

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**IMPLANTAÇÃO DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO
BÁSICA E NO PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE PARA
DE MINAS MG: RESULTADOS E MUDANÇAS PERCEBIDAS
PELOS PROFISSIONAIS ATUANTES**

VALERIA APARECIDA ALVES SOUZA

**Pompéu - MG
2012**

VALERIA APARECIDA ALVES SOUZA

**IMPLANTAÇÃO DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO
BÁSICA E NO PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE PARA
DE MINAS MG: RESULTADOS E MUDANÇAS PERCEBIDAS
PELOS PROFISSIONAIS ATUANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para
obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Stela Maris
Aguiar Lemos.

**Pompéu- MG
2012**

VALERIA APARECIDA ALVES SOUZA

**IMPLANTAÇÃO DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO
BÁSICA E NO PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE PARA
DE MINAS MG: RESULTADOS E MUDANÇAS PERCEBIDAS
PELOS PROFISSIONAIS ATUANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para
obtenção do certificado de Especialista.

Banca Examinadora

Prof^a Stela Maris Aguiar Lemos

Prof^a Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, 10 de julho de 2012.

Dedico minha conquista: A DEUS por me conceder a vida e plantar em mim tantos sonhos...! Por me compreender mais do que posso entender. A meu pai, José Gonçalves de Souza a quem nunca deixei de amar a certeza de que está sempre me apoiando, e iremos nos encontrar. A minha mãe Maria do Carmo por ser quem é e ter me dado o que tenho de melhor, ser exemplo de vida, luta, dedicação e amor... As minhas meninas Tais e Maria Eduarda que sempre foram fontes de inspiração para minha caminhada e luta constante, demonstrando carinho e afeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me criar e fazer valer a pena estar aqui.

A minha orientadora Stela Maris Aguiar pela paciência e dedicação durante as orientações.

A minha tutora Karine no polo de Formiga que tanto dedicou seu trabalho com carinho imensurável no início de minha trajetória na pós-graduação.

A minha tutora Soraia Gontijo no polo de Pompeu que sempre mostrou carinho, atenção e dedicação nessa etapa final do curso.

A Coordenação da Atenção Primária a Saúde de Pará de Minas, Renata Virginia, pela contribuição na realização deste trabalho.

As equipes de Estratégias de Saúde da Família que colaboraram para realização deste trabalho, em especial as enfermeiras coordenadoras pela fundamental participação.

A minha família pelo apoio incondicional

A todos que de alguma forma direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse ao final do curso com a realização deste trabalho.

FELICIDADE

Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar e ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito de sua alma. É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida. Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos e saber falar de si mesmo. É ter coragem para ouvir um “não”. É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta. Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo. (Fernando Pessoa).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG), por 100.000 habitantes, Pará de Minas, período 2002 a 2008.....	24
Figura 2 - Coeficiente de mortalidade geral segundo algumas causas selecionadas, Pará de Minas, período 2002 a 2008.....	25
Figura 3 – Coeficiente de mortalidade infantil, Pará de Minas, período 2002 a 2008.....	26
Figura 4 – Coeficiente de mortalidade infantil, neonatal e pós-natal, Pará de Minas, período 2007 a 2009.....	27
Figura 5 – Percentual das internações por grupo de causas e faixa etária – CID 10. (por local de residência) 2009.....	28
Figura 6 - Mudanças nos números de atendimentos na Urgência/Emergência e nos unidades de Atenção Primária a Saúde avaliadas em momentos distintos....	37
Figura 7 – Mudanças nos tempos de atendimentos desde a admissão ate o acolhimento com a classificação de risco do cidadão.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Óbitos, segundo sexo, de residentes em Pará de Minas - MG, 2008.....	24
Tabela 2 – Razão da mortalidade materna, de residentes em Pará de Minas, anos 2008 e 2009.....	27
Tabela 3 - Nascimentos por faixa etária materna de residentes em Pará de Minas no período 2005 - 2008.....	28
Tabela 4 - Percentual de natalidade, segundo tipo de parto, de residentes em Pará de Minas, período 2004- 2008.....	29
Tabela 5 – Número de doenças de notificação compulsória, casos confirmados de pacientes residentes em Pará de Minas, período de 2007 a 2010.....	29
Tabela 6 - Cobertura Vacinal % por tipo de imunobiológico < 1 ano.....	30
Tabela 7 - Redução de Numero de Atendimentos no Pronto Atendimento.....	37

RESUMO

O presente trabalho objetivou relatar a Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas unidades de Estratégia de Saúde da Família no Município de Pará e Minas. Para tanto, foram utilizados relatos de experiências, através de reuniões realizadas entre as enfermeiras das unidades com a coordenação da atenção básica. A partir das experiências e relatos apresentados foi possível identificar os aspectos positivos, as dificuldades encontradas pelas equipes, bem como os resultados e impactos causados nos processos de trabalhos das equipes das unidades com Estratégia de Saúde da Família e no Pronto Atendimento da cidade. O trabalho permitiu concluir que a Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, apesar de algumas dificuldades, foi e está sendo muito importante na organização dos serviços e na melhoria dos acessos e atendimentos aos usuários. A mudança no modelo de acolhimento trouxe aprendizado a todos os profissionais envolvidos e está sendo aprimorado a cada dia para trazer também melhores condições de trabalhos a todos.

Palavras chave: Acolhimento. Triagem. Estratégia de Saúde da Família

ABSTRACT

This study aimed to report to the Shelter Implementation Assessment and Risk Classification in units of the Family Health Strategy for the City of Pará and Minas. Therefore, we used reports of experiences, through meetings between the per-zadas nurses from units with the coordination of primary care. From the experiences and stories presented was possible to identify the positives, the difficulties encountered by the teams as well as the results and impacts in the processes of work teams of units with the Strategy for Health and Family Emergency Services of town. The study revealed that with the Introduction of the Home Assessment and Risk Classification despite some difficulties, and was being very important in the organization of services and improved access to care and usuários. A change in the model host brought learning to all professionals involved and is being improved every day to also bring better working conditions for all.

Keywords: Screening. Home. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	15
3.1 Prioridade 1: vermelho	16
3.2 Prioridade 2: laranja	17
3.3 Prioridade 3: amarelo	17
3.4 Prioridade 4: verde	17
3.5 Prioridade 5: azul	18
4 OBJETIVOS	19
4.1 Objetivo geral	19
4.2 Objetivos específicos	19
5 METODOLOGIA	20
6 RESULTADOS	21
6.1 O Contexto: O Município de Pará de Minas - Caracterização geral	21
6.2 Localização	21
6.3 Condições de saúde do município	22
6.4 Perfil socioeconômico	23
6.5 Setor Industrial	23
6.6 Perfil epidemiológico	24
6.7 Vigilância em saúde	31
6.8 A implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco no município	33
6.9 Os aspectos positivos nas unidades com ESF e no pronto atendimento	33
6.10 Dificuldades encontradas pelos profissionais na implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco nas ESF	34
6.11 Estratégias utilizadas para organizar o modelo de atendimento para demanda espontânea (queixas agudas) e para consultas programadas	35
6.12 Adesão da população ao novo modelo de atendimento realizado pela equipe	36
6.13 Impactos da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco nas unidades de atenção primária a saúde com equipes de PSF'S e no pronto atendimento	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A Saúde da Família veio como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, com equipes de profissionais inseridos nas unidades básicas de saúde que atuam em determinada área geográfica definida ou delimitada, sendo responsáveis por números de famílias também definidas, residentes e cadastradas neste território. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais comuns e manutenção de bons hábitos de vida da população para melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), implantado em 1994 e que apresentou crescimento expressivo nos últimos anos. Para a consolidação desta estratégia é necessário um processo de substituição da rede básica de serviços tradicionais pelos resultados positivos produzidos por meio das ações de saúde que impactam nos indicadores de saúde da comunidade.

A equipe de Estratégia de Saúde da Família é responsável por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; deve estimular a organização e participação da comunidade nas ações e serviços de saúde; deve atuar de forma Inter setorial, através do estabelecimento de parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos - família – comunidade (BRASIL, 2007).

