal de atendimento médico na UBS Arco Íris do município de Brasnorte/MT, no ano de 2014.

Períodos	Dias da semana				
	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Matutino	Demanda* Espontânea**	Demanda Espontânea	Demanda Espontânea	Demanda Espontânea / Pediatra***	Atividades**** Acadêmicas
Vespertino	HiperDia	Visita Domiciliar e Pré-Natal	Saúde do Homem	Saúde da Mulher	Atividades**** Acadêmicas

*Demanda: remete à ação de demandar; procura, pedido ou exigência, mais ou menos expresso pelo usuário; situado entre o desejo e a necessidade¹⁰.

**Demanda espontânea: busca do usuário à unidade de saúde, independente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma não esperada pelo serviço.

***Pediatra realiza atendimento por agendamento, e pode-se encaminhar até dois usuários por dia em outra UBS.

****Na sexta-feira não há atendimento médico na unidade, pois conforme o Programa de Valorização Profissional correspondem às 8 horas destinadas as atividades acadêmicas. As consultas são realizadas pela enfermeira e quando necessário o cliente é encaminhado ao Hospital Municipal para atendimento médico.

A Figura 1 demonstra o fluxo de atendimento para clientes que procuram à Unidade de Saúde:

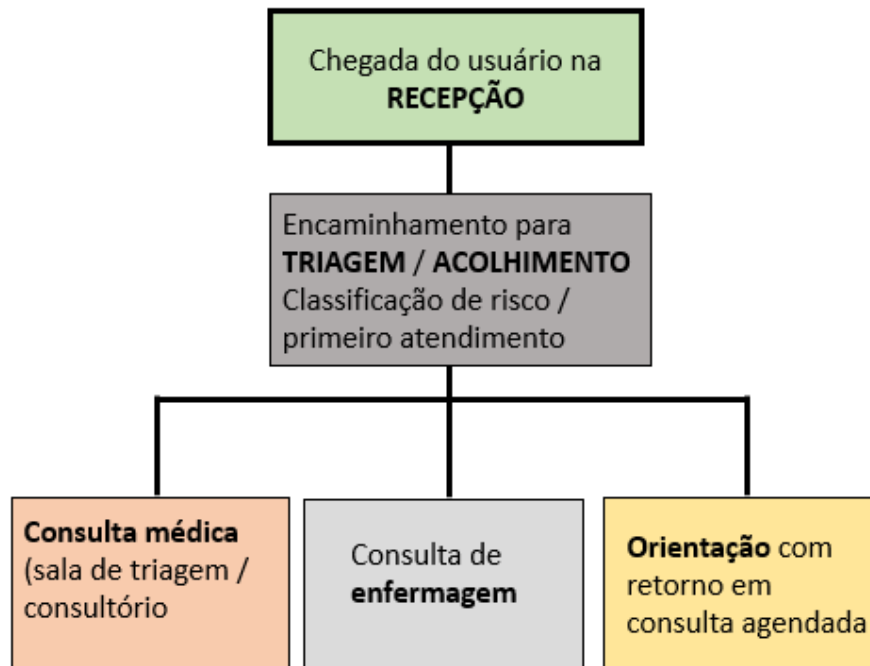


Figura 1 – Fluxo de Acolhimento para Clientes Procuram à Unidade de Saúde para atendimento médico sem consulta previamente agendada

Quanto a estrutura física da UBS Arco Iris, a mesma conta com:

- ✓ Área externa onde possui alguns bancos de madeira para os usuários aguardarem atendimento;
- ✓ Bebedouro;
- ✓ Recepção mobiliada com mesa, computador com impressora e armários/arquivos;
- ✓ Sala de triagem onde realiza-se triagem, biometria e priorização de risco;
- ✓ Sala de imunização;

- ✓ 4 banheiros, sendo: 1 para funcionários; 1 banheiro masculino; 1 banheiro feminino e um no consultório da enfermeira;
- ✓ Consultório odontológico;
- ✓ Consultório de enfermagem mobiliado com: mesa, cadeiras, armário, lavatório e maca ginecológica;
- ✓ Consultório médico mobiliado com: mesa, cadeiras, armário, maca e lavatório;
- ✓ Sala de observação/aplicação de medicação e inalação;
- ✓ Sala de curativo; e
- ✓ Sala de reuniões, que fica anexo a UBS.

A equipe multiprofissional é formada por médica, pediatra, enfermeira, 3 técnicas em enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que dão cobertura a cerca de 700 famílias e possuem um bom nível de conhecimento sobre a área adscrita, assim como um bom relacionamento com a comunidade. A UBS funciona das 7:00 às 11:00 e das 13:00 às 17 horas.

A primeira etapa do PI foi a discussão das atribuições de cada profissional da UBS e a escolha de um protocolo para definir o fluxo da triagem e após encaminhar o cliente para classificação de risco seguindo a Política de Humanização do SUS através de um sistema de cores.

As reuniões da equipe são realizadas quizenalmente, geralmente nas quartas-feiras a partir das 15 horas. Ficou definido que as ACS devem orientar a população assistida sobre a nova forma de atendimento nas visitas domiciliares.

