

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAPHAEL DE ALMEIDA SILVEIRA

**ACOLHIMENTO: AÇÕES E PROPOSTAS PARA A CAPACITAÇÃO
DOS USUÁRIOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM PONTE NOVA -
MG**

Belo Horizonte – Minas Gerais
2016

RAPHAEL DE ALMEIDA SILVEIRA

**ACOLHIMENTO: AÇÕES E PROPOSTAS PARA A CAPACITAÇÃO
DOS USUÁRIOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM PONTE NOVA -
MG**

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

Orientador: Prof. Dr. Juliano Teixeira Moraes

Belo Horizonte – Minas Gerais
2016

RAPHAEL DE ALMEIDA SILVEIRA

**ACOLHIMENTO: AÇÕES E PROPOSTAS PARA A CAPACITAÇÃO
DOS USUÁRIOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM PONTE NOVA -
MG**

Banca examinadora:

Examinador 1 - Prof. Dr. Juliano Teixeira Moraes

Examinador 2 - Prof. Alexandre Ernesto Silva

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016

RESUMO

Devido ao aumento expressivo de pacientes que procuram a atenção primária para atendimentos de urgência/emergência, torna-se importante adaptar as unidades básicas oferecendo atendimento responsável e de qualidade aos usuários. A Unidade Básica de Saúde Rasa situa-se no município de Ponte Nova, localizado na Mesorregião da Zona da Mata Mineira e possui 60.005 habitantes, sendo a maioria residente na zona urbana. Frequentemente, percebe-se que o número de procura por consultas de urgência/emergência ultrapassa o número de atendimentos que a unidade suporta, gerando conflitos entre profissionais e usuários. Para a realização desse trabalho, utilizou-se de pesquisas bibliográficas com materiais dos últimos 10 anos, publicações do Governo Federal e o Banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O presente estudo teve como proposta elaborar um projeto de ação para organização da demanda espontânea na Unidade de Saúde Rasa, visando solucionar os principais “nós críticos” para concretizar a organização da demanda espontânea. Estes seriam: falta de interesse para a implantação da classificação de risco, falta de profissional qualificado, pouco conhecimento da população e entraves políticos. Com os principais problemas identificados e os projetos apresentados, o trabalho propõe resultados e produtos esperados, além de recursos necessários para colocar em prática as propostas do projeto. O Ministério da Saúde propõe um acolhimento com avaliação e classificação de risco como forma de diminuir a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência, o qual pode ser incorporado nas unidades básicas para organização da demanda espontânea. O atendimento com prioridade de risco garante que os princípios da equidade sejam colocados em prática.

Palavras-chave: Acolhimento. Triagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Due to the significant increase in the number of patients who seeks emergency care, it becomes important to adapt the basic units providing responsible and quality service to users. The Rasa Basic Health Unit, in Ponte Nova city, located in the Meso-region of the Zona da Mata Mineira and has 60,005 inhabitants, with the majority residing in the urban area. Frequently, it is noticed that the number of searches for urgent / emergency queries exceeds the number of calls that the unit supports, generating conflicts between professionals and users. In order to do this paper, was used bibliographical research with materials from the last 10 years, Federal Government publications and the Database of the Basic Attention Information System. The present study had as proposal elaborate a project of action to organize the spontaneous demand in the Rasa Health Unit, aiming to solve the main "critical nodes". These would be: lack of interest for the implantation of the risk classification, lack of qualified professionals, little knowledge of the population and political issues. With the main problems identified and the projects presented, the work proposes results and expected products, as well the necessary resources to implement the project proposals. The Ministry of Health proposes evaluation and classification of risk as a way to reduce the overload of emergency services, which can be incorporated into the basic units for the organization of spontaneous demand. Priority risk service ensures that equity principles are put into practice.