Um grande desafio apresentado às equipes de saúde da família é a implantação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde, uma ação de extrema necessidade e importância que traduz ao mesmo tempo, o estabelecimento de vínculo entre usuários e equipe e humanização na assistência.

O acolhimento com classificação de risco permite organizar os serviços de forma a permitir acesso e resolutividade.

Conforme a Lei 8080 do SUS, no capítulo II, que dispõe sobre seus Princípios e Diretrizes, em seu Art. 7º, afirma-se que as ações e serviços públicos

de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal obedecendo aos princípios de: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; igualdade da assistência a saúde; direito a informação sobre sua saúde; participação da comunidade; descentralização politico- administrativa; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

Apesar de todos os avanços relativos aos princípios norteadores, à descentralização da atenção e da gestão, o SUS ainda enfrenta questões como fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; fragilidade de interação e despreparo das equipes para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; desrespeito aos direitos dos usuários, verticalização do sistema, dentre outros (BRASIL, 1990).

Pretende-se, por conseguinte, operar mudanças no SUS e uma das formas para se conseguir essa mudança foi a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão do SUS.

Segundo o documento base da PNH, acolhimento é definido como “uma postura ética, um modo de operar os processos de trabalho em saúde , de forma a atender todos os que procuram os serviços de saúde , ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários”. (BRASIL, 1990).

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referencia-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região (CARVALHO; CAMPOS, 2000, p. 507-15).

As falhas no acolhimento trazem consequências tanto para os usuários quanto para os profissionais atuantes e gestores dificultando assim o alcance dos benefícios propostos para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

As unidades de atenção primária à saúde devem ter como objetivo receber o cidadão usuário, atendendo-o com presteza e ter como finalidade ser o seu primeiro contato e ou dar continuidade aos cuidados, pois as pessoas atendidas

precisam manter o vínculo com o serviço ao longo do tempo; de forma que quando houver uma nova demanda esta possa ser atendida de forma mais satisfatória e eficiente.

No momento do acolhimento, os usuários depositam nas pessoas que os acolhem, expectativas no intuito da resolução de seus problemas caracterizando este momento crucial para que o restante do processo de atendimento seja satisfatório e resolutivo. E efetividade é entendida como “faculdade de produzir um efeito real, de funcionar normalmente, de atingir um objetivo real” (HOUAISS, 2009).

A sobrecarga de trabalho dos profissionais atuantes na enfermagem, justificada pela grande demanda de pacientes atendidos, aliados à falta de planejamento e priorização desses atendimentos, o espaço físico reduzido, dentre outros fatores faz das unidades de atenção primária à saúde, um local com muitas dificuldades de organização do trabalho. Além disso, muitas vezes o serviço de urgência atende esses pacientes mobilizando desnecessariamente recursos humanos e materiais especializados, reforçando a desvalorização da atenção básica e soluciona paliativamente os problemas de saúde da população, já que seus objetivos seriam atendimentos de urgência e emergência.

No município de Pará de Minas, a implantação do Acolhimento aconteceu inicialmente em dezembro de 2010 por ocasião da Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) e, posteriormente, em março de 2011, após a realização de treinamentos e capacitações de todos os profissionais envolvidos, o acolhimento e a classificação de risco passaram a ser uma exigência da coordenação e da secretaria municipal de saúde, para todas as equipes de atenção primária à saúde do município.

No município, a implantação do acolhimento é objeto de grandes debates e discussões, uma vez que sua implantação trouxe benefícios, porém revelou dificuldades e deficiências profissionais e estruturais que vem sendo enfrentadas na tentativa de adaptar as melhores soluções possíveis.

A equipe de saúde do PSF Nossa Sr.^a de Fatima, onde atuo há alguns meses como enfermeira, por ocasião da realização do diagnóstico situacional realizado em agosto de 2010, identificou os seguintes problemas:

- dificuldade em realizar o acolhimento aos pacientes devido a falta de protocolos e estrutura física inadequada dificultando o atendimento com excelência aos usuários

- sobrecarga de tarefas para os profissionais na ESF

- falta de treinamento para os profissionais

- desorganização do processo de trabalho para atendimento a demanda espontânea e demanda agendada.

- falta de responsabilização da população com a própria saúde

- baixa adesão da população com as ações programadas (grupos e consultas)

E, conforme os problemas listados, o de maior relevância para a equipe está relacionado ao acolhimento. Todos os profissionais envolvidos destacaram a dificuldade em realizar o acolhimento tanto pelo espaço físico e estruturas inadequadas quanto pela falta de capacitações e sobrecarga de trabalho e este problema não era apenas do ESF N^a Sr^a de Fatima, mas de todas as outras equipes do município de Pará de Minas. Dentre às queixas mais comuns das equipes se destacavam a sobrecarga de trabalho, devido ao grande número de tarefas a serem realizadas em curto espaço de tempo; ausência de protocolos e treinamentos para capacitação profissional para escuta qualificada e resolutiva aos usuários; resistência da população ao novo modelo de atendimento proposto pelo acolhimento com avaliação e classificação de risco.

Diante do exposto foi definido como tema para o trabalho de conclusão de curso o acolhimento com avaliação e classificação de risco. A questão norteadora deste estudo é: Quais os resultados e mudanças percebidas no atendimento das unidades de PSF e no PA no município de Para de Minas após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco?

2 JUSTIFICATIVA

O trabalho tem como justificativa o entendimento de que o acolhimento na Estratégia de Saúde da Família é uma proposta que contribui para a reorganização do processo de trabalho da equipe melhorando as condições para efetivação dos princípios de humanização na assistência, viabilizando o acesso e a resolutividade.

O acolhimento no município de Para de Minas, mesmo após de ter sido implantado com sucesso, ainda enfrenta dificuldades no que se refere à resistência por parte de alguns usuários e, às vezes, por profissionais com dificuldades de adaptações.

Por fim, o estudo justifica-se pela necessidade de demonstrar a experiência dos profissionais do município na importante missão de implantar o acolhimento com avaliação e classificação de risco. Com isso, servir de estímulo a outras equipes que buscam estabelecer mudanças efetivas nas relações profissionais-usuários, sendo este um passo crucial para reorganização do processo de trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A implantação do Acolhimento nos serviços de saúde tem se mostrado cada mais necessária e resolutiva. Há muito o termo acolhimento é utilizado em saúde, contudo, foi a partir do Plano Diretor da Atenção Básica à Saúde (PDAPS) que muitos profissionais tomaram conhecimento desta estratégia passando a ser capacitados para tal função.

Conforme Ferreira (1975), acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento, como ato ou efeito de acolher, expressa em suas várias definições uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Segundo Franco *et al.* (1999), o acolhimento constitui-se de uma tecnologia leve para reorganização dos serviços, buscando a garantia do acesso universal, resolutividade e humanização.

Pereira (2002) enfatiza que acolher não significa simplesmente satisfazer a pessoa atendida, mas buscar a resolutividade ou realizar encaminhamentos a fim de promover a reabilitação da saúde da mesma. A assistência de qualidade, dentre seus objetivos, engloba a satisfação da clientela, mas sabe-se esta nem sempre é possível ou ainda esse ato não é capaz de promover ou reabilitar totalmente a saúde.

Miranda e Miranda (1990) consideram que é a partir do encontro entre duas pessoas que se estabelece a relação de ajuda, onde o ajudador ao acolher o ajudado, constrói a base da relação. O relacionamento de ajuda é desenvolvido a cada encontro. O ajudador deve mostrar disponibilidade e abertura ao ajudado desde os momentos iniciais, pois é nesse momento que se constrói o vínculo.

Conforme a Cartilha do Programa Nacional de Humanização (CPNH), a Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. (CPNH, 2006).

Os objetivos da Classificação de Risco conforme a Cartilha do Programa Nacional de Humanização são: avaliar o paciente logo na sua chegada, ao Pronto-Socorro humanizando o atendimento, descongestionar o Pronto-Socorro,

Reduzir o tempo para o atendimento, médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento, primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. (CPNH, 2006).

