

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: IMPLANTAÇÃO DE FLUXOGRAMA

Karine Axly Andrade Martins Silva¹

Patrícia Freire de Vasconcelos²

RESUMO

Objetivou-se desenhar o fluxo de acolhimento com classificação de risco de uma unidade básica à saúde com o propósito de melhorar o atendimento da unidade. Por meio de um projeto de pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa a fim de proporcionar a reorganização de uma unidade de saúde da cidade do interior do Ceará. Foram três fases: a primeira de categorização da unidade, a segunda de observação não participativa e a terceira de construção do fluxo para o acolhimento. Observou-se que no fluxo no modelo antigo, o atendimento se dava por ordem de chegada, com uma cultura médico-centrada. No fluxo proposto a equipe recebe o usuário após ele passar por uma avaliação da demanda para atendimento imediato ou consulta agendada para outro dia.

Palavras-chave: Acolhimento, Classificação, Atenção Primária à Saúde.

¹ Discente do Curso de enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB.

² Orientadora. Doutora em Cuidados Clínicos pela Universidade Federal do Ceará – UFC.
Data de submissão e aprovação: 22/12/2020

SUMÁRIO

| | | |
|----------|-------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 3 |
| 2 | METODOLOGIA..... | 4 |
| 3 | RESULTADOS..... | 6 |
| 4 | DISCUSSÃO..... | 10 |
| 5 | CONCLUSÃO..... | 12 |
| | REFERÊNCIAS..... | 13 |

1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde desempenha um papel importante na saúde do indivíduo e da comunidade de um determinado território. É tida como a porta de entrada da população (RIBEIRO et al.,2020).

De acordo com a Portaria nº 2.435 de setembro de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica, destaca que “Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde” (BRASIL, 2017a).

Ademais, para otimizar este atendimento, a classificação de risco surge para direcionar o profissional para os devidos encaminhamentos internos e externos na unidade básica de saúde.

Neste contexto, a classificação de risco é um dispositivo de coleta e interpretação de dados, com o objetivo de oferecer um atendimento mais completo e resolutivo para os usuários. Além disso, avalia riscos e vulnerabilidades, implica estar atento ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, sem sinais visíveis de problemas físicos (BRASIL, 2012).

A classificação de risco é uma ferramenta usada para coletar dados do usuário através de uma escuta personalizada com base nos seus sintomas, seu estado aparente, e da capacidade do profissional de saúde em avaliar o usuário. O protocolo de classificação de risco aponta como critérios de classificação o estado do paciente, os sinais e sintomas, a queixa principal, os sinais vitais e reavaliação constantemente em caso de mudança da classificação (BRASILIA, 2017).

Entretanto, apesar do acolhimento com classificação de risco ter grande relevância no processo de organização dos sistemas de saúde, em muitos serviços de saúde ainda não foi implantado ou está presente de forma precária, o que prejudica o atendimento do usuário e do serviço de saúde como um todo.

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo geral desenhar o fluxo de acolhimento com classificação de risco de uma unidade de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa a fim de proporcionar a reorganização de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do interior do Ceará.

Pesquisa-intervenção é uma metodologia de pesquisa utilizada para fazer uma intervenção em uma realidade (ROMAGNOLI, 2015).

Inicialmente foi realizada a aproximação de campo junto às UBS, com o intuito de apresentar o projeto de extensão, pontuando a importância da temática abordada e o seu impacto no serviço, ressaltando que as ações propostas pelas intervenções terão como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A primeira fase foi a caracterização da UBS quanto à sua territorialização, área geográfica, espaço físico (m²), quantidade de profissionais por categoria, demanda, programas que atende. Essas informações foram coletadas na secretaria de saúde do município e com os profissionais de saúde da unidade.

A segunda fase consistiu em observação não participativa do pesquisador em todos os setores da Unidade a fim de construir o fluxo atual desses setores no intuito de verificar se há algum nó crítico que impeça a fluidez das atividades prestadas, bem como a descrição dessas atividades para que em seguida sejam construídos os protocolos de atendimento. O desenho do fluxo de setor por meio de consulta aos envolvidos (funcionários) e pessoas usuárias para entender como funciona cada processo desenvolvido no setor. Após análise, realizou-se um desenho utilizando formas geométricas representando cada etapa do processo a fim de se obter um fluxograma do setor.