Keywords: Reception. Screening. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

PIB – Produto Interno Bruto

PACS – Programa de Agentes Comunitários de saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PAM – Posto de Atendimento Médico

ESF – Estratégia de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

PES – Planejamento Estratégico Situacional

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Faixa etária de população de Rasa, município de Ponte Nova.....	12
Quadro 1 – Classificação Geral dos casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica	23
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desorganização de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rasa, em Ponte, Minas Gerais.....	24
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desorganização de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rasa, em Ponte Nova, Minas Gerais.....	25
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Desorganização da demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rasa, em Ponte Nova, Minas Gerais.....	26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 BREVES INFORMAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO DE PONTE NOVA.....	9
1.2 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	9
1.3 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RASA, SEU TERRITÓRIO E SUA POPULAÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVO.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REFERENCIAL TEÓRICO / REVISÃO DA LITERATURA.....	18
5.1- A ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA: ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	18
5.2- ACOLHIMENTO.....	18
5.3- AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	20
5.4 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 BREVES INFORMAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO DE PONTE NOVA

A Unidade Básica de Saúde Rasa, na qual atuo, situa-se no município de Ponte Nova, localizado na Mesorregião da Zona da Mata Mineira e possui 60.005 habitantes (IBGE, 2015), sendo a maioria residente na zona urbana, (51.185 vivem na zona urbana). Conta com dois distritos: Vau-açu e Pontal. Tem como municípios limítrofes: Santa Cruz do Escalvado, Urucânia, Oratórios, Amparo do Serra, Teixeiras, Guaraciaba, Acaiaca, Barra Longa e Rio Doce. Ponte Nova é cortada por importantes rodovias estaduais, como a MG-066, MG-326, MG-329, e pela BR-120. Possui também o Anel Rodoviário Rio Casca. A sede dista por rodovia 180 km da capital Belo Horizonte. A altitude da sede é de 431m (ATLAS BRASIL, 2013).

O clima é do tipo tropical de altitude com chuvas durante o verão e temperatura média anual em torno de 19°, com variações entre 14° (média das mínimas) e 26° (média das máximas). O município integra a bacia do Rio Doce, sendo banhado por um de seus principais formadores, o Rio Piranga. A área do município é de 470.338 Km². Possui quarenta e três bairros e tem como região de influencia a Microrregião do Vale do Piranga. Conta com trinta e seis estabelecimentos de saúde. Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,766, Produto Interno Bruto (PIB) R\$ 509.679 mil e PIB per capita R\$ 8.888,00. Possui consórcio Intermunicipal com sede no município. As principais atividades econômicas são a agropecuária e as indústrias, como frigoríficos, laticínios e transportadoras (ATLAS BRASIL, 2013).

Os principais problemas que a cidade tem enfrentando nos últimos anos é o crescente aumento da violência e dos usuários de drogas; possivelmente estão interligados.

1.2 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAUDE

Em Ponte Nova a atenção primária a saúde é desenvolvida por meio da Estratégia de Saúde da Família, em 13 equipes, que atendem aos bairros: Rasa, Pontal, Ana Florência, Cidade Nova, Palmeirense, Progresso, Pacheco, Vila Alvarenga, São Geraldo, Sumaré, Distrito de Vau Açu, Centro, Primeiro de Maio, Copacabana, Triângulo, São Judas, Triângulo Novo, Santo Antônio, São Pedro, Residencial Fortaleza, Pedreira, Bairro de Fátima, Novo Horizonte e as zonas rurais:

Gentio, Massangano, Chopotó, Caiana e Serra dos Pinheiros. Existe ainda uma equipe de Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com 12 ACSs que atende aos bairros: Palmeiras, Esplanada, Vila Oliveira, Guarapiranga, Nova Almeida, COJAN e as zonas rurais Dioguinho, Estiva, Passatempo, Brito, Cedro e Ranchos Novos. O atendimento a essas famílias é realizado através do enfermeiro do PACS e os atendimentos médicos básicos são ofertados na Policlínica e no Posto de Atendimento Médico (PAM). Ponte Nova conta ainda com unidades básicas de saúde em zona rural como o Brito, Cedro, Passatempo e Gentio que funcionam todos os dias com serviços básicos de enfermagem e recebem o enfermeiro e o médico semanalmente conforme escala pré-determinada. O município tem 78% da sua população coberta pelo ESF. A cidade ainda conta com duas equipes completas de NASF 1, desde 2011 (SIAB, 2015).