A realização da Classificação de Risco deve ser apoiada por um protocolo clínico único, que padronize a linguagem em todos os pontos de atenção, nos sistemas de apoio e logística.

A Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Minas Gerais, após avaliar os protocolos clínicos existentes, e validados internacionalmente, padronizou a utilização do Protocolo de Manchester, que inicialmente foi formulado para utilização no Reino Unido e, atualmente, está em operacionalização em vários países da Europa e Austrália.

Entre as vantagens deste protocolo destaca-se que não trabalha apenas com diagnóstico, possibilitando a análise da classificação de risco em todos os pontos da atenção primária, secundária e terciária; pode ser informatizado, além de ser passível de auditoria clínica.

Esse protocolo tem como base para a classificação de risco, a utilização dos sinais e sintomas como determinantes; cada um contém um fluxograma interativo e é avaliado de acordo com ele, em seguida classificado em uma das cinco categorias por grau de prioridade (MINAS GERAIS, 2010) Os níveis de prioridade são identificados por cor sendo:

3.1 Prioridade 1: vermelho

O usuário classificado com prioridade 1 necessita de ressuscitação. Deve ser categorizado como caso de EMERGENCIA ABSOLUTA. Ex: parada cardíaca, choque, politraumatismo, coma profundo, entre outros.

Este atendimento é prioridade absoluta, os primeiros cuidados são imediatismos, o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.

O ponto de atenção com competência para atendimento destes usuários é o pronto socorro e o acesso deve ser imediato.

3.2 Prioridade 2: laranja

O usuário classificado com prioridade 2 deve ser categorizado como caso de EMERGENCIA MAIOR. Ex: trauma grave, alteração do estado mental, comprometimento do estado hemodinâmico, queimaduras de segundo e terceiro grau, dor precordial, quadros hemorrágicos intensos, entre outros.

Este atendimento é prioridade, os primeiros cuidados são imediatos (no máximo em 15 minutos), o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.

O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto socorro e o acesso deve ser imediato..

3.3 Prioridade 3: amarelo

Deve ser categorizado como caso de URGENCIA MAIOR. Ex: traumatismos moderados, quadros dolorosos de intensidade moderada, quadros de sibilância de intensidade moderada, entre outras.

Este atendimento é prioridade, os primeiros cuidados são imediatos, o transporte sanitário deve ser acionado.

O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto atendimento e o acesso deve ser imediato.

3.4 Prioridade 4: verde

O usuário classificado com prioridade 4 é classificado como URGENCIA MENOR. Ex: quadro febril de baixa intensidade em criança, gestantes com queixas, quadros dolorosos de baixa intensidade, entre outros.

Este atendimento deve ser priorizado, preferencialmente na UAPS, para o mesmo turno, após os primeiros cuidados e medidas necessárias nos casos de emergência e urgência maior.

O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a UAPS.

3.5 Prioridade 5: azul

O usuário classificado com prioridade 5 não apresenta Sinal de Alerta, trata-se de caso eletivo. Ex: quadro gripal, dor de intensidade leve, trauma menor, entre outras.

Este atendimento ou consulta pode ser agendado ou realizado de imediato, caso haja disponibilidade.

O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários e a UAPS.

Para o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, a triagem ou classificação de Risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco, empregada nos serviços de urgência por todo o mundo, a fim de construir fluxos de pacientes quando a demanda excede a oferta de serviços, com o objetivo de garantir o atendimento médico de acordo com o tempo de resposta e com a necessidade do paciente. A Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester nos serviços de urgência para definição de uma prioridade clínica é uma metodologia que pode ser ensinada e auditada. (MINAS GERAIS, 2010).

Conclui-se que o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco é fundamental para reorganizar o processo de trabalho das equipes de saúde, e que ambos apresentam importância decisiva devendo ser realizados em conjunto, ou seja, o Acolhimento como ato de acolher, escutar e dar uma resposta.

Deve estar sempre associado à Classificação de Risco, onde o profissional deverá avaliar também expressões, sentimentos, angústias sofrimento psíquico não somente a queixa física. Realizar a classificação de risco colocando em prática o acolhimento em seus conceitos mais amplos tem como premissa a garantia de um atendimento mais humanizado e resolutivo nos serviços de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Relatar a experiência de Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas Unidades de Atenção Primária a Saúde no Município de Pará de Minas.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar os aspectos positivos na implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas unidades de ESF.
- Identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais na Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas ESF.
- Descrever estratégias utilizadas para organizar o modelo de atendimento para a demanda espontânea (queixas agudas) e para consultas programadas .
- Discutir a adesão da população ao novo modelo de atendimento realizado pela equipe.
- Descrever os impactos da Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas unidades de atenção primaria a saúde com equipes de ESFs no município de Pará de Minas.

5 METODOLOGIA

O estudo foi caracterizado como um relato de experiência baseado na experiência dos profissionais enfermeiros das unidades de Estratégia de Saúde da Família no município de Pará de Minas sobre a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco e para a identificação da percepção dos enfermeiros coordenadores acerca da proposta do MS após a Implantação do AACR. Para suporte e melhor fundamentação, este estudo foi sustentado em um referencial teórico sobre o tema Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco aliado a descrição de experiências.

O material teórico utilizado foi coletado dos dados da secretaria municipal de Pará de Minas, livros, artigos periódicos, e materiais da internet. Foram acessados as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) para se ter acesso às publicações pela internet.

A experiência está descrita a partir das vivências de um grupo de seis enfermeiras que atuam a mais de dois anos nas ESFs e Pronto Atendimento.

Todos os enfermeiros com atuação em unidades com Estratégia de Saúde da Família foram convidados a participar das discussões e do relato da experiência, porém muitos encontraram como fator dificultador a falta de tempo para as discussões e reuniões.

As informações relevantes referentes ao processo de implantação e monitoramento foram coletadas da coordenação da atenção primária.

As reuniões para a realização do trabalho aconteceram no período de quatro meses; de agosto a novembro de 2011 com vários momentos de discussão inclusive durante momentos em reuniões do PEP (Programa de Educação Permanente) que acontecem mensalmente ou semanalmente conforme necessidade.

6 RESULTADOS

6.1 O Contexto: O Município de Pará de Minas - Caracterização geral

A origem de Pará de Minas está ligada ao deslocamento de aventureiros e bandeirantes à procura de ouro e pedras preciosas, no final do século XVII. O Município surgiu com a descoberta das minas de Pitangui, local que se tornou centro de migração e riqueza na área compreendida entre os rios Paraopeba, São João e Pará. (PARÁ DE MINAS, 2012).

Havia um ponto de pouso situado às margens do Ribeirão Paciência, onde muitos se fixavam, dedicando-se ao trato da terra e à criação de animais. Segundo antigos relatos, entre os que permaneceram no local, estava o mercador português Manuel Batista, apelidado de “Pato Fofó”, em virtude de seu peso excessivo e de sua baixa estatura.

Manuel Batista estabeleceu-se em uma fazenda que passou a explorar, e sua fama logo alcançou outros domínios da região. A casa onde residiu é considerada a primeira residência construída na cidade e, atualmente, abriga o Museu Histórico de Pará de Minas. (PARÁ DE MINAS, 2012).

Em decorrência da alcunha adquirida pelo português, o local ficou conhecido como Patafufio ou Patafufó, corruptelas de “Pato Fofó”. Atualmente, com aproximadamente 85 mil habitantes, Pará de Minas exemplifica perfeitamente o ideário da mineiridade.

Ao mesmo tempo em que tem conservada sua memória histórica, o Município projeta-se no cenário estadual pelo seu progresso e potencial de desenvolvimento.

6.2 Localização

Pará de Minas está localizado na região centro-oeste mineira, situada em local estratégico, acessada por duas rodovias federais que convergem diretamente para a cidade BR- 262 e BR- 352 e também pelas rodovias estaduais MG 431 e MG 060.