A capacitação da equipe foi realizada nas sexta-feiras, período vespertino, por três semanas consecutivas, afim de esclarecer todas as dúvidas que surgiram. A classificação de risco será responsabilidade da enfermeira e quando estiver ausente e/ou impossibilitada ficará a cargo da médica da UBS.

Foi comunicado o Conselho Municipal de Saúde e a Gestor Municipal, o PI foi aprovado e tivemos apoio dos mesmos, pois foi evidenciado a busca para a melhoria do atendimento ao cliente.

A Gestão Municipal colaborou para reorganização da estrutura da unidade, estes serviços foram realizados das 11:00 às 13:00 horas até concluir as mudanças.

A Figura 2 mostra a estrutura física da UBS Arco Íris antes das mudanças.

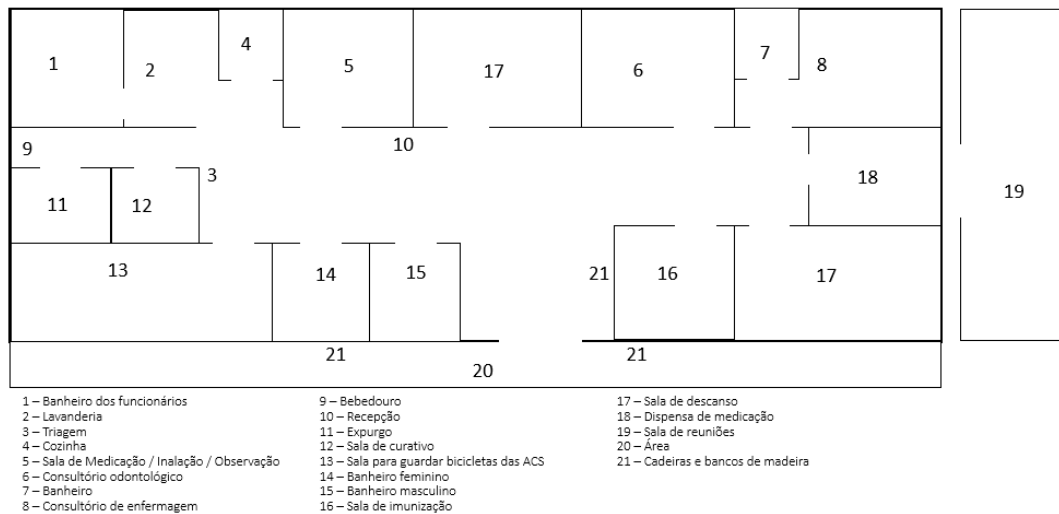


Figura 2: Estrutura da UBS Arco Íris antes da reorganização para implantação do acolhimento com a classificação de risco

A Figura 3 mostra a estrutura da UBS Arco Íris após as mudanças.

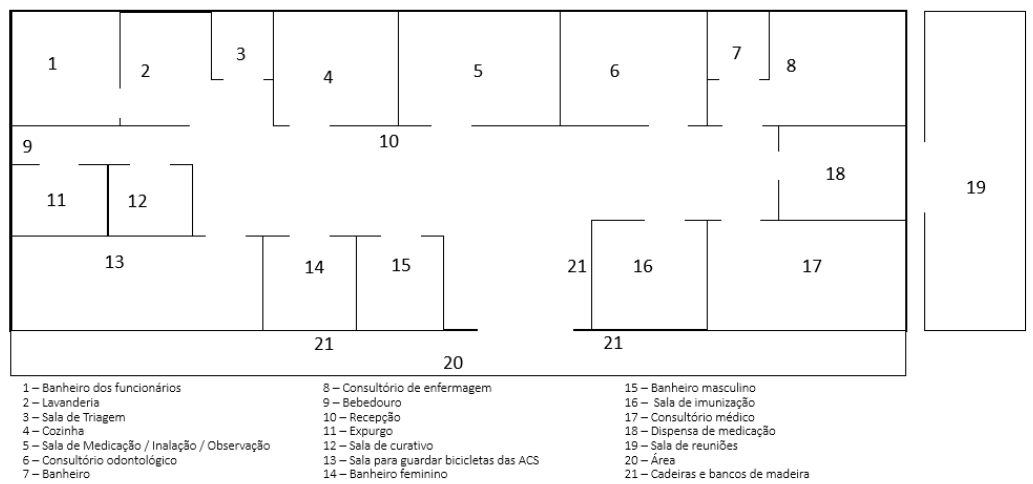


Figura 3: Estrutura da UBS Arco Íris após a reorganização para implantação do acolhimento com a classificação de risco.

O principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade¹¹.

A classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidade são ferramentas geradoras de equidade e boa prática clínica é importante que a equipe discuta o papel de cada membro em relação a esses instrumentos, de forma que seja possível um ganho potencial das intervenções das diferentes categorias profissionais no cuidado à demanda espontânea¹¹.

As intervenções serão realizadas segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação do risco e vulnerabilidades), classificadas em “Não Agudo” (intervenções programadas) e “Agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia)¹¹.