Nos níveis secundário e terciário são ofertados os seguintes serviços: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros profissionais de nível superior e médio; Cirurgias ambulatoriais especializadas; Procedimentos traumatológico-ortopédicos; Ações especializadas em odontologia; Patologia clínica; Anatomopatologia e citopatologia; Radiodiagnóstico; Exames ultrassonográficos; Fisioterapias; Terapias especializadas; Próteses auditivas; Hemodiálise; Oncologia; Cirurgia Cardíaca; Cirurgia Vascular; Cirurgia Endovascular; Neurocirurgia; Medicina Nuclear; Hemodinâmica; Tomografia Computadorizada (SIAB, 2015).

A Média e Alta Complexidade conveniada do município é composta por: 2 Hospitais Filantrópicos; 4 Laboratórios de Análises Clínicas (1 deles é do próprio município); 1 Laboratório de Patologia; 1 Consórcio Intermunicipal de Saúde; 3 Clínicas de Fisioterapia (1 delas é própria do município); 1 Centro de Especialidades Odontológicas; 1 Policlínica; 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (SIAB, 2015).

1.3 A EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA RASA, SEU TERRITORIO E SUA POPULAÇÃO

O nome do bairro Rasa, vem da época em que viajantes a cavalo, conhecidos por cometas, paravam as margens do rio, para dar água a seus animais e descansavam. O rio era de água rasa e límpida, ficando então conhecida como Rasinha. O aspecto geográfico é composto por regiões montanhosas e planas, com solo fértil que propicia o plantio de banana, arroz, batata inglesa, café, milho, cana,

feijão e outros. O clima característico é tropical semi-úmido e prevalece na zona rural e urbana (SIAB, 2015).

O bairro Rasa apresenta uma escola estadual, uma creche municipal, uma igreja católica e duas evangélicas, um campo de futebol e uma quadra poliesportiva e uma associação de moradores. A população usufrui muito bem desses recursos. É observado um maior índice de analfabetos na microárea 2; uma área de zona rural, onde também se observa os piores índices sócio econômicos. A população analfabeta se concentra nos adultos com mais de 50 anos (SIAB, 2015).

Com relação à infraestrutura das moradias das famílias do bairro Rasa (738 famílias), nota-se que a maioria possui boas condições de saneamento básico; 90,1% abastecimento de água rede pública; 9,48% poço ou nascente e 0,42% outros. As moradias são compostas de 99,59% casa de tijolo; 0,41% taipa revestida. No abastecimento de água, 98,1% recebem água no domicílio filtrado e 1,62% sem tratamento. A coleta de lixo destina-se a 91,46% coleta pública; 8,54% queimado/enterrado. Fezes e urina são destinadas 96% esgoto; 2,98% fossa e 1,0% céu aberto. Recebem energia elétrica 99,6%; e 0,4% não recebem (SIAB, 2015).

A Unidade de Saúde da Família Rasa, inaugurada em 2001, está situada hoje na Rua João Alves de Oliveira, 1225. Atende aos bairros: Palmeiras, Esplanada, Vila Oliveira, Guarapiranga, Nova Almeida, COJAN e as zonas rurais Dioguinho, Estiva, Passatempo, Brito, Cedro e Ranchos Novos (SIAB, 2015).

A UBS funciona em uma casa alugada, adaptada para a unidade de saúde e possui: 2 consultórios médicos, 1 consultório ginecológico, 1 sala de reuniões, 1 recepção, sala para triagem e curativos, 1 cozinha e 2 banheiros. Em apoio a Unidade, há outra casa alugada situada nas proximidades, onde funciona o consultório dentário. A casa possui uma área física pequena; em horários com maior fluxo de usuários observa-se uma recepção lotada e tumultuada. Uma nova estrutura está sendo construída para atender as necessidades da ESF Rasa, sendo realizada apenas para esse intuito. O número de pessoas no território da equipe é de 2389 pessoas, num total de 820 famílias cadastradas. Há um predomínio discreto do número de mulheres (1228) sobre os homens (1161) (SIAB, 2015).