Dista da capital Belo Horizonte em apenas 70 km. O município conta com uma população de 84.265 habitantes (IBGE, 2009), e possui área territorial de 551 Km² com relevo e topografia: 60% ondulados, 20% montanhosos e 20% plano. Pertence à Bacia do Rio São Francisco com principais rios: Pará, São João e ribeirões Paciência e Olhos d'Água. (PARÁ DE MINAS, 2012).

6.3 Condições de saúde do município

O município conta com:

- 1 Pronto Atendimento (PA);
- 1 Policlínica;
- 1 Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM);
- 1 Residência Terapêutica;
- 1 Centro de Convivência de Saúde Mental;
- 1 Centro de Controle de Zoonoses;
- 1 Centro de Atenção à Saúde da Mulher e Criança (CASMUC);
- 16 Equipes com Programas Saúde da Família (PSF);
- 4 Unidades Básicas Rurais Convencionais.

Cada equipe de PSF é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS). Destas 12 equipes, oito apresentam também equipes de saúde bucal da modalidade 1 (1 CD e 1 ACD) inseridos na estratégia saúde da família. O município apresenta também profissionais de saúde bucal na Policlínica e nas quatro UBS da Zona Rural.

O município possui uma grande área rural constituída por vários aglomerados: Torneiros, Carioca, Tavares, Ascensão, Matinha, Bom Jesus do Pará, Caetano Preto, Penha, Aparição, Lemos, Sobrado, Bom Sucesso, Paivas, Floresta, Trindade, Paraíso, Costas, Gomes, Guardas, Ponte de Tábua, Brás Corrêa, Meireles. Parte desta área rural conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com nove ACS, sob a supervisão de uma enfermeira.

6.4 Perfil socioeconômico

No setor econômico, o Município se destaca no seguinte segmento: a Agropecuária abrange 46% da economia, a Indústria Têxtil e Siderurgia 27%, o comércio e prestação de saúde, 20% e outras receitas compreendem o restante dos 7%.

- A Produção Agropecuária e Agronegócios: exerce grande influência na economia local.
- O setor primário se sobressai pela significativa produção de aves e suínos e pela produção de leite e seus derivados.

Pará de Minas é a 1ª cidade do Estado de Minas Gerais na produção de frangos, a 2ª na produção de suínos e a 4ª cidade produtora de hortifrúti, com destaque para a produção de tomate, pimentão e abóbora. (PARÁ DE MINAS, 2012).

6.5 Setor Industrial

No setor industrial, destacamos a mineração (agalmatólito), siderurgia (ferro gusa e fundições), indústrias têxteis, laticínios, cerâmicas, dentre outras.

Possui dois Distritos Industriais: um com área total de 247.379,00 m² subdividido em 70 áreas, onde se encontram instaladas e em funcionamento cerca de 50 empresas.

6.6 Perfil epidemiológico

A Tabela a seguir aponta que o maior número de óbitos do ano de 2008 incidiu no sexo masculino, correspondendo a 53,53% do total de óbitos ocorridos no município, em 2008.

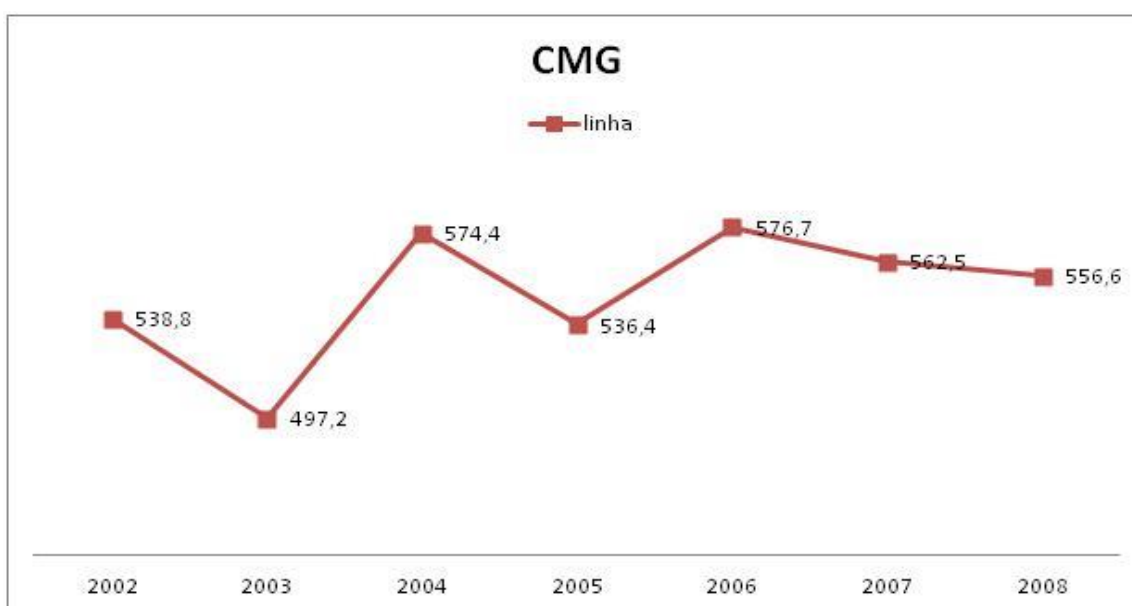
Tabela 1 – Óbitos, segundo sexo, de residentes em Pará de Minas - MG, 2008.

Sexo	Óbitos	
	Nº	%
Masculino	258	53,53
Feminino	424	46,47
Total	482	100

Fonte: SIM, Situação da base de dados nacional em 30/07/10.

A Figura abaixo mostra a evolução do Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG), por 100.000 habitantes, que é uma medida global da quantidade total de mortes ocorridas de residentes do município de Pará de Minas. A análise da evolução do CMG no período de 2002 a 2008 mostra uma variação deste coeficiente, passando de 538,8/100.000 hab. no ano 2002, com decréscimos em 2003 e 2005. Chegou a 576,7/100.000 hab no ano de 2006 e voltou a decrescer nos anos posteriores, chegando a 556,6/100.000 hab no ano de 2008.

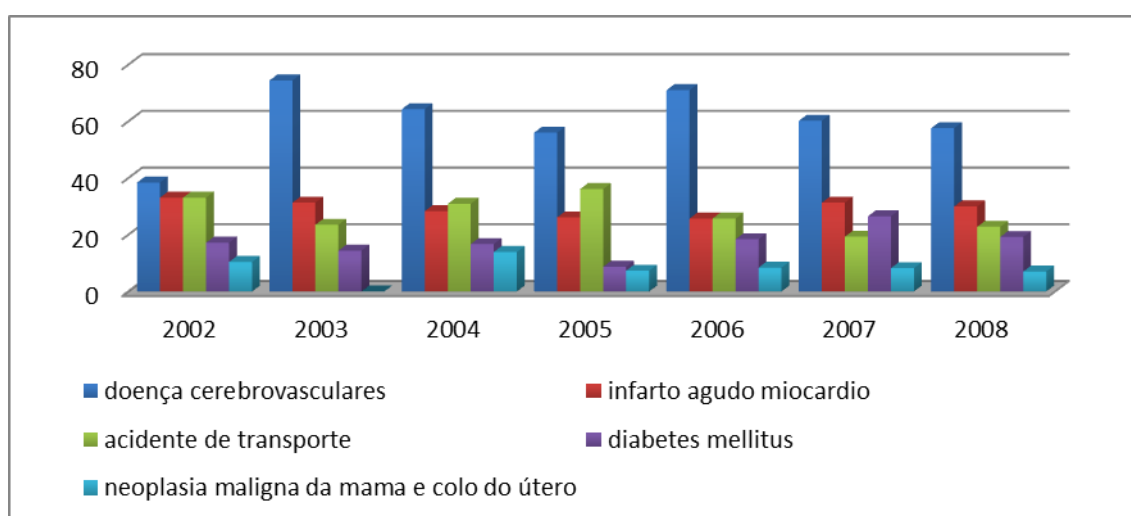
Figura 1– Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG), por 100.000 habitantes, Pará de Minas, período 2002 a 2008



Fonte: Departamento de Vigilância em Saúde – Setor de Vigilância Epidemiológica, dados preliminares para o ano de 2008 do SIM-SINASC.