A terceira fase foi a construção do fluxo proposto para o setor de acolhimento no intuito de corrigir os nós críticos, quando houver, propondo as mudanças necessárias e a reorganização dos processos realizados.

Para a segunda e terceira fase foram utilizados os programas Microsoft Office Word e BIZAGI (versão gratuita) para desenhar os processos. Essa etapa contou com a opinião dos profissionais e pessoas usuárias envolvidas para que a mudança seja algo de acordo com a realidade do setor. Dessa forma, almejava-se que a execução não ocorresse somente porque foi “uma ordem dada” pela gestão, mas que fosse algo que levasse em consideração suas propostas e opiniões a

respeito de como os setores podem funcionar melhor e assim, os profissionais sintam-se parte atuante do processo.

As visitas realizadas à unidade básica de saúde da família no município para fins de aproximação de campo e às suas respectivas Equipes da Estratégia Saúde da Família ocorreram entre os meses de fevereiro a abril de 2018.

Nessas visitas, reuniões foram realizadas com as enfermeiras da unidade para que fosse apresentado o projeto de extensão. Os integrantes do grupo que iriam participar do projeto foram inicialmente apresentados e foi ressaltada a importância da temática abordada e o seu impacto nos serviços de saúde. Foram colhidas informações relacionadas ao funcionamento da unidade e negociada data propícia para início da coleta.

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética da Instituição pelo parecer de nº 3.128.082, e contemplou os requisitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS

O município de Acarape possui 15.036 habitantes faz parte da 3ª Microrregião da Saúde do Ceará; (IBGE, 2020). Situa-se a aproximadamente 60 km da capital, Fortaleza. A Atenção Primária em Saúde é composta por 07 equipes do Programa Saúde da Família e 07 equipes de Saúde Bucal (100% de cobertura), distribuídas nos territórios: Poço Escuro, Canta Galo, São Benedito I, São Benedito II, Riachão do Norte, São Francisco e Centro. O NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família é composta por: 01 Fonoaudióloga, 02 Nutricionistas, 04 Fisioterapeutas, 01 Educador Físico, 01 Psicólogo. A atenção secundária é formada pela Unidade Mista João Oliveira, com plantão médico de 24 h/dia; plantão de enfermagem. A unidade tem implantada uma sala de estabilização. Em relação às ações ambulatoriais, em nível local, há a oferta, na clínica de especialidades médicas, os serviços de: Clínica geral, pediatria, cardiologia, dermatologia, psiquiatria e gastroenterologia, exames de ultrassonografia e endoscopia. No final de 2013, foi implantado o CEO Regional, sob o modelo de gestão de consórcio público, com sede em Maracanaú com 06 especialidades odontológicas. Demais especialidades da Atenção Secundária, são encaminhadas ao Município de Redenção e Maracanaú, nossas principais referências, sendo Fortaleza como de nível terciário.

A unidade funciona de Segunda a Sexta-feira no horário de 07:00hs às 16:00hs, porém, os atendimentos são encerrados, geralmente às 14:00hs, caso não haja vigilante para realizar a segurança do local. Esse horário foi estabelecido devido à Unidade estar localizada em uma área de risco, para não expor profissionais e pacientes.

Quanto ao atendimento médico, às segundas, quartas e sextas, são atendidos os pacientes da equipe 1 e as terças e quintas, são atendidos os pacientes da equipe 2.

O atendimento de enfermagem acontece por meio de distribuição de fichas de atendimento, onde a cada dia da semana, um público-alvo é atendido.

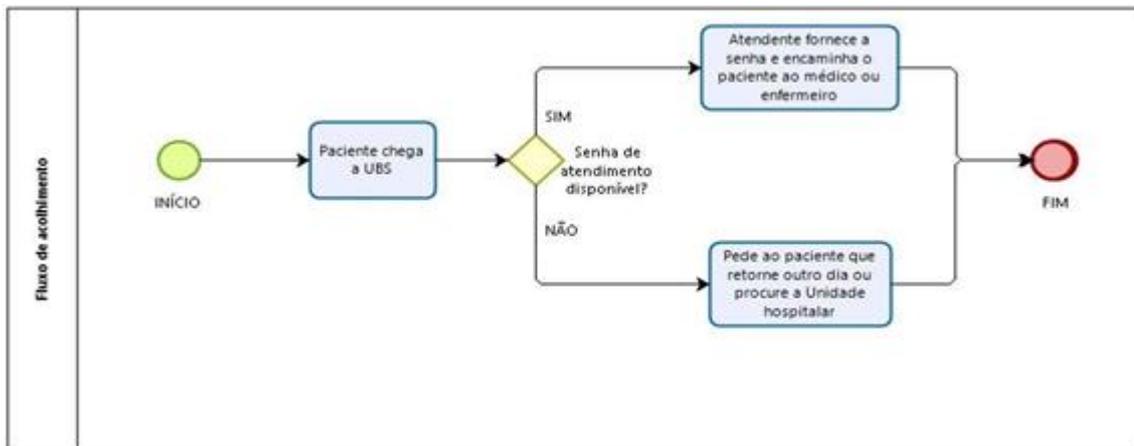
As fichas são entregues a partir das 07:00hs da manhã, porém devido à pouca quantidade de atendimentos diário (12 fichas por dia para a enfermeira e 08 para o médico), os pacientes ainda possuem o hábito de chegar à unidade de madrugada.

