

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OTIMIZANDO A ASSISTÊNCIA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Simone de Souza Zuñega

USAFA Vila Sonia, Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil.

Resumo: O acolhimento com classificação de risco é um processo dinâmico, com atendimentos sem agendamento, baseados em triagem de problemas para que os usuários sejam atendidos por prioridades de demandas e não por ordem de chegada na unidade. Este trabalho tem por objetivo implantar a estratégia de classificação de risco nas unidades de saúde da família, a partir do sucesso das experiências com este tipo de atendimento em unidades do Brasil. O método é de revisão bibliográfica a partir de artigos relacionados ao tema. Os resultados foram capacitação das equipes, ouvidoria direta aos usuários, estímulo de vínculo e participação do usuário em seu processo terapêutico. Conclusão: mesmo com barreiras enfrentadas (resistência humana de profissionais e usuários), falta de comunicação entre as partes e administração, todas as experiências de acolhimento com classificação de risco foram positivas, e o atendimento melhorou em todas as unidades descritas no estudo.

Descritores: saúde pública, atenção a saúde, assistência a saúde, humanização da assistência, acolhimento.

Abstract: The reception with risk classification is a dynamic process, with appointments without scheduling, based on screening of problems so that users are attended by priority of demands and not by order of arrival at the unit. This work aims to implement the risk classification strategy in family health units, based on the success of experiences with this type of care in units in Brazil. The method and bibliographic review based on articles related to the theme. The results were training of the teams, direct ombudsman service to users, encouragement of bonding and user participation in their therapeutic process. Conclusion: even with barriers faced (human resistance of professionals and users), lack of communication between the parties and administration, all the experiences of reception with risk classification were positive, and the service improved in all units described in the study.

Descriptors: public health, health care, health care, humanization of care, reception.

Introdução

Segundo a Constituição Federal de 1988, "Saúde é direito de todos e dever do estado...". A partir deste artigo, todos os demais da seção 2 falam sobre acesso universal e igualitário, redução do risco de doenças, e demais ações para promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre elas a participação social e acesso garantido ao cliente. Garantir acesso ao usuário e facilitar sua entrada no serviço de saúde, a qualquer hora, dependendo

somente da necessidade a ser avaliada e triada pelos profissionais. Dai, surge a necessidade do acolhimento com classificação de risco. ⁽⁵⁾

A década de 90 foi marcada por diversos acontecimentos que beneficiaram a saúde pública. O SUS (sistema único de saúde), implantado nesta década, "... foi produto de um intenso movimento social pela reforma sanitária brasileira...", cujo marco foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu de base a produção da definição da saúde como seguridade social, direito universal e dever do estado, e, sob esse lema, foi criado o SUS. ⁽¹⁾

A Atenção Primária a Saúde (APS) representava um dos eixos recomendados, influenciando assim as Normas Operacionais (NOB E NOAS), elaboradas pelo Ministério da Saúde a fim de nortear a transferência de recursos financeiros, definirem os papéis dos gestores em nível tripartite, disciplinarem a organização da gestão. Daí, surge a necessidade de controle municipal da assistência do setor de saúde, conferindo esta responsabilidade aos secretários municipais de saúde. ⁽¹⁻⁶⁻⁷⁾. Nasce então, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), sendo porta de entrada ao sistema de saúde, proporcionando atendimento integral e humanizado a cada pessoa das famílias, entre outros pontos da proposta. Faz valer o que é proposto na lei 8080/90, quando se descreve os conceitos de universalidade (acesso ao sistema de saúde em todos os níveis de assistência) e integralidade (assistência total e contínua ao cliente) ⁽¹⁻⁶⁻⁸⁾.

Em 2004 é criada a Política nacional de Humanização, que garante atendimento integral, humanizado e contínuo ao cliente, facilitando o vínculo, acesso e adaptação dos usuários ao seu tratamento, onde este é ouvido em suas necessidades. Nela se fala em escuta para triagem e classificação do problema do usuário em todos os níveis de complexidade ⁽¹⁻⁹⁾. Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), traduzida no Pacto pela Saúde, em fevereiro do mesmo ano. Tem como fundamentos o acesso universal e contínuo dos usuários ao serviço de saúde, caráter resolutivo e integral das ações de saúde, desenvolvimento das relações de vínculo e responsabilização das equipes e população para a longitudinalidade do cuidado e valorização das equipes por meio de capacitação e formação ⁽¹⁻⁹⁾.