As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um cliente. Na Figura 4, apresentamos a Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica¹¹:

<p>Situação não aguda</p> <p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização). • Agendamento/programação de intervenções. • Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
<p>Situação aguda ou crônica agudizada</p> <p>Conduas possíveis:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Figura 4 - Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica, segundo Ministério da Saúde, Brasil, (2012). Fonte: Brasil (2012, pág.19)¹¹

A segunda etapa constituiu na escolha de um Fluxograma para seguirmos.

O Fluxograma a seguir busca representar um padrão de fluxo dos clientes nas UBS, partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato da equipe com o cliente. Nas situações em que avaliação e definição de oferta(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde, seja esta oferta um agendamento, uma orientação ou uma intervenção– a sala de acolhimento¹¹.

Este Fluxograma deve ser tomado como um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes¹¹.

O Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea esta apresentado na Figura 5.

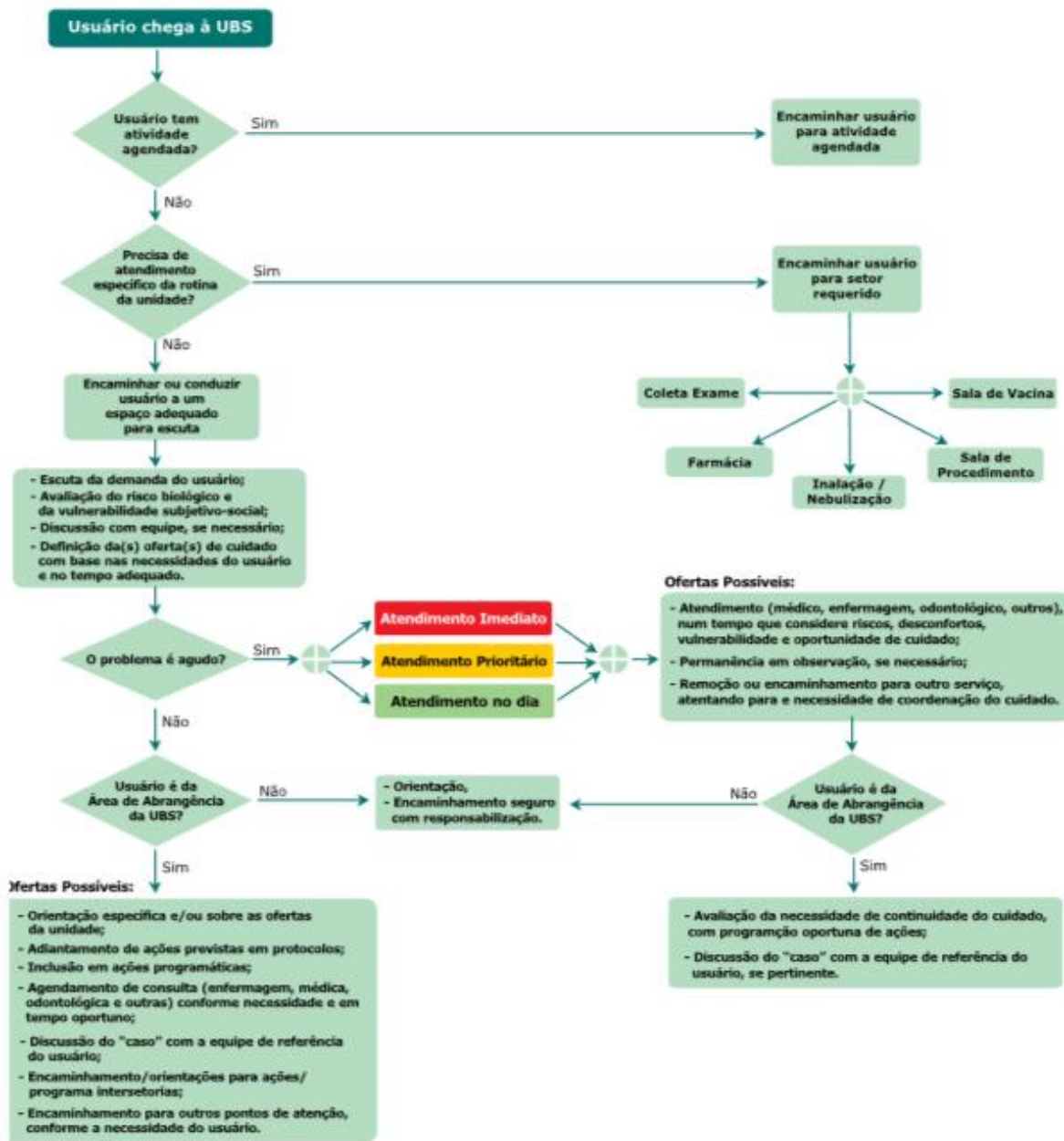


Figura 5 – Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea

Fonte: Brasil, (2012, pág.24)¹¹.

Com base no Fluxograma acima e no ciclo de vida foram construídos fluxogramas a serem seguidos pela equipe da UBS Arco Íris, que são apresentados nas Figuras 6, 7, 8, 9 e 10.