As visitas domiciliares ficaram suspensas por 04 meses, tendo sido retomadas no mês de maio devido à falta de transporte para levar os profissionais às localidades mais distantes. Os maiores grupos de risco atendidos são de pessoas com hipertensão e diabéticos, porém as maiores demandas de atendimentos são de gestantes e hipertensos.

A unidade está com o número menor de profissionais que a demanda e atualmente possui 3 microáreas descobertas pela equipe.

Através de uma observação participativa foi observado o fluxo do acolhimento que era realizado na unidade.

Figura 1 – Atendimento da Unidade Básica de Saúde: fluxo atual



Fonte: Autores.

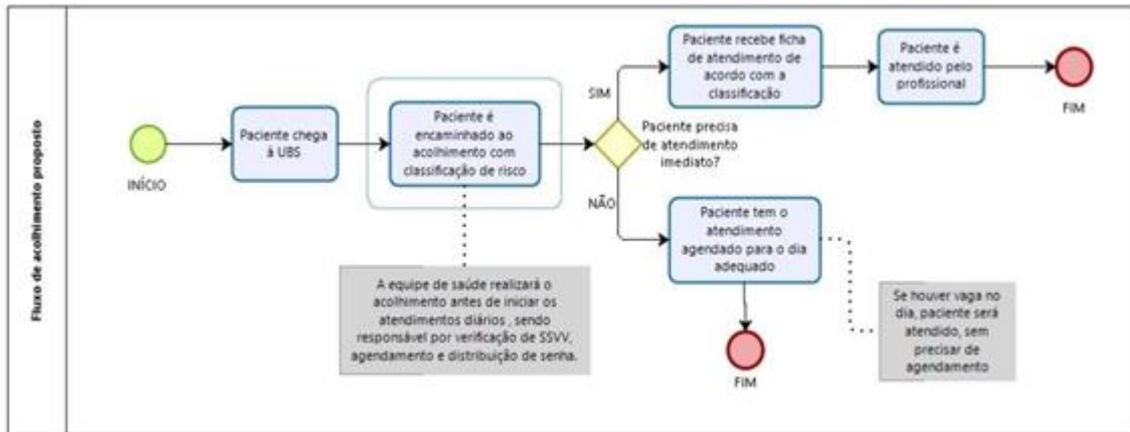
Com o estudo realizado pode se observar que o atendimento se dá por ordem de chegada. Observou-se que a pessoa usuária chega muito cedo para tentar conseguir uma ficha, por vezes, esse atendimento é apenas para renovar receita ou pedir um exame, por exemplo. Os pacientes não tinham conhecimento, muitas vezes que determinadas demandas podem ser resolvidas pela enfermeira a unidade apresentava uma cultura médico-centrada para resolução de problemas.

Notava-se por parte dos usuários insatisfação devido à espera por atendimento, às vezes enfrentando dias chuvosos, sem se alimentar por longas horas e, conseqüentemente, os profissionais eram desrespeitados devido a falta do atendimento que procuravam.

Vale ressaltar que a ciência e os profissionais não são os únicos definidores das necessidades de saúde. O usuário também define o que é

necessidade de saúde para ele, apresentando-a enquanto demanda pelo serviço. Isso significa que mesmo situações que pareçam não ser uma necessidade de atendimento para o profissional, para o paciente significa ser acolhido, ouvido e que essa demanda seja devidamente problematizada e resolvida (BRASIL, 2017b).

Figura 2 – Atendimento da Unidade Básica de Saúde: fluxo proposto



Fonte: Autores.