Considerando a distribuição pela faixa etária, observa-se que a maioria da população da Rasa é de adultos jovens (20 a 39 anos), mas há um número considerável de idosos (> 60 anos) (SIAB, 2015).

Figura 1 – Faixa etária de população de Rasa, município de Ponte Nova

Faixa etária	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Total
Número de pessoas	4	94	54	104	153	185	742	314	331	330	2311

Fonte: SIAB, 2015

As atividades diárias se concentram no atendimento das consultas agendadas e demanda espontânea, esta última bastante sobrecarregada nos últimos tempos devido à epidemia de dengue na localidade. Há também os programas de saúde bucal, pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, realização de curativos e atendimento a hipertensos e diabéticos. Realizamos também visitas domiciliares semanalmente, sendo as mesmas agendadas sob demanda observada entre as áreas dos ACS.

2 JUSTIFICATIVA

A inexistência de classificação de risco da demanda espontânea sobressai como o fator que causa maiores danos ao adequado funcionamento da atenção primária. Na UBS Rasa, como não há classificação, todas as vagas são preenchidas em menos de 1 hora. Percebe-se que o número de procura por atendimentos ultrapassa o número de atendimentos que a unidade suporta. Muitas vezes, esse impasse causa revolta e indignação da população, que se torna agressiva para com os profissionais. Além disso, pacientes que deviam ser atendidos com certa urgência estavam permanecendo na fila e demorando a serem atendidos. Dessa maneira, atendem-se pacientes sem problemas urgentes que, na verdade, poderiam ter agendado uma consulta posteriormente, se bem instruídos pelo profissional da triagem.

No caso do médico da família, ele está atendendo 3 a 5 demandas pela manhã e 3 a 5 à tarde (muitas não são de casos urgentes) para se ter tempo de avaliar mais algumas urgências que possam surgir. A redução no número dessas consultas não é bem aceita pelos usuários, que fazem reclamações com a gerência, na recepção e com as enfermeiras.

Com o intuito de organizar os atendimentos, diminuir as filas e diminuir as agressões, principalmente verbais, que ocorrem no centro de saúde, considerei a necessidade de explicar para a população sobre o sistema de Acolhimento, proposto pela Política Nacional de Humanização. Segundo o texto **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**:

“O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.” (Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde, 2006. 42p.)

Para se identificar a origem do problema e, assim, encontrar formas acessíveis de solucioná-lo, foram levantados os “nós críticos”, que seriam as causas da desorganização da demanda espontânea. São eles:

1. Falta de interesse para implantação da classificação de risco.
2. Falta de profissional qualificado.
3. Pouco conhecimento da população.

Através dos nós críticos será possível gerenciar estratégias para a redução ou solução do problema em questão.

3 OBJETIVO

- Elaborar um projeto de ação para organização da demanda espontânea na Unidade de Saúde Rasa.
- Identificar os problemas encontrados na UBS e discutir as causas da desorganização da demanda.
- Descrever e identificar estratégias relacionadas a organização da demanda espontânea, permitindo que o centro de saúde transforme-se em um local agradável, acolhedor e que possa fazer parte do cotidiano de toda a população.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional – PES, conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Segundo Lida (2009), “o PES é um método flexível, e se adapta as constantes mudanças da situação real. E, o mais importante, não separa as funções de planejamento das de execução, pois não opera com “receitas” prontas, mas realiza análises situacionais para orientar o dirigente no momento da ação”.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi a desorganização da demanda espontânea. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização. Para Lida (2009), “para atuar sobre o problema, formulam-se algumas operações capazes de modificar o estado de algum nó crítico, e assim, produzir impacto sobre os descritores do problema”.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise a viabilidade do plano.

Artmann (1997), apresenta o PES como “um enfoque a partir de problemas, capaz de proporcionar, através do conceito de explicação situacional, um olhar abrangente, de caráter totalizante e rigoroso que fundamenta a ação do ator, considerando a visão e a capacidade de ação de outros atores relevantes, que

devem, sempre que possível, ser envolvidos no enfrentamento dos problemas”. Assim, foram identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

5 REFERENCIAL TEÓRICO / REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA: ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

Sabe-se que é cada vez maior o número de usuários que procuram os serviços de urgência e emergência, sendo este um dos principais problemas enfrentados pelo Serviço Único de Saúde (SUS), atualmente. O aumento da procura por esses setores ocorre, principalmente, devido ao crescimento populacional, aumento da incidência de acidentes e violência urbana, doenças cardiovasculares e problemas mais simples, que poderiam ser resolvidos na atenção primária (Costa, 2012).