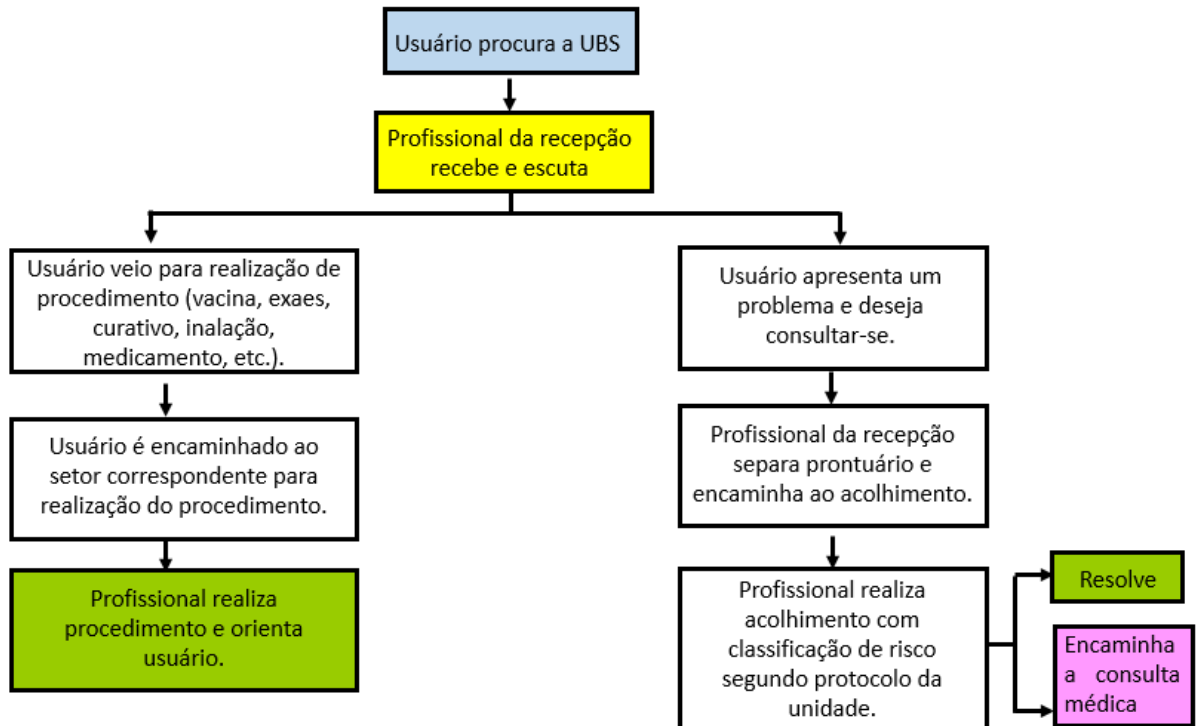


Figura 6 - Fluxograma de Acolhimento à demanda espontânea na UBS Arco Íris.