Nesse modelo de atendimento, a equipe de saúde receberia o usuário antes de entregar as fichas diárias de atendimento, para que fosse feita uma avaliação da demanda. A partir dessa avaliação, ou a ficha seria fornecida, ou o paciente teria sua consulta agendada para outro dia. Assim, casos como renovação de receita, solicitação ou avaliação de exame, poderiam ser atendidos em outro momento, ou até mesmo no dia, caso o fluxo de atendimentos fosse favorável. Essa forma de atendimento não descaracterizaria o perfil da UBS, pois muitos desconhecem seu papel como fornecedor de saúde e deixam de realizar atividades que são de sua competência.

Vale ressaltar que esse tipo de atendimento não pode se restringir apenas no início do turno, pois eventualidades não ocorrem em horário programado.

Essa configuração de atendimento demonstra que a unidade iria trabalhar com atendimento programado e não só com atendimento de emergência (pois este não é o perfil da UBS), mas faria uma programação de atendimentos, com continuidade do cuidado.

Para isso é necessário que a UBS esteja preparada para atender as demandas que não estão programadas, tanto com recursos materiais como humanos. Nesse caso, a implantação requer mudanças na forma de organização das equipes,

bem como na relação entre os profissionais e no modo de fornecer saúde, uma vez que o acolhimento não se restringe apenas à distribuição de senha e triagem médica.

O trabalho supracitado apresentou como desafio, quantidade insuficiente de profissionais, quantidade de fichas distribuídas menor que a demanda, horário de funcionamento reduzido, rotatividade de profissionais médicos, ausência de atividades de educação em saúde regulares, paciente chega de madrugada para garantir uma ficha de atendimento médico, profissionais com necessidade de atualização para atuação nos protocolos de cuidados.

4 DISCUSSÃO

A atenção básica à saúde preconiza ser o primeiro contacto da comunidade com os serviços de saúde, continuidade do atendimento, integralidade do serviço e coordenação do cuidado (OLIVEIRA; PERREITA, 2013). Contudo pode se perceber no presente estudo que estas atribuições não estão sendo eficientes. O acesso na unidade básica de saúde tem sido em forma de triagem, onde o usuário é atendido por ordem de chegada, é atribuído “fichas” para o atendimento.

Entre os principais desafios da atenção básica se fazem presentes os relativos ao acesso e ao acolhimento, a efetividade e a resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, pavimentação e fixação de profissionais. Em um estudo realizado no município de Rio Branco, constatou-se que o atendimento apresenta um caráter autoritário, pois os usuários recebem um atendimento já programado pela unidade, sem levar em consideração as suas queixas e necessidades de saúde (CHAVEZ et al., 2020).

As UBS devem assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas (BRASIL, 2017a).

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional Da Humanização criada para organizar o serviço de saúde. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora nem profissional específico para fazê-lo, implica em compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidade angústia e intervenção (BRASIL, 2013).

Osanan (2019), inferiu que o acolhimento propõe a garantia do acesso universal e resolutivo e atendimento humanizado; o acolhimento se traduz em dar respostas positivas ao usuário sobre o seu problema de saúde. Segundo Franco et al (1999, *apud* CAMELO, 2014), o acolhimento propõe a reorganização do serviço de saúde, no sentido de garantir acesso universal resolutivo e atendimento humanizado.

A classificação de risco é uma ferramenta de organização da fila de espera no serviço de saúde, para aqueles que mais precisam ser atendidos com prioridades, e não o atendimento por ordem de chegada. Foi criada para organizar o fluxo de pacientes que procuram a unidade de atenção primária, secundária e terciária de

saúde, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a aqueles em situação de sofrimento tanto agudo quanto crônico (BRASIL, 2017a).

Faz-se necessário envolver toda a equipe na montagem e implementação do acolhimento, para que ocorra a organização do atendimento e o fortalecimento do vínculo entre os profissionais. É importante que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento (ROSSATO et al., 2018).

Segundo Brasil (2011), o acolhimento com demanda espontânea é de responsabilidade de atribuição de todos os profissionais da equipe, por isso é de grande relevância que estes se reúnam para organizar e avaliar o processo de acolhimento e a demanda espontânea.