Dentre as principais causas de mortalidade, no período de 2002 a 2008, segundo Capítulos da CID 10, a primeira causa de óbitos no município são as doenças cérebro vasculares, seguidas do infarto agudo do miocárdio, acidentes de transporte, diabetes mellitus, destacada as neoplasias da mama e colo do útero.

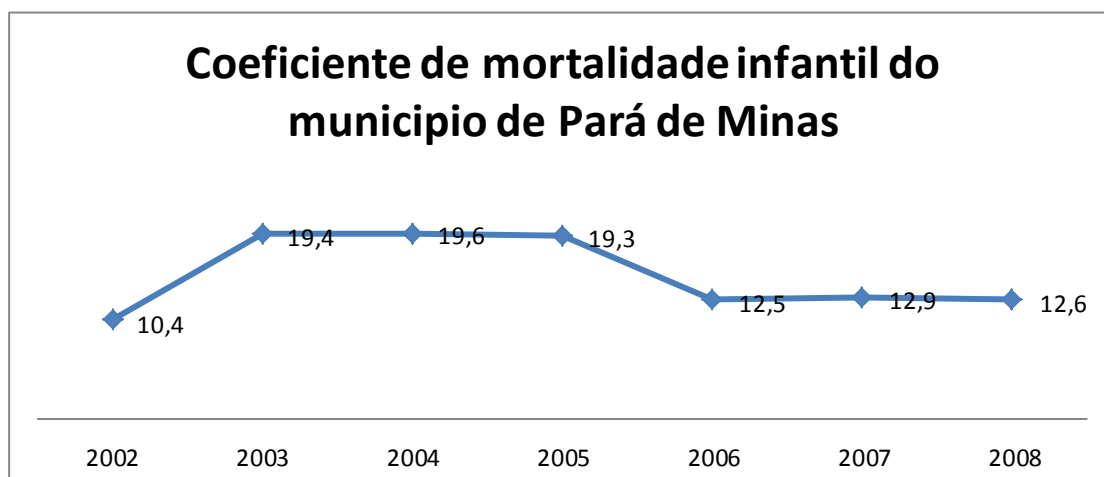
Figura 2 - Coeficiente de mortalidade geral segundo algumas causas selecionadas, Pará de Minas, período 2002 a 2008.



Fonte: SIM, Situação da base de dados nacional em 14-12-2009, dados preliminares para o ano de 2008.

Em relação à mortalidade infantil, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), que estima o risco de um nascido vivo morrer durante o primeiro ano de vida, apresenta decréscimo nos últimos anos, sendo considerada como aceitável, ou seja, menos de 20 óbitos por mil nascidos vivos (Indicadores e Dados Básicos – IDB 1999).

Figura 3 – Coeficiente de mortalidade infantil, Pará de Minas, período 2002 a 2008.



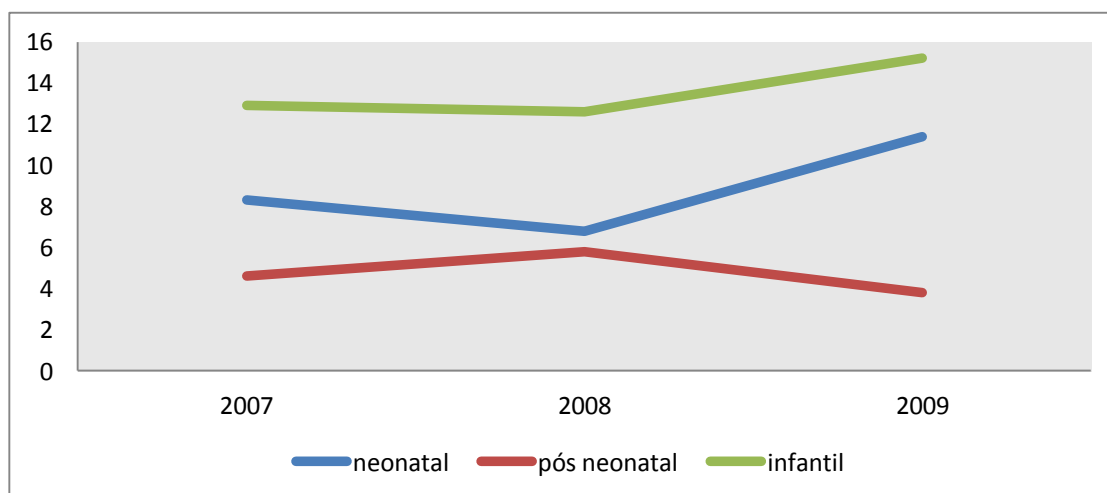
Fonte: SIM, Situação da base de dados nacional em 14-12-2009, dados preliminares para o ano de 2008

O CMI é composto pelo coeficiente de Mortalidade Neonatal (n^o de óbitos de crianças de 0 a 28 dias) e pelo coeficiente de mortalidade Pós-Neonatal (N^o de óbitos de 28 dias a menores de 01 ano).

A figura 3 apresenta a evolução do CMI de Pará de Minas, no período de 2002 a 2008, onde podemos observar uma tendência de redução do coeficiente Neonatal de 2007 para 2008 com elevação em 2009 e o inverso do coeficiente pós neonatal com crescimento de 2007 para 2008 e reduzindo-se em 2009.

A mortalidade Neonatal geralmente está relacionada às más condições de saúde da mãe, á insatisfatória assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido e a má formação congênita.

Figura 4 – Coeficiente de mortalidade infantil, neonatal e pós-natal, Pará de Minas, período 2007 a 2009.



Fonte: Vigilância Epidemiológica, dados preliminares para ano de 2009 do SIM-SINASC

Na tabela 2 apresentamos a Razão da Mortalidade Materna, que indica a cobertura e a qualidade da assistência prestada à mulher no período da gravidez, parto e puerpério, nos anos de 2008 e 2009. A Secretaria Municipal da Saúde de Pará de Minas, no ano 2008, reativou o Comitê de Mortalidade Materna, que investiga todos os óbitos de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos. Todos os óbitos que ocorreram nos anos 2008 e 2009 foram por causas evitáveis.

Tabela 2 – Razão da mortalidade materna, de residentes em Pará de Minas, anos 2008 e 2009.

Ano do Óbito	Nº de Óbitos	Nº de Nascidos Vivos	Razão da Mortalidade Materna
2008	3	1032	290,6
2009	4	1077	371,4

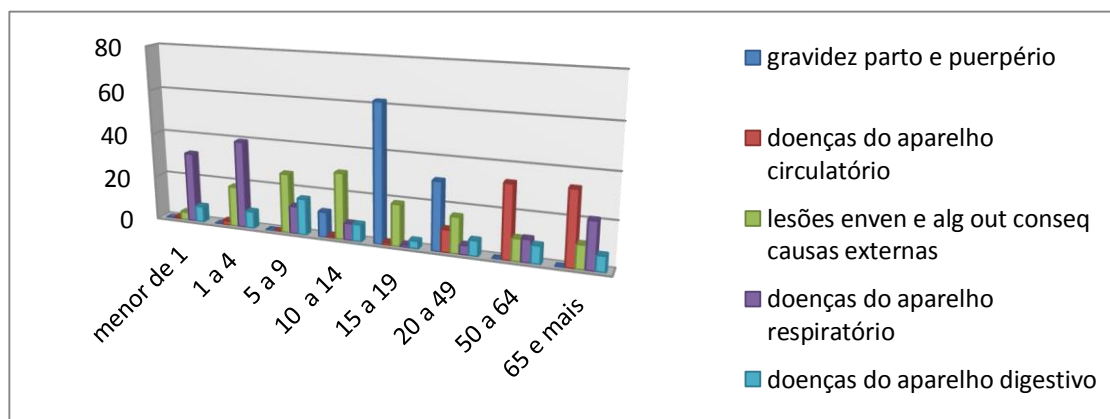
Fonte: Departamento de Vigilância em Saúde Setor de Vigilância Epidemiológica dados preliminares para o ano de 2009 do SINASC

A análise do perfil de morbidade das internações hospitalares, no ano 2009, apontou que ocorreram 3.838 internações de residentes do município.