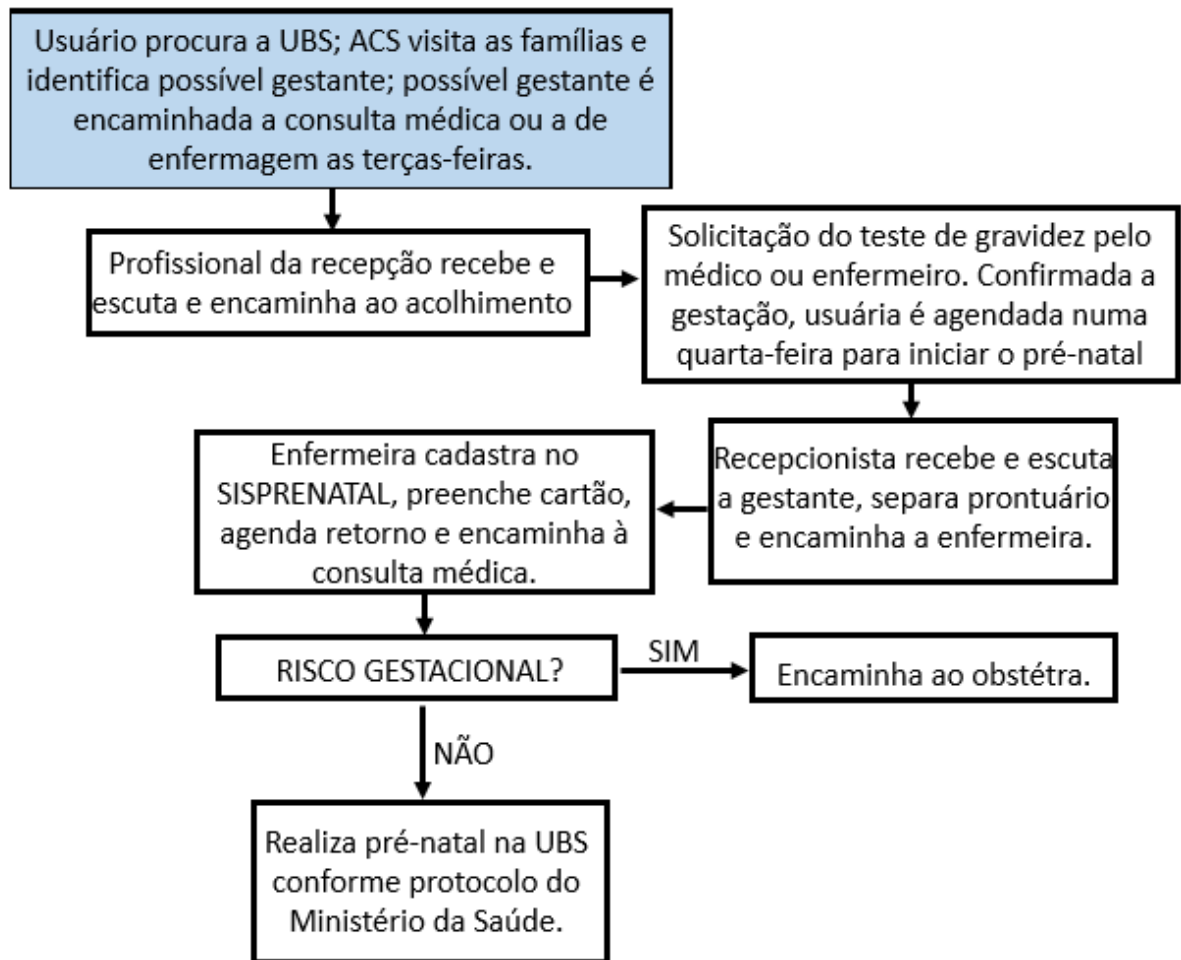


Figura 7 - Fluxograma de Acolhimento à gestante na UBS Arco Íris.

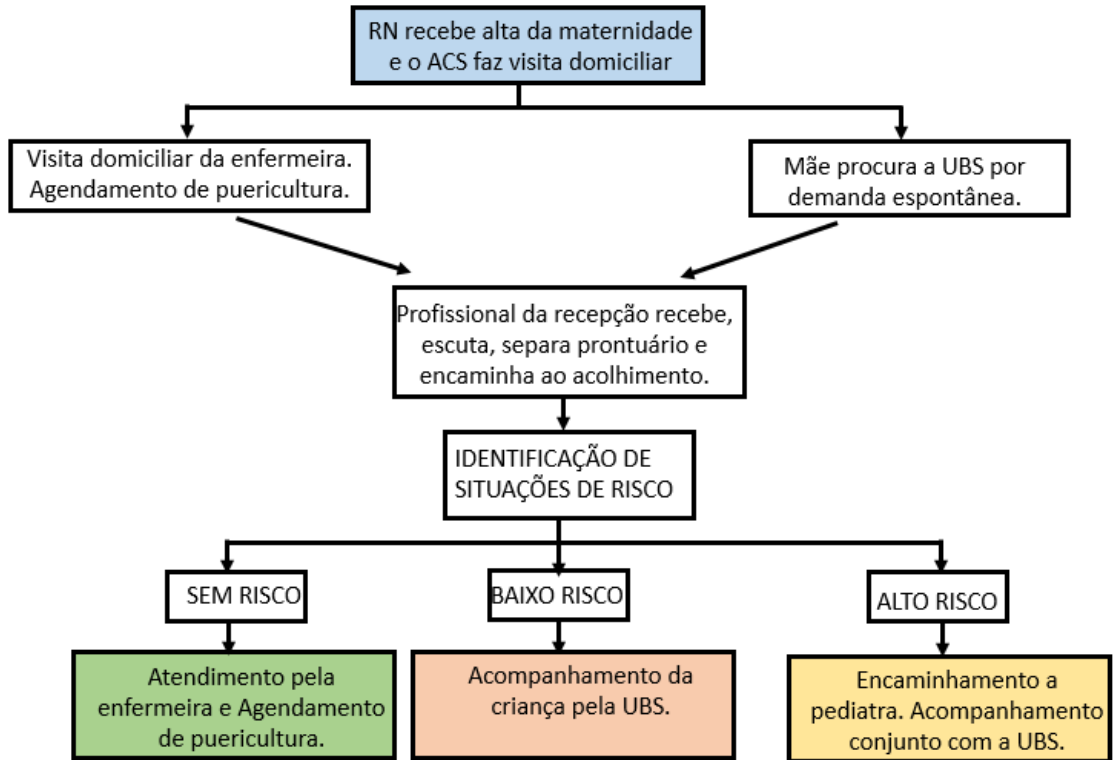


Figura 8 - Fluxograma de Acolhimento à Criança na UBS Arco Íris.