A equipe deve ter ciência de quais as ofertas lhe são apresentadas para conseguir atender as necessidades da população, saber quais tecnologias estão disponíveis sejam elas leve-duras (conhecimentos e protocolos) e duras (materiais e equipamentos), e como se dará o acolhimento em si, quem receberá os pacientes, quais serão os parâmetros para avaliar a vulnerabilidade do paciente, o que fazer em cada situação, quando agendar uma consulta e para qual profissional direcionar o paciente, entre outras decisões que serão necessárias serem consideradas (BRASIL, 2017b).

Percebe-se que é necessário que a equipe tenha sua capacidade clínica ampliada, mas com organização, gestão e estrutura adequada, esse processo pode contribuir para a melhoria da assistência prestada, aumentar o número de atendimentos, fortalecer a relação entre comunidade e equipes de saúde da atenção primária, e aumentar a capacidade de promover atividades que são de responsabilidade das UBS (BRASIL, 2011).

5 CONCLUSÃO

O acolhimento com classificação de risco é uma importante ferramenta para organização dos serviços de saúde, foi criada para melhorar o acesso e permitir um atendimento resolutivo e humanizado a todos que procuram as unidades básicas de saúde. Apesar da sua relevância percebeu-se que muitas unidades de saúde não fazem uso dessa ferramenta ou fazem uso de forma precária, dessa maneira objetivou-se com essa pesquisa desenhar o fluxo de acolhimento com classificação de risco. Através de um projeto de pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa com o fim de reorganizar uma unidade de saúde, na primeira e segunda fase, pode-se observar que acesso não era satisfatório, pois o atendimento acontecia por ordem de chegada com distribuição de fichas, os usuários chegavam na unidade muito cedo para garantir a consulta, o que provoca insatisfação por parte do usuário e por parte dos profissionais. Após a implementação do fluxo o usuário passaria primeiro pelo acolhimento para depois ser encaminhado para atendimento ou para agendamento de consulta de acordo com o seu estado de saúde.

O trabalho supracitado apresentou como desafio, quantidade insuficiente de profissionais, quantidade de fichas distribuídas menor que a demanda, horário de funcionamento reduzido, rotatividade de profissionais médicos, ausência de atividades de educação em saúde regulares, paciente chega de madrugada para garantir uma ficha de atendimento médico, profissionais com necessidade de atualização para atuação nos protocolos de cuidados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea - Queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf. Acesso em: 11 dez. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** Brasília, 21 set. 2017. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).) Acesso em: 01 out. 2018

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

Brasília, 21 out. 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Acesso em: 01 out 2018

BRASIL. **PMAQ - Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 29 set. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 11 dez 2020

CAMELO, M.S. **Acolhimento nas unidades básicas de saúde da regional da Ceilândia/DF.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Disponível em:

https://bdm.unb.br/bitstream/10483/9323/1/2014_MarinaShinzatoCamelo.pdf. Acesso em: 11 dez. 2020

CHÁVEZ, G. M. *et al.* Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400219. Acesso em: 11 dez. 2020

DISTRITO FEDERAL. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco**. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/10/MANUAL-DE-ACLOLHIMENTO-E-CLASSIFICACAO-DE-RISCO-DA-REDE-SUS-WED.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada do município de Acarape-CE**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/acarape/panorama>. Acesso em: 11 dez. 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/refen/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

OSANAN, S. S. **Construção, validação de conteúdo e semântica de um instrumento de acolhimento e classificação de risco da urgência na demanda espontânea dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/31592>. Acesso em: 11 dez 2020

PAESE, F.; SASSO, T.; MARCON, D. Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>. Acesso em: 01 out. 2018.

RIBEIRO, A. L. T. S. *et al.* **Dispositivos e Contribuições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Política Nacional de Humanização para o fortalecimento dos processos de trabalho de gestores e profissionais da**

Atenção Primária no Tocantins. Palmas: Secretaria Estadual de Saúde de Tocantins, 2020. *E-book* (39 p.). Disponível em:

<https://bildsprak.files.wordpress.com/2020/06/cartilha.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

ROMAGNOLI, R. C. Apontamentos metodológicos da pesquisa-intervenção no contexto da assistência social: conexões entre universidade e equipe. **Pesquisas e**

Práticas Psicossociais, São João del-Rei, v. 10, n. 1, 2015. Disponível em:

https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/10_Romagnoli.pdf. Acesso em: 15 dez. 2020.

ROSSATO, K. *et al.* Acolhimento com classificação de risco na estratégia saúde da família: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 1, p. 144-156, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26655/pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.