Os cinco primeiros grupos que registraram os maiores coeficientes de morbidade nas internações, em 2009, segundo a CID 10, foram: gravidez, parto e

puerpério , doenças do aparelho circulatório , lesões e envenenamentos e consequências de causas externas , doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, valores que podem ser observados na figura abaixo.

Figura 5 – Percentual das internações por grupo de causas e faixa etária – CID 10. (por local de residência) 2009



Fonte: DATASUS-MS- SIH-SUS, situação da base de dados nacional em 03-05-2010.

Em relação à natalidade por faixa etária materna, verificamos que o número de nascimentos na faixa etária de 10-14 anos demonstrou um aumento de 0,2% em 2005 chegando a 1,4% em 2008.

Na faixa etária de 15-19 anos, verificamos uma ligeira queda nos anos de 2005(17,6%), 2006(17,1%) e 2007(15,8%) voltando a crescer em 2008(17,9%). Na faixa etária de 20-49 anos apresentou percentual de 82,2% em 2005, 82,5% em 2006 e 83,6% em 2007 com um ligeiro aumento , e em 2008 uma queda para 80,7%.

Tabela 3 - Nascimentos por faixa etária materna de residentes em Pará de Minas no período 2005 - 2008.

Faixa Etária	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10-14	2	0,2	4	0,4	6	0,6	14	1,4
15-19	198	17,6	192	17,1	171	15,8	185	17,9
20-49	942	82,2	926	82,5	909	83,6	833	80,7
Total	1142	100	1122	100	1086	100	1032	100

Fonte: DATASUS- MS, situação da base de dados nacional em 03-05-2010.

Verifica-se que em relação à taxa de cesáreas, o município mantém um quadro que já faz parte dos partos no Brasil que é uma tendência de alta (43,20) muito além do recomendado pela OMS de 15%.

Tabela 4 - Percentual de natalidade, segundo tipo de parto, de residentes em Pará de Minas, período 2004- 2008.

Tipo de parto	2004	2005	2006	2007	2008
Normal	50,9	55,7	53,7	55	53,8
Cesário	49,1	44,3	46,3	45	46,2
Não Informado	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100

Fonte: DATASUS- MS- SINASC. Situação da base de dados nacional em 14-12-2009.

Conforme tabela a seguir, podemos verificar que o grande percentual de gestantes apresentam 7 e + consultas de pré-natal.

Tabela 5 – Número de doenças de notificação compulsória, casos confirmados de pacientes residentes em Pará de Minas, período de 2007 a 2010.

Doenças	2007	2008	2009	2010
Acidente por Animais Peçonhentos	13	12	2	10
Atendimento Antirrábico	324	337	356	118
Coqueluche	0	1	0	0
Dengue	7	18	6	43
Doenças Exantemáticas- Rubéola	1	0	0	0
Esquistossomose	2	52	46	7
Febre Maculosa	0	0	1	0
Hepatites Virais	11	10	21	8
Leishmaniose Visceral	0	0	1	0
Leptospirose	0	1	0	0
Meningite- Doenças Meningocócicas	0	0	2	1
Meningite- Outras Meningites	2	0	1	2

Malária	0	0	1	0
Sífilis Congênita	2	0	0	0
Sífilis em Gestante	0	2	0	3
Varicela	272	158	48	9
Violência Doméstica Sexual e Outras	0	0	0	3
Total	635	591	485	204

Fonte: SINAN. Situação da base de dados nacional em 30-07-2010. Nota: Dados preliminares de 2010.

Em relação à cobertura vacinal em menor de um ano, observamos o alcance da meta das vacinas contra tuberculose (BCG), contra hepatite B, poliomielite, sarampo, rubéola, difteria, tétano, coqueluche e infecções contra hemofílicos B.

Em 2008 não alcançamos a meta (95%) nos imunobiológicos trival e contra hepatite B, isto devido às falhas no preenchimento do mapa do PNI (informação) por consequência de um grande número de profissionais novatos, após concurso público (2007), falha sanada, pela capacitação dos profissionais da sala de vacina em meados de 2008, com a recuperação da meta em 2009.

Ressalta-se uma meta elevada dos Imunobiológicos BCG (acima de 110%), devido à estratégia de vacinação na maternidade do município de Pará de Minas após o nascimento, que é referência para municípios da microrregião que não possuem hospital. Os percentuais de cobertura vacinal do município no período de 2006 – 2009 são apresentados no quadro abaixo:

Tabela 6 - Cobertura Vacinal % por tipo de imunobiológico < 1 ano

Imunobiológicos	2006	2007	2008	2009
BCG	121,2	110,5	116,5	119,9
Contra hepatite B	103,7	109,6	94,2	99,6
Contra Poliomielite	103,1	110,2	95,7	100,4
Tetravalente	103,2	109,9	95,5	101
Triviral	89,8	105,5	88	97,4
DTP	103,3	109,9	95,5	101

Fonte: SI/PNI- Situação da base de dados nacional em 25/03/10.

6.7 Vigilância em saúde

A Vigilância em Saúde dentro dos princípios e diretrizes da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde incluindo a organização e o funcionamento dos serviços, a partir de 2006 fortalecem o município de Pará de Minas e as ações de Vigilância em Saúde.

Através dos dados da Epidemiologia/VISA/Zoonoses o município de Pará de Minas possui 36.449 imóveis, assim distribuídos:

- Zona Urbana - 33.688 imóveis;
- Zona rural- 2.909 imóveis.

Baseado nesses dados as equipes de agentes de Endemias (AE) foram distribuídos por zoneamentos. A distribuição (1 AE para cada 800 imóveis), teve como referência as orientações técnicas da Superintendência de Controle de Endemias – Secretaria da Saúde – Minas Gerais.

O setor de Vigilância Epidemiológica possui uma equipe composta por 01 enfermeira, 02 agentes administrativos e 01 auxiliar de enfermagem.

Atualmente o município tem cobertura em todos os bairros pelos AE e por técnicos da Vigilância Epidemiológica.

O processo de trabalho, segundo o site da cidade (PARÁ DE MINAS, 2012) tem como objetivos:

- 1- Aproximar o AE dos residentes em cada localidade;
- 2- Identificar as particularidades e singularidades das localidades;
- 3- Promover a integração com outras secretarias e serviços;
- 4- Proporcionar agilidade no transporte dos AE;
- 5- Otimizar os recursos do transporte nas visitas domiciliares;
- 6- Trabalhar para diminuir o número de imóveis fechados e recusas durante as vistorias do controle de criadouros de *Aedes aegypti*;
- 7- Aumentar a cobertura das vistorias para atingir a meta pactuada de 88% dos imóveis do município;
- 8- Facilitar o controle da vacinação animal (verificar as carteirinhas de vacina e

vacinar se necessário os animais);

9- Divulgar campanhas de vacinação humana e animal com desenvolvimento da responsabilidade e do compromisso da população na imunização coletiva e individual;

10-Atuar em parceria com os técnicos da Vig. epidemiológica e comunitários da saúde em trabalhos educativos e informativos;

11-Reduzir agravos ambientais.

12-Acompanhar e monitorar os indicadores de saúde.

No ano de 2009, a cobertura das visitas realizadas pelos AE para o controle dos criadouros de *Aedes aegypti*, no município de Pará de Minas, foi de 68% e foi possível atingir a cobertura de 95% na campanha de vacinação contra a rubéola devido ao trabalho integrado dos técnicos da vigilância epidemiológica, AE e agentes comunitários de saúde.