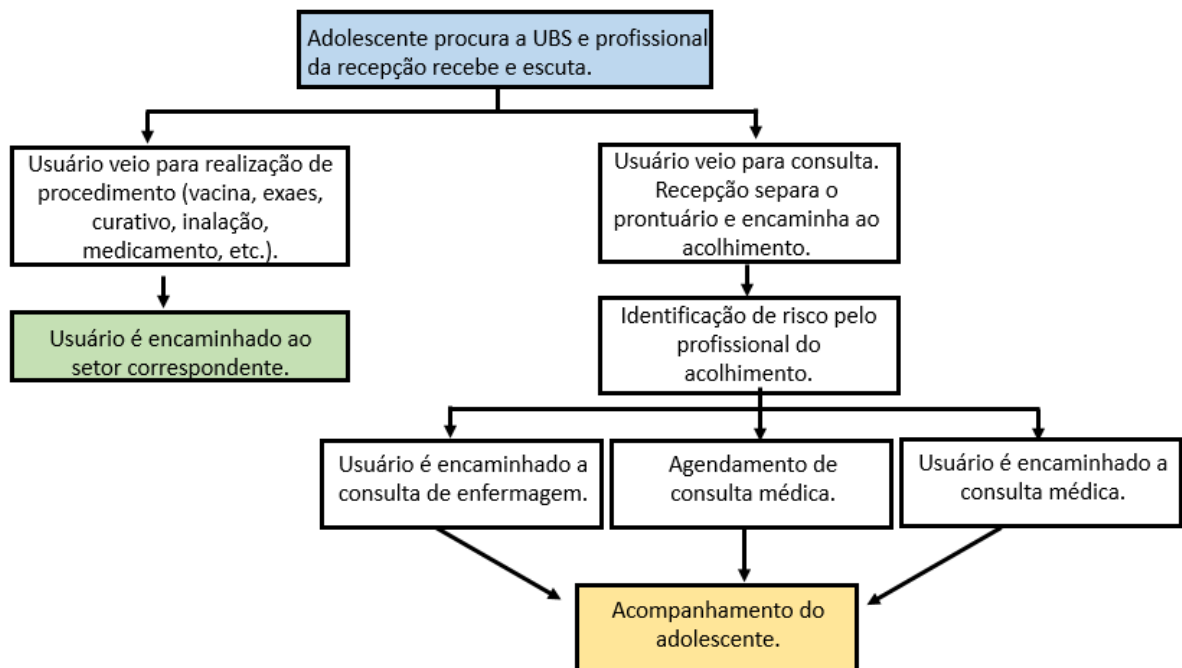


Figura 9 - Fluxograma de Acolhimento aos Adolescentes na UBS Arco Íris.

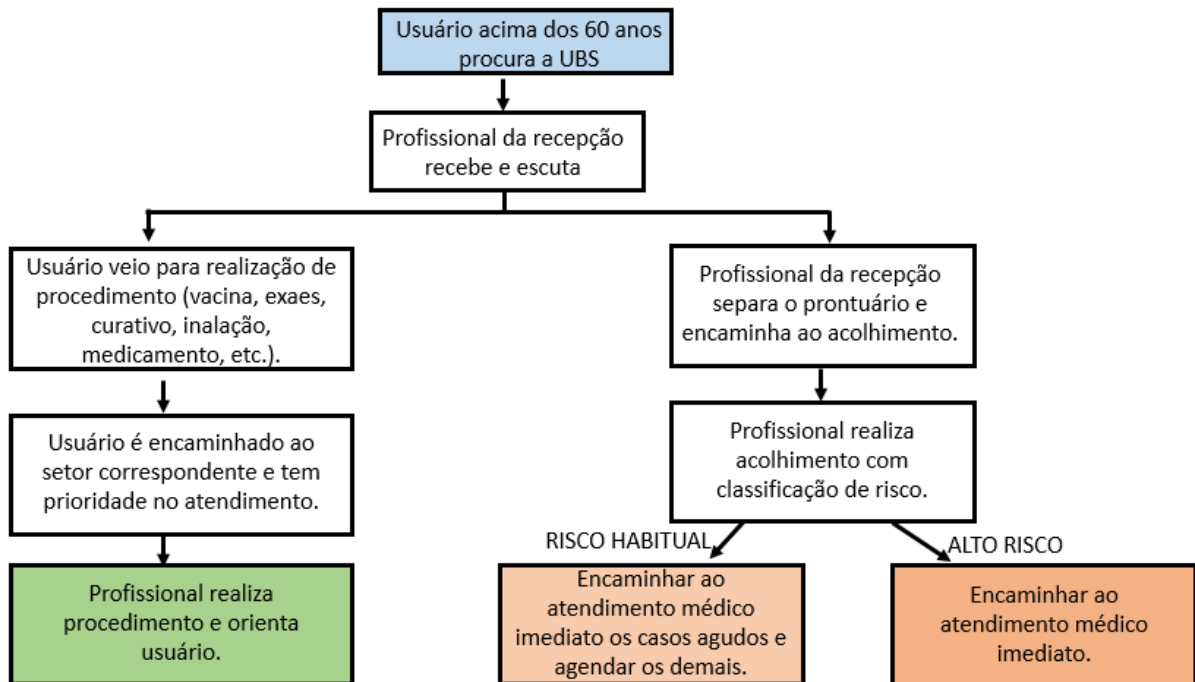


Figura 10 - Fluxograma de Acolhimento ao Idoso na UBS Arco Íris.

É importante não burocratizar o acolhimento e o fluxo do cliente na UBS, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Lembrando que, na AB, os clientes geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adscritos à UBS) e que o efetivo trabalho em equipe produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e ao conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários¹¹.