Acolhimento é "um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas solicitações e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos

usuários. Implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização." E "... uma ação tecno assistencial que pressupõe mudança na relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde...". (8-9)

O profissional que acolhe deve analisar o sujeito que procura a unidade, não como um "problema a ser resolvido", mas como um "sujeito com uma situação que merece ser avaliada de forma completa e comprometida.". Para tanto é fundamental um bom relacionamento entre a equipe e o usuário, pois esta "... e o principal pilar que sustenta o acolhimento." (13).

O acolhimento pode ser definido também como postura ética, implicando em compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades. Não é etapa de um processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da unidade de saúde. Permite analisar a adequação da planta física, da área, forma de organização dos serviços, o que redimensiona as práticas de saúde, otimizando a assistência (9). A classificação de risco tem por objetivo melhorar o acesso aos serviços de saúde excluindo a burocracia das filas, humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários com escuta qualificada de suas demandas, encarar o sujeito com problema e não como um problema, abordar o sujeito de forma integral, aperfeiçoar o trabalho em equipe, elevar o grau de vínculo entre o usuário e o serviço, aumentar o grau de participação do cliente na resolução de seu problema de saúde.

"...o tempo que o usuário reclama não é somente o cronológico, mas também se associa a dimensão ou complexidade atribuída por ele a sua experiência de sofrimento do que a qualquer outra coisa" (4). Há, portanto, a necessidade das unidades atenderem em tempo hábil a suas demandas, de que os usuários sejam acolhidos de forma educada, serena, qualificada, para que este saiba que seu problema pode ser resolvido na unidade de saúde da família mais próxima de sua casa, e não no hospital, como acontece na maioria das vezes. Há trabalhos sobre oficinas de capacitação das equipes em acolhimento com classificação de risco, e nesta experiência, o resultado foi positivo, pois a equipe e o usuário se enxergam e compreendem a situação como realmente e, e não como antes, de forma equivocada e sem resolução (16).

Este trabalho enfoca o acolhimento como instrumento de melhora de atendimento ao usuário, e de melhora nas condições de trabalho para a equipe de ESF, e tem o objetivo de desmistificar a complexidade de sua realização pelo profissional enfermeiro, pois "é o

profissional indicado ao acolhimento, devido a sua formação de base coletiva e centrada na atenção integral ao ser humano." (3)

Método

Estudo de caráter de revisão bibliográfica da literatura, tem como base abordagens práticas de experiências de profissionais que descrevem faces do acolhimento voltadas ao atendimento de saúde, melhorando e otimizando esta prática que é, basicamente, fundamentada nas relações humanas em toda sua diversidade, facilitando a compreensão e educação da população em relação ao seu tratamento, garantindo a continuidade e melhora da assistência de saúde.

Os estudos selecionados para esta revisão apresentam caráter qualitativo, experimental, observacionais e descritivos, onde são analisadas e experimentadas todas as faces do atendimento em saúde da família e suas variáveis, de modo a aperfeiçoar a assistência com resolutividade ao paciente, classificando o risco e determinando atendimento por prioridade de problema e não por ordem de chegada (2).

Em todos os estudos podemos observar o foco do acolhimento holístico, humano, centrado na pessoa como ser humano com questões a serem resolvidas, e não como um problema ambulante. Os profissionais envolvidos trabalham com Plano de Terapia Singular, onde o cardiopata não é apenas encarado como um coração doente, mas sim como uma pessoa, com demandas que merecem atenção e esforço em sua resolução, além da questão cardíaca (3).

Bases de dados: BVS Saúde, Scielo.

Os estudos foram realizados no período de 2003 a 2011, o que mostra a evolução das técnicas de acolhimento e acessibilidade do usuário ao serviço de saúde.

Resultados

O acolhimento é uma importante ferramenta de trabalho na APS, fundamental ao bom funcionamento da unidade de Saúde da Família. Todos os estudos selecionados para realizar este trabalho descrevem os benefícios que o acolhimento traz para usuários, equipes e serviço como um todo (ver quadro 1).

Garante acesso, previsto em lei como direito de todo usuário do serviço de saúde. Às vezes o acolhimento é o primeiro contato com a unidade, e "as consequências do primeiro encontro alteram de forma decisiva a passagem do usuário pela unidade e a resolução de seu problema" ⁽¹³⁾, já que o cliente é co-responsável pelo sucesso de seu tratamento. Caso este primeiro contato seja negativo, a terapêutica se torna comprometida, uma vez que sem vínculo não existe sucesso nos seguimentos em Saúde da Família. ⁽⁸⁾