Tendo-se em vista o número elevado de usuários que procuram os serviços de urgência/emergência, vem ocorrendo a superlotação deste setor, com demora no atendimento. Na tentativa de diminuir o gargalo nas unidades de pronto-atendimento, a população e os próprios gestores e profissionais da saúde veem na atenção primária uma alternativa para diminuir o fluxo das urgências (Souza et al., 2011). Assim, faz-se necessário adaptar as unidades básicas de saúde para os atendimentos de casos agudos, dando-se atenção especial àqueles com maior necessidade.

Devido aos problemas existentes no atendimento às urgências, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a cartilha da política Nacional de Humanização-PNH, na qual mostra o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde. O documento fornece atenção especial aos serviços de urgência, porém, a mesma avaliação e atenção devem ser dadas aos usuários que procuram as UBSs (BRASIL, 2004).

Seguindo-se os princípios constitucionais do SUS: universalidade e equidade, faz-se necessário organizar a demanda espontânea da atenção primária através da classificação de risco. Esta deve ser realizada por profissional qualificado (na maioria das vezes, enfermeiro), devendo ser orientado por protocolo direcionador (Souza et al., 2011).

5.2 ACOLHIMENTO

O acolhimento parte do princípio de atendimento de todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, possibilitando a acessibilidade universal. Todos os

profissionais assumem sua função de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Dessa forma, reorganiza-se o processo de trabalho, deslocando-se o médico do eixo central para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, intervenção em relação ao seu problema de saúde e atendimento sempre pautado em parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania (BRASIL, 2004).

O acolhimento não se limita à ação de receber o paciente, mas deve-se constituir em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho. O usuário deve ser reconhecido como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (Beck; Minuzi, 2008). Percebe-se, assim, que o acolhimento não é um espaço ou um local, não define hora ou profissional específico para realizá-lo, mas mostra-se como uma postura ética e implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e intervenções (BRASIL, 2004).

Para adquirir uma postura acolhedora, é importante atentar-se às diversidades cultural, racial e étnica. Todo usuário que procure o centro de saúde através de marcação de consulta ou pela demanda espontânea deve ser acolhido por profissional da equipe técnica. Este deve escutar as queixas, medos, expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema (BRASIL, 2004).

Ainda segundo Brasil (2004), “o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações que, partindo complexo encontro do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam”:

- A adequação da área física;
- As formas de organização dos serviços de saúde;
- A governabilidade das equipes locais;
- A humanização das relações em serviço;
- Os modelos de gestão vigentes na UBS;
- O ato da escuta e a produção de vínculo;
- O compartilhamento do conhecimento;
- O uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

5.3 AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A avaliação com classificação de risco embasa-se na proposta de agilidade do atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, através da utilização de um protocolo pré-estabelecido, proporcionando uma atenção voltada para o nível de complexidade e não da ordem de chegada (Silva et al., 2012). A ordenação por necessidades não significa prática de exclusão, uma vez que todos serão atendidos, porém, em momentos distintos (BRASIL, 2004).

Utiliza-se a classificação de risco também para diminuir a ansiedade do usuário e seus familiares, uma vez que é possível informar o tempo provável de espera, informar se o paciente corre risco de morrer ou não, permite reavaliação, trabalho em equipe e, assim, aumenta a satisfação dos usuários e acompanhantes (BRASIL, 2009). Para Godoi (2010), “por meio da escuta ativa das queixas dos pacientes pode-se construir uma relação de vínculo, uma troca de saberes, facilitando a interação entre profissionais de saúde e pacientes, construindo um serviço técnico assistencial com maior capacidade, resolutividade e qualidade”.