Considerando a necessidade de conhecer as particularidades das diversas localidades, identificar e reduzir os agravos ambientais causados, o Departamento de Vigilância em Saúde vem realizando entre outras, algumas ações:

1-Elaboração do Plano Municipal de Contingência para epidemias de Febre Hemorrágica de Dengue (FHD);

2- Vigilância de casos de violência doméstica;

3- Gerenciamento de Resíduos;

4- Mapeamento das áreas contaminadas;

5- Mapeamento dos poços artesianos e soluções alternativas;

6-Intensificação das ações junto ao setor supermercadista;

7-Parceria com a ANVISA e CVS na certificação de boas praticas;

8-Intensificação das ações de controle do flebótomo da I. visceral em área urbana;

9-Intensificação do trabalho de orientação de posse responsável e controle de animais domésticos.

10-Divulgação e discussão de coeficientes de morte - neonatal e infantil com técnicos da área hospitalar e unidades de saúde.

11-Implantação de ações de redução de danos.

6.8 A implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco no município

A implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco aconteceu no primeiro momento em 5 unidades básicas de saúde e no serviço de urgência e emergência do município (pronto atendimento) em dezembro de 2010. No segundo momento, após avaliação da coordenação e boa adaptação, foi implantado nas demais unidades básicas de saúde que correspondiam há 8 unidades em março de 2011.

Os sujeitos do estudo foram seis enfermeiras, sendo uma lotada no pronto atendimento do município e as outras cinco, lotadas nas unidades básicas com Estratégia de Saúde da Família. Nessa época haviam 12 equipes implantadas, hoje somam 16.

Antes desse momento as unidades eram superlotadas e não havia qualquer critério para a escuta dos pacientes que precisavam de atendimento. As filas para atendimento eram enormes e o descontentamento da população era muito grande gerando muitas reclamações.

6.9 Os aspectos positivos nas unidades com ESF e no pronto atendimento

A partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco foram percebidas mudanças no processo de trabalho das cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família e na Equipe de Acolhimento do Pronto Atendimento, podendo-se apontar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco como uma estratégia que possibilitou a mudança.

Percebe-se que por meio do Acolhimento o usuário passou a ter a garantia de ser ouvido com mais atenção e de ser atendido pelo médico ou pelo profissional que responda a sua necessidade. A relação dos pacientes com os profissionais está melhor a cada dia, de forma efetiva, de forma que os usuários tem demonstrado mais confiança e liberdade para expor suas dificuldades e problemas, ou de suas famílias. Todos os aspectos citados são reforçados por Vasconcelos (2008), para quem 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 da unidade naquele momento. É necessário reconhecer a demanda como legítima, seja de que forma ela se apresente, e dar uma resposta”.

Conforme relato da enfermeira coordenadora do Pronto Atendimento, a demanda do Pronto Atendimento diminuiu com a atuação das equipes nas unidades com Estratégia de Saúde da Família que adotaram o Acolhimento com Avaliação e Classificação Risco.

As demandas estão menores, uma vez que os pacientes que procuram a unidade têm seus problemas resolvidos não sendo necessário voltar várias vezes. Tais resultados positivos são reforçados pela descrição de Solla (2005) descrevendo como finalidade do acolhimento que além da humanização do atendimento, se propõe a garantir o acesso a todas as pessoas e a resolutividade da assistência.

Outro aspecto a ser considerado é o princípio da equidade através da Classificação de Risco, seguindo-se rigorosamente os critérios do Protocolo de Manchester, sendo os casos mais graves priorizados, conforme a cor e o tempo de atendimento.

6.10 Dificuldades encontradas pelos profissionais na implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco nas ESF

Dentre às dificuldades apontadas para a Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, o mais marcante foi a resistência de alguns profissionais em colocar em prática o Protocolo de Manchester, uma vez que houve muitos questionamentos médicos em torno dele por confundir a classificação de risco com diagnóstico, diante do exposto várias reuniões de avaliação e auditoria foram realizadas para esclarecimentos das dúvidas destes profissionais. De acordo com a portaria 2048 do Ministério da Saúde que propõe a Implantação nas unidades de atendimento as urgências do acolhimento “triagem classificatória de risco” este processo deve ser realizado por profissional de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos

pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2004).

Destaca-se não menos importante o despreparo principalmente por parte dos agentes comunitários de saúde em realizar o acolhimento que deve se iniciar no domicílio durante as visitas. Ficou evidente o desconhecimento dos ACS em relação ao verdadeiro significado de ACOLHER em saúde, o que contradiz o preconizado pela Política Nacional de Humanização, quando se afirma que o acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de resposta do serviço. O serviço deve ser responsável por complementar aquilo que não pode se resolver de imediato, e garantir acesso ao usuário. Desta forma, todos os profissionais de saúde devem “fazer acolhimento” (BRASIL, 2006).

Outra dificuldade está na sobrecarga de trabalho dos profissionais da atenção primária principalmente de enfermagem. A sobrecarga advém da falta de profissionais para realizar as atividades administrativas, ficando a cargo da enfermagem as questões de coordenação, gerencia e assistência. Essa questão inviabiliza muitas vezes uma melhor escuta as necessidades do usuário e assim respostas as suas necessidades.

A estrutura física inadequada das unidades também representa uma dificuldade por não garantir as condições necessárias a uma boa escuta, não preservando a integridade e privacidade do cidadão que procura a unidade. Nesse sentido é importante lembrar o conceito de ambiência como requisito para o acolhimento. Segundo a cartilha da PNH, a ambiência manifesta-se como a criação de espaços de escuta, de recepção que proporcione a interação de usuários e trabalhador para realize o acolhimento. Deve-se pensar também em produzir conforto, através da iluminação, cores, utilização de mobiliários confortáveis, da disposição desses mobiliários de forma acolhedora. Deve-se garantir privacidade ao usuário que chega pra falar do seu problema sem que todo o resto da fila ouça (BRASIL, 2004).

6.11 Estratégias utilizadas para organizar o modelo de atendimento para demanda espontânea (queixas agudas) e para consultas programadas

Conforme estabelecido na programação do PDAPS Plano Diretor, o novo modelo de atenção implantado preconiza a agenda programada o que garante o agendamento de consultas de cuidado continuado a todos os pacientes da área de abrangência que necessitam acompanhamento rotineiro conforme estabelecido nas linhas guias do Ministério da Saúde. São priorizados para agendamento, hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, idosos, adolescentes.

Estes atendimentos são agendados previamente e em todos os momentos durante o funcionamento da unidade sem filas de espera.

Para os demais casos com queixas agudas, todos os pacientes passam pelo Acolhimento Com Avaliação e Classificação de Risco (Protocolo de Manchester) queixas a de.

Nas unidades de atenção primária com Estratégia de saúde da Família , os pacientes são classificados para atendimento como o médico desta unidade, porém quando o numero de pacientes excede a capacidade de atendimento por este profissional, estes pacientes são encaminhados ao Pronto Atendimento devidamente classificados e tem a garantia de atendimento naquele momento.

É importante salientar que os usuários podem agendar consulta na unidade de origem posteriormente não ficando sem respostas aos seus problemas.

6.12 Adesão da população ao novo modelo de atendimento realizado pela equipe

Após implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco a população passou a entender e valorizar o novo modelo de atendimento como garantia de acesso e equidade as suas necessidades.

Houve resistência nos primeiros momentos em relação aos critérios estabelecidos, ou seja, todo cidadão com queixa aguda deveria passar pelo profissional (enfermeiro) que realiza o acolhimento com classificação de risco, e seu atendimento aconteceria conforme risco e prioridade (cor e tempo de atendimento - Protocolo de Manchester).

Muitas vezes, houve desgaste por questionamentos de pacientes que se recusavam a se adaptar as novas normas deste atendimento gerando conflitos com a equipe e com a coordenação.

Hoje, todo o processo é monitorado por auditorias e também avaliado pela própria população através de questionários de satisfação do usuário, que avalia toda a equipe bem como o novo modelo.

Esta avaliação tem sido positiva, pois detectamos poucas reclamações e vários elogios após a implantação do novo modelo de acolhimento.