Quadro 1 - Distribuição de artigos localizados nas bases de dados BVS Saúde e SCIELO (2003-2011) sobre acolhimento com classificação de risco

| Título do Artigo | Autores | Resultados | Conclusões |
|---|---|--|--|
| Acesso e acolhimento dos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (2003) | Ramos, Donatela Dourado, Maria Alice Dias da Silva Lima | Visão dos usuários sobre fatores que influenciam a qualidade dos atendimentos em uma unidade, relativos ao acesso e ao acolhimento | Há necessidade de um número maior de profissionais, capacitação para o acolhimento, implantação da modalidade para atendimento odontológico, serviço exclusivo de marcação de consultas, prioridade no atendimento aos moradores da área de atuação. |
| Acolhimento no sistema municipal de saúde (2005) | Solla, Jorge Jose Santos Pereira | Revisão da proposta de acolhimento e sua relação com os modelos de assistência | Acolhimento como postura profissional e ação de reorganização da assistência com adoção de fluxos de encaminhamento dos pacientes entre os serviços |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade (2007) | Albino, Rubia Maria, Suely Grosseman, Viviane Riegenbach | Triagem otimizando o atendimento, priorizando conforme classificação de risco | Final das filas como prioridade de atendimento, dificultada por resistência profissional e capacitação para triagem e acolhimento. |
| O acolhimento como ferramenta de praticas inclusivas de saúde (2008) | Alves, Marcelo Silva e cols. | Capacitação profissional, mudança no foco da doença para o usuário, inclusão da população no atendimento de livre demanda humanizada | O usuário e co-responsável por sua terapia, os profissionais são estimulados a ser capacitados para melhor atender a população |
| A comunicação no contexto do acolhimento em uma realidade de Saúde da Família em São Carlos, SP (2008) | Oliveira, ET AL | Experiências em comunicação entre usuário e equipes e entre as próprias equipes | Melhora na comunicação entre equipe-usuário, equipe-equipe |
| Acolhimento Coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado (2009) | Cavalcante Filho, J. B. et. al. | Espaço de encontro entre trabalhadores e usuários, tendo por objetivo as necessidades de saúde destes, construindo projetos terapêuticos individuais e coletivos. | Melhora do acesso da comunidade ao serviço de saúde, de forma não tensa, devido a troca de saberes e experiências, em conjunto com a teoria/, de forma harmoniosa e produtiva. |
| O processo de trabalho em Saúde e a produção do cuidado | Barros, Delba Machado et. al. | O que faz a população aportar em um serviço de urgência devido a | Os usuários aportam no serviço de urgência pois lá o vínculo com |

| | | | |
|--|--|--|--|
| em uma unidade de saúde da família: limites do acolhimento e reflexo no serviço de urgência (2010) | | situações de resolução ambulatorial, tendo cobertura por equipes de Saúde da Família | os profissionais e resolutividade de seus casos são maiores. |
| Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema (2010) | Cunha, Alcione Brasileiro Oliveira et. al. | Acessibilidade definida como componente do sistema de saúde | Acesso dificultado por barreiras organizacionais e geográficas, dificuldade em agendar consultas, deficiência do sistema de referência e contra-referência |
| Oficinas de formação de profissionais da equipe de Saúde da Família para gestão do acolhimento com classificação de risco (2010) | Torres, Heloisa de Carvalho et. al. | Capacitação profissional em classificação de risco e atendimento humanizado | Melhor entrosamento entre usuários e equipes durante o atendimento devido a melhora do vínculo que o atendimento humanizado estimula. |
| Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem (2011) | Nascimento, Eliane Regina Pereira do et. al. | Mudanças no atendimento com a implantação do sistema de classificação de risco | As dificuldades enfrentadas são a falta de referência e contra-referência, gerando falta de qualidade no atendimento e insatisfação dos profissionais de enfermagem. |

Discussão

Conforme os estudos acima descritos há um fator importante em comum: quando há boa vontade por parte do profissional, há o empecilho da burocracia, ajudando a atrapalhar o processo, prejudicando a acessibilidade do usuário. Ou pior, quando se fala em resistência profissional ao acolher o usuário. Essa resistência se deve, na maioria das vezes, na falta de respaldo e de conhecimento científico, sendo um dos fatores de problemática no desempenho de acolher o usuário, facilmente resolvido com investimento em capacitação profissional ⁽³⁻¹⁵⁻¹⁶⁾. Qualquer barreira de acesso ao serviço, especialmente de Saúde da Família, pode atrapalhar na questão do vínculo entre o usuário e a equipe, prejudicando o desenvolvimento de confiança transmitida ao usuário pelo trabalhador de saúde. Sem vínculo não há produção de cuidado, aderência a terapias propostas, descontinuando a assistência, isolando o paciente da unidade ⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Outro fator de prejuízo ao acolhimento é falta de respeito à cultura do usuário. Os saberes populares são tema de obras bibliográficas, pesquisados por instituições de saúde pública, e, atualmente, podem ser discutidos em reunião, em conjunto com o saber científico, e desta soma se obtém a construção de um conhecimento popular fundamentado em ciência ⁽¹⁰⁾. O usuário sente-se valorizado, estimulado a discutir assuntos de saúde, sendo incluído no processo de co-responsabilidade em seu tratamento e demais membros da comunidade. Transforma-se em multiplicador do cuidado e de disseminação de conhecimento. ⁽¹¹⁻¹⁶⁾