O protocolo de classificação de risco é ferramenta útil e necessária para melhor organização do fluxo de atendimento, porém não suficiente. Com sua utilização, não se leva em consideração os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa (BRASIL, 2004). Por esse motivo, o acolhimento faz-se necessário como proposta complementar a ser colocada em prática.

Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Com a finalidade de sistematizar o atendimento nas unidades de Saúde, a Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG), objetiva implementar em todas as unidades de atenção à saúde a classificação de risco, para uniformizar os critérios de avaliação e propiciar atendimento da demanda espontânea em menor tempo, além de integrar os serviços de saúde, minimizando a fragmentação da rede assistencial (BRASIL, 2004).

Assim, faz-se necessário que gestores e profissionais de saúde valorizem e favoreçam a educação em serviço, mobilizando seus funcionários para a formação

de grupos de estudos locais, funcionando regularmente, de forma a refletir sobre a prática da educação com base na necessidade de organizá-la em razão dos objetivos que se quer alcançar (TORRES, 2003).

De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente:

Nível 1: emergente, vermelho, imediato;

Nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;

Nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;

Nível 4: pouco urgente – verde: 120 minutos;

Nível 5: não urgente – azul: 240 minutos.

(Exemplo da classificação utilizada pelo Sistema de Triagem de Manchester, implantado no Brasil desde 2008).

5.4 Classificação de risco na Atenção Básica

Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. As equipes de saúde da atenção básica, seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono (BRASIL, 2013).

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas. Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas prioridades. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental (BRASIL, 2013).

Ainda para Brasil (2013), "também é importante garantir espaços mais reservados para escuta e identificação de riscos, como o atendimento individual de enfermagem". Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas, quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários.

A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na atenção básica, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico (após acolhimento inicial), a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com os outros membros da equipe). Porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. E a estratificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido (BRASIL, 2013).

Para Brasil (2004) "o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a Atenção Básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual".

A exemplo do que é feito nos protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços de urgência, as situações não aguda e os três tipos de atendimento de situações agudas ou crônicas agudizadas, para fins de visualização e comunicação, foram representados por cores como apresentado abaixo (Quadro 1). As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário. Espera-se que essa sugestão auxilie as equipes a formatarem seu processo de atenção à demanda espontânea (BRASIL, 2013).

Quadro 1 : Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica

<p>Situação não aguda</p> <p>Condutas 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>Condutas 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.

Fonte: Brasil, 2013

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “demanda espontânea em unidade de atenção primária a saúde”, para o qual se registra uma descrição de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desorganização de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rasa, em Ponte, Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de interesse para implantação da classificação de risco.
Operação	Conscientizar para melhor atender.
Projeto	Conscientizar os profissionais sobre a importância da ação.
Resultados esperados	Demanda espontânea organizada, usuários e profissionais satisfeitos.
Produtos esperados	Reuniões com a ESF para explicação do projeto e importância do apoio de toda a equipe; Implantação da classificação de risco na UBS.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, Enfermeira, técnica de enfermagem e eventualmente profissionais do Núcleo de Assistência à Saúde da Família.
Recursos necessários	Estrutural: para implantação da classificação de risco. Cognitivo: informação sobre o tema. Financeiro: para aquisição de sala apropriada, materiais necessários e profissionais capacitados. Político: contratação de profissional adequado.
Recursos críticos	Político: contratação de profissional qualificado; Financeiro: para aquisição de sala apropriada, materiais necessários e profissionais capacitados.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde/Fundo Nacional de Saúde/Prefeito Municipal Motivação: Indiferente/Favorável/Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto

Responsáveis:	Equipe multiprofissional da unidade de saúde
Cronograma / Prazo	Início em junho/16 com termino previsto para outubro/16.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A gestão e acompanhamento serão realizados pelo Médico, ficando o Enfermeiro ciente do andamento das atividades, sendo o profissional elencado para dar continuidade à intervenção implementada.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desorganização de demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rasa, em Ponte Nova, Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de profissional qualificado.
Operação	+ Capacitação
Projeto	Capacitar profissional da saúde para realização da classificação de risco.
Resultados esperados	Atendimento organizado; População mais satisfeita.
Produtos esperados	Eliminar o atendimento realizado por ordem de chegada; Equidade do atendimento.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeira e coordenador do centro de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: qualificação do profissional Cognitivo: informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação; Financeiro: para aquisição de sala apropriada e materiais necessários Político: contratação de profissional adequado.
Recursos críticos	Organizacional: qualificação do profissional; Político: contratação do profissional; Financeiro: para aquisição de sala apropriada e materiais necessários.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla Ator que planeja/Secretaria de Saúde Motivação: Favorável/Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto; Agendar reuniões; Programar aulas de capacitação; Realizar protocolo de classificação de risco;
Responsáveis:	Enfermeira/Coordenador do centro de saúde
Cronograma / Prazo	Início em junho/16 com termino previsto para outubro/16.

Gestão, acompanhamento e avaliação	A gestão e acompanhamento serão realizados pelo Médico, ficando o Enfermeiro ciente do andamento das atividades, sendo o profissional elencado para dar continuidade à intervenção implementada.
---	--

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Desorganização da demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rasa, em Ponte Nova, Minas Gerais

Nó crítico 3	Pouco conhecimento da população.
Operação	Saber agora
Projeto	Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da classificação de risco.
Resultados esperados	População mais informada sobre a atenção básica e sobre o atendimento não programado.
Produtos esperados	Campanhas educativas
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, Enfermeira, técnica de enfermagem e ACSs.
Recursos necessários	Estrutural: organização de campanhas educativas; Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Financeiro: para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais, por exemplo.
Recursos críticos	Organizacional: organização de campanhas educativas; Financeiro: para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais, por exemplo;
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla Ator que planeja/Secretaria de Saúde/ Fundo Nacional de Saúde Motivação: Favorável/Favorável/Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessário/Apresentar o projeto
Responsáveis:	Equipe multiprofissional da unidade de saúde
Cronograma / Prazo	Início em junho/16 com termino previsto para setembro/16
Gestão, acompanhamento e avaliação	A gestão e acompanhamento serão realizados pelo Médico, ficando o Enfermeiro ciente do andamento das atividades, sendo o profissional elencado para dar continuidade à intervenção implementada

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se perceber, através do plano de ação apresentado, que é possível e viável realizar um atendimento de urgência/emergência utilizando-se da classificação de risco na atenção primária. Propor operações, resultados, produtos, ações estratégicas e designar responsáveis por cada operação facilitam a visualização do plano e sua possível aprovação.

Assim, para efetivar o projeto e, conseqüentemente, ampliar o acesso da população ao serviço de saúde com maior qualidade e equidade, torna-se necessário conscientizar os profissionais e a população sobre a importância do acolhimento com classificação de risco. Além disso, é indispensável o apoio dos governantes para ser possível iniciar a capacitação dos profissionais de saúde.

Para o monitoramento da execução do plano serão realizadas reuniões periódicas com a ESF, para o cumprimento dos prazos estipulados, onde serão desenvolvidos quadros/tabelas para controle quantitativo e qualitativo das ações desempenhadas, Além disso, serão realizadas pesquisas e conversas para verificar a satisfação dos usuários, e também, suas queixas.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. **O Planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1997

ATLAS BRASIL. **Dados de Ponte Nova**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ponte-nova_mg> Acesso em: 22 de Novembro de 2016

BECK, C.L.C.; MINUZI, D. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica**. Santa Maria. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento na Demanda Espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Vol. I.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira. In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.:il.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p: “Elaboração do plano de ação”.

GODÓI, F. D. S. **Organização do Trabalho em uma Unidade de Urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2010. 156 p.

IBGE. Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais.

Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315210>> Acesso em: 04 de abril de 2016.

LIDA, I. Planejamento Estratégico Situacional. Brasília. 2009

Prefeitura Municipal de Ponte Nova. **Dados do município.** Disponível em: <<http://pontenova.mg.gov.br>> Acesso em: 05 de abril de 2016

SIAB. Dados do município de Ponte Nova – solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova.

Torres HC, Hortale VA, Schall V. **Experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos.** Cad. Saúde Pública. 2003 jul-ago; 19(4):1039-47.