6.13 Impactos da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco nas unidades de atenção primária a saúde com equipes de PSF'S e no pronto atendimento

Foram avaliados os números de consultas médicas no último quadrimestre de 2010 e no segundo quadrimestre de 2011 no Pronto Atendimento e em todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde e os resultados estão representados, a seguir. A tabela 8 ilustra a redução dos atendimentos no PA ao longo dos tempos e a adesão da população nas unidades de Atenção Primária com Estratégia de Saúde da Família.

Tabela 7- Redução de Numero de Atendimentos no Pronto Atendimento.

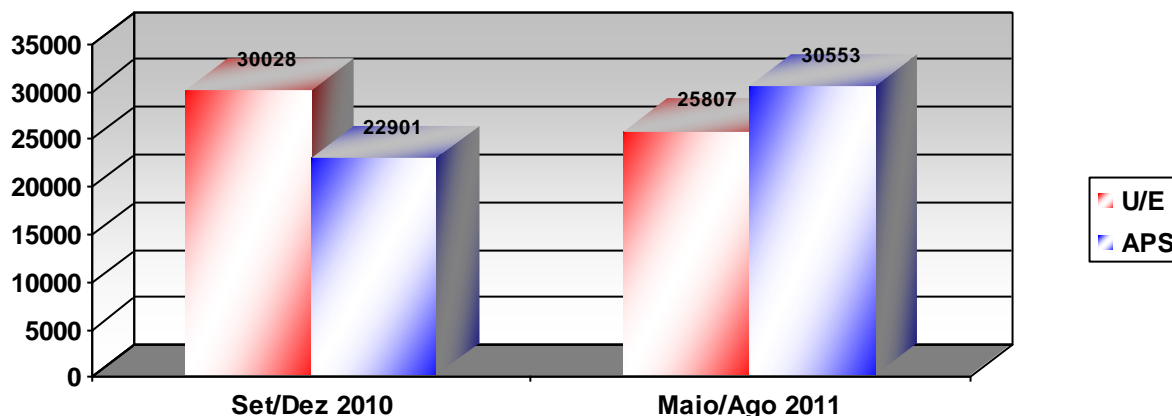
	Set/Dez 2010	Mai/Ago 2011
U/E	30.028	25.807
APS	22.091	30.553

FONTE: Arquivo próprio do Pronto Atendimento.

A unidade de Pronto Atendimento registrou após alguns meses da Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas Unidades de atenção Primária uma redução importante nos atendimentos. Essa redução se deve ao fato de da atuação das unidades básicas de saúde

Muitos casos antes atendidos no PA, hoje são plenamente solucionados nas unidades de atenção primária com Estratégia saúde da Família. No modelo anterior muitos desses casos passavam sem ser percebidos pela ausência de um modelo mais adequado por falta de organização dos serviços.

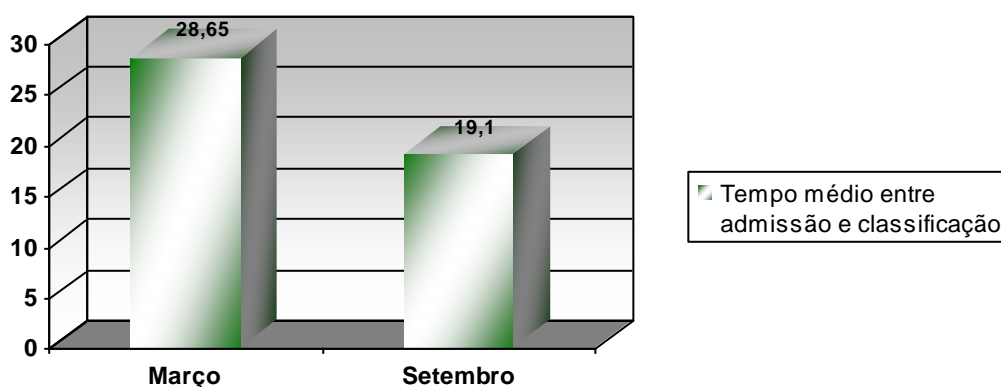
Figura 6 - Mudanças nos números de atendimentos na Urgência/Emergência e nos unidades de Atenção Primária a Saúde avaliadas em momentos distintos.



U/E Unidade de Emergência – PA- Pronto Atendimento

APS- Atenção Primária a Saúde – Equipes com Estratégia Saúde da Família

Figura 7 – Mudanças nos tempos de atendimentos desde a admissão ate o acolhimento com a classificação de risco do cidadão.



Conforme ilustrado acima, o tempo de acolhimento até a classificação de risco do usuário melhorou significativamente garantindo o seu atendimento medico em tempo hábil.

Esta diferença no tempo é percebida pelos usuários que queixavam além da falta de acesso, a demora no atendimento ao procurar as unidades de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado com o objetivo de relatar a experiência da Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas unidades de Atenção Primária a Saúde de Pará de Minas e no Pronto Atendimento, bem como as dificuldades e os impactos e resultados após a Implantação.

A realização deste trabalho resultou das nossas experiências enquanto coordenadores, que diante de várias mudanças nos fez refletir sobre um novo processo de trabalho após a Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

O trabalho gerou a necessidade de reuniões mais frequentes para se analisar as potencialidades do acolhimento e os seus resultados; e houve a percepção de que a ausência do acolhimento exigia grandes esforços da equipe de enfermagem e causava muitos desgastes no cotidiano por não haver uma forma padronizada para a realização destes acolhimentos.

Foi possível identificar por meio do trabalho as dificuldades com o novo processo de trabalho, que envolve simultaneamente os profissionais e os usuários, salientando que, apesar de pouco tempo de implantação, o acolhimento trouxe mudanças positivas para todas as partes envolvidas.

O trabalho também proporcionou aprendizado a todos os profissionais no que se refere às mudanças ocorridas em relação à organização das ações de saúde e, principalmente, na maneira de atender os usuários durante os atendimentos, de maneira mais organizada e humanizada.

Os resultados mostraram melhoria na qualidade dos serviços através dos tempos de atendimento e mais organização das ações de saúde.

O presente estudo revelou que ainda existem muitos desafios a serem superados para se efetivar o acolhimento com classificação de risco em todos os serviços de saúde no município.

Foi notável também a necessidade de sensibilizar os profissionais, fazendo com que todas as equipes entendam o verdadeiro significado do acolhimento e

exercçam com comprometimento a tarefa de ouvir, adotando uma postura ética para oferecer privacidade e segurança ao paciente.

A realização deste trabalho permite concluir que o Processo de Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Município, apesar de trabalhoso e cheio de desafios foi e está sendo muito importante para todos nós. A partir dele tem se praticado uma escuta cuidadosa, que favorece para que a comunicação entre profissional e usuário torne o serviço mais resolutivo e gere maior satisfação para ambas as partes, estabelecendo vínculos e consequentemente o alcance dos objetivos propostos.

REFERENCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, 2001.

BRASIL. Lei 8080 de 19 set. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento com classificação de risco**. Textos básicos de Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. Volume 4. 2007.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização (PNH). **Cartilha da PNH**, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. **Situação da base de dados nacional em 30-07-2010**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383>. Acesso em: 20 abr. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. **Situação da base de dados nacional em 30/07/10**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383>. Acesso em: 20 abr. 2012.

CARVALHO, SR; CAMPOS, GWS. **Modelos de atenção à saúde**: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública, 2000.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**, In: FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E., 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 15:345-353.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim-MG. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr./jun., 1999.

HOUAISS, Instituto Antonio. **Grande dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2000.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G. & SANTOS, R. N., 1998. Controle de qualidade em atenção primária à saúde: A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 14, p. 623-628.

MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda**. 6. ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1990.

PARÁ DE MINAS. **Indicadores Sociais**. Disponível em: <<http://www.parademinas.mg.gov.br/cidade.html>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

PEREIRA, R.P.A, **Acolhimento**: instrumento/ferramenta de trabalho, de tecnologia leve, de uso por equipes de saúde na sua relação com o usuário do serviço de saúde. 2002. Disponível em: < <http://www.smmfc.org.br/acolhimento>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, n. 5, v. 4, p. 493-503, out/dez., 2005.