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O acolhimento humanizado, com uma boa escuta e atenção, fortalece os vínculos entre o profissional e o cliente/família. No atendimento diário aos clientes da UBS Arco Íris, foi possível perceber que, muitos usuários precisam mais “conversar... desabafar algum problema do que de consultar”¹². Quando o acolhimento de algumas situações, demande a continuidade no cuidado, pode ser necessário a avaliação de especialistas para a resolução de problemas mais específicos que fogem a resolutividade da equipe de AB, devendo então o cliente ser encaminhado para outros níveis de atenção.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil¹¹ no primeiro contato e na primeira avaliação, os clientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado dos mesmos na demanda espontânea. O profissional de saúde deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades. Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:

- ✓ Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;
- ✓ Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
- ✓ Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas;
- ✓ Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado;
- ✓ Organizar a disposição dos clientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo); e
- ✓ Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Ressalta-se que 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 AB 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 pontual¹¹.

Após a chegada do usuário na UBS e seu devido encaminhamento para sala de acolhimento, ocorre a classificação de risco, baseada no potencial de risco à saúde, sendo preenchida no prontuário os seguintes dados: data e hora, queixa principal, duração dos sintomas, doenças crônicas, medicações em uso, sinais vitais (pressão arterial, temperatura axilar, frequências cardíaca e respiratória), dados antropométricos (peso e altura).

Diante desses dados o cliente é classificado conforme o risco em diferentes cores, as quais definem o encaminhamento do cliente, conforme apresentado no Quadro 2:

Quadro 2 – Classificação de risco conforme o risco em diferentes cores.

<p>VERMELHO (pacientes que necessitam de atendimento de emergência e devem receber atendimento médico imediato em Sala de Emergência hospitalar / Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU 192, e pacientes que apresentam riscos de agravo à saúde e que necessitam de consulta médica prioritária).</p>
<p>AMARELO (pacientes que apresentam alterações nos sinais vitais, sem riscos de agravo à saúde, devem receber consulta médica com tempo de espera curto).</p>
<p>VERDE (pacientes com queixas recentes ou agudas que não ultrapassam 15 dias e sem risco de agravo a saúde e/ou resultados de exames de rotina e/ou renovação de receita – deve ser avaliado pela enfermeira ou encaminhado para agendamento).</p>
<p>AZUL (pacientes em busca de orientações, teste de gravidez, imunização devem ser encaminhados a consulta com a enfermeira, realizar agendamento de consulta médica ou encaminhados a sala de vacina) contudo, vale salientar que o tempo de agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e quadro clínico da queixa).</p>

É importante esclarecer que idosos, gestantes, crianças com idade inferior a seis meses e deficientes físicos devem ser classificados conforme a priorização de risco, após a classificação eles terão prioridade dentro do grupo de usuários classificados pela mesma cor.

A proposta é envolver toda a equipe no processo de implantação e avaliação do PI. A avaliação é quase imediata partindo da aceitação das mudanças propostas pelo PI (acolhimento com classificação de risco) pelos clientes, conversando para saber o nível de satisfação ou insatisfação dos mesmos. Estimular a aceitação da proposta explicando a importância das mudanças para a melhoria da assistência e para o processo de trabalho na UBS. Serão realizadas reuniões mensais com equipe para discutir todo o processo de implantação do projeto.

No Quadro 3 apresentamos o processo de implantação do acolhimento com resultados:

Quadro 3: Processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na UBS Arco Íris.

Variável Crítica	Resultado
Déficit no acolhimento na recepção.	Recebimento e acolhimento do usuário, identificação do problema que o levou a procurar a UBS, encaminhamento de acordo com fluxogramas.
Capacitar a equipe para acolhimento com Classificação de risco.	Melhor interação entre os profissionais da unidade, melhor organização do serviço. Assistência com priorização de risco do atendimento de acordo com critérios clínicos.
Inexistência de Acolhimento com Classificação de risco.	Priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos no tempo adequado e não por ordem de chegada, e agendamento dos demais casos.
Falta de conhecimento da população sobre acolhimento.	População mais informada e consciente quanto ao acolhimento e agendamento de consulta.
Inexistência de acolhimento com classificação de risco: falta de prioridades no atendimento gerando longas filas e demandas muito grandes de consulta.	Acolhimento com classificação de risco implantado.

A equipe de enfermagem deve trabalhar algumas habilidades importantes para realizar o Acolhimento com Classificação de Risco, como: comunicação, boa interação com os profissionais da unidade, com os usuários e família, paciência, compreensão, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade¹³.

Para facilitar a Classificação de Risco foi elaborado um quadro (Quadro 4) com critérios que definem a classificação de cada agravo à saúde:

Quadro 4: Classificação de risco por escala de cores.

Cor	Critério clínico
Vermelho	Parada cardíaca ou Respiratória Perda de força, movimento ou sensibilidade em face, braços e pernas Trauma crânio-encefálico grave (Glasgow <12): atropelamento, traumas graves Fraturas, luxações, entorses Dor torácica de início súbito (<1hora) em hipertensos, diabéticos ou cardiopatas Queimaduras graves ou em crianças Inconsciência Hipotermia Insuficiência respiratória (cianose, confusão mental, dificuldade de fala) Hemorragia ativa Crise convulsiva Agitação, alucinação, delirium
Amarelo	Dor torácica (>2 horas) Pressão arterial > 170/100mmHg Pressão arterial <80/40mmHg Hipertensão sintomática: PA>150/100mmHg com cefaléia, náuseas, vômitos, vertigem, etc. HGT >300mg/dl ou <50mg/dl Crise asmática Gestante: dor em baixo ventre, perdas de fluídos vaginais. Febre (Tax 39°C) Suspeita de Varicela
Verde	Diarréia aguda (mais de 5 episódios por dia) com sinais de desidratação Dor abdominal aguda, náuseas e vômitos Dor de cabeça ou tontura, sem alteração de sinais vitais Dor de ouvido Olho vermelho, com irritação conjutival Sintomas urinários (disúria, oligo-anúria) Dor lombar com sinais urinários ou febre Prostação em crianças Dor crônica com piora recente Atraso menstrual há mais de 30 dias Assaduras em bebês Tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta e Tax <38,5°C
Azul	Problemas ou queixas há mais de 15 dias Atraso menstrual há menos de 30 dias Cólica menstrual Constipação intestinal Suspeita de pediculose e escabiose Inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais Imunização Renovação de receitas Requisição e/ou retorno de exames Encaminhamento, contra-referências Atestados e laudos

Observamos no início do processo de implantação que ocorreram muitos conflitos mas com o passar dos dias foram diminuindo e houve uma maior aproximação dos clientes com a equipe.

Como resultado em três meses de intervenção obtivemos a realização do atendimento de acordo com critérios clínicos estabelecidos no Protocolo de Acolhimento da unidade no tempo certo e de forma segura, ética e com qualidade. Dentre estes poucos casos foram encaminhados ao Hospital Municipal para atendimento de urgência, alguns atendimentos foram prioritários devido a classificação amarela e dos atendimentos foram pertencentes as categorias verde e azul.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento pode ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e de estruturação do PSF. As reuniões realizadas permitirá a escolha de um protocolo de acolhimento com classificação de risco que pressupõe o acolhimento por meio de uma escuta qualificada e humanizada, capaz de dar uma resposta ao sujeito, garantindo-lhe acesso e atendimento humanizado.

Diante das dificuldades que a equipe enfrentava com relação à demanda, a classificação de risco mostrou-se interessante como método de organização do processo de trabalho. O acolhimento com classificação de risco não quer dizer que todos os problemas de demanda estarão resolvidos, mas, tende organizar melhor o processo de trabalho, oferecendo mais humanização no atendimento.

Os critérios hoje utilizados pela atenção primária são muitas vezes a prioridade dada individualmente pelo profissional, sem seguir critérios de avaliação objetivos, conclui-se que é imprescindível a utilização do acolhimento com classificação de risco na UBS, pois além de passar segurança para toda equipe, também cumpre com os princípios que regem o SUS, principalmente mantendo a equidade e priorizando os pacientes que necessitam de atendimento imediato. Observou-se que muitos dos atendimentos podem descentralizar da figura do médico.

Se a existência do acolhimento gerar cuidados para os clientes, com o tempo, provavelmente, eles irão defender mais essa rotina, aumentando suas chances de sucesso e, conseqüentemente fortalecendo a AB.

A implantação deste PI contribuiu para a organização do acolhimento promovendo agilidade no atendimento a partir da análise e avaliação da necessidade do usuário, proporcionando a priorização da atenção aos mais vulneráveis e com maior risco, em detrimento ao atendimento por ordem de chegada.

REFERÊNCIAS:

¹ Brasil. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

² Brasil. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências**. Brasília – DF, 19 setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>

³ Brasil. Diário Oficial da União. **Lei nº 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília – DF, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>

⁴ Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**. Caderno 1: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, 2000.

⁵ Castro, A. J. R.; Shimazaki, M. E. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte: editora Gutenberg, 2006.

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

⁷ Silva, P.M.; Barros, K.P.; Torres, H.C. **Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem**. REME – Rev. Min. Enferm.;12(2): 225-231, abr./jun., 2012.

⁸ Faria, H. et al; Processo de Trabalho em Saúde. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo horizonte: Nescon/UFMG, 2008.

⁹ Vasconcelos, M; Grillo, M.J.C.; Soares, S.M. **Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e**

comunidade. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Editora UFMG, 2008.

¹⁰ Mafra, AA. et al. **Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte.** Recomendação para organização do processo de trabalho no nível local. Saúde da Família. SUS-BH. Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte – MG. 2014. Pg8.

¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento a Demanda Espontânea.** Queixas Mais Comuns na Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica.** n 28. Vol.II. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

¹² Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento a Demanda Espontânea.** Queixas Mais Comuns na Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica.** n 28. Vol.I. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

¹³ Rodrigues, P.C.; Pedroso, L.C.S.; Oliveira, V.H.; **Acolhimento com Classificação de Risco em Assistência Médica Ambulatorial (AMA).** Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina. São Paulo, 2008.