Fatores se tornam empecilho a esta prática, tais como: cultura baseada no modelo de assistência médica centrada, prioridades diferentes entre usuário e equipes (o que é urgente para o cliente as vezes não é para a equipe, e vice-versa), falta de comunicação entre as equipes e os usuários (até mesmo entre os membros das equipes), de capacitação profissional, além da resistência profissional. Portanto, são demonstrados estudos com estilos variados de profissionais que trabalham com acolhimento, inclusive oficina de capacitação profissional analise de como o usuário entende e aceita o acolhimento, como o profissional entende e aceita o acolhimento ⁽⁴⁾.

Não somente o saber popular é levado em conta para construção de cuidado, mas também para identificar fatores que influenciam na qualidade dos acolhimentos, atendimentos em geral, acesso e funcionamento das unidades ⁽¹⁴⁾. Como resultado de uma das reuniões com os usuários, estes observaram necessidade de maior número de profissionais,

capacitação de profissionais para acolhimento, necessidade de implantação de atendimento odontológico, local adequado para marcação de consultas.

A classificação de risco aperfeiçoa o atendimento, acabando com as filas ⁽²⁾, pois os usuários são atendidos por ordem de gravidade de demandas, e não por ordem de chegada na unidade. Como a triagem deverá ser feita por profissional técnico, redimensiona a equipe, sobrando recursos humanos administrativos para o agendamento de especialidades, o que é outro problema descrito ⁽¹¹⁾. Objetiva avaliar o paciente logo na sua chegada a unidade, reduzir o tempo de atendimento médico, acabar com as filas para atendimento.

O acolhimento, além de ser instrumento de reorganização de assistência para resolutividade, também é uma questão de postura, implícita no atender de cada profissional, visando um atendimento de qualidade ao usuário, em equipe. "... é imprescindível que cada membro desta (equipe) tenha uma postura acolhedora com relação à população." ⁽¹⁵⁾

Todos os autores descrevem a necessidade de satisfação do usuário através de acesso, triagem, abordagem, encaminhamento, resolutividade, em todos os artigos analisados. É previsto em lei tudo o que foi descrito até agora, mas, se é lei, porque a complexidade de seu cumprimento? Desde a Constituição Brasileira estes direitos de acesso, integralidade, universalidade, entre outros, são assegurados, previstos ao usuário, mas, desde então, sua realização é difícil, impossível em alguns lugares.

A fala dos usuários é única: competência profissional, necessidades abordadas e resolvidas, e que não acreditam que a Saúde da Família possa resolver seus problemas de Saúde, até que deixem de ser encaminhados ao Pronto Socorro ou Hospital para que isso aconteça ⁽⁴⁾. Nas USAFAS e UBS's os usuários encontram muitos obstáculos para ser atendidos, o que os levam a procurar o Pronto Socorro, onde o vínculo é maior do que no ambulatório, pois há mais atenção às suas demandas imediatas com resolutividade no pronto atendimento ⁽⁴⁾.

Um dos fatores que contribui para a falta de qualidade no atendimento é a insatisfação profissional, que pode ter vários fatores desencadeantes, tais como a sobrecarga de trabalho, falta de capacitação profissional, falta de profissionais para dividir a escala de trabalho, muitas tarefas mal distribuídas e pouco tempo para fazê-las ⁽⁹⁻¹²⁾. Partindo deste princípio, surgem as seguintes propostas para qualificação dos profissionais em saúde: escuta qualificada, plano de terapia singular, triagem com classificação de risco, avaliação multiaxial para triagem

efetiva, sistemas de encaminhamento disponíveis no serviço local de saúde, serviços de benefício social disponíveis no município, trabalho em equipe ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Também é viável inclusão na rotina do serviço de saúde trabalhos de grupo com a comunidade, para discussão de: acolhimento (definição, aplicações, situações de risco e necessidade), responsabilização no processo de tratamento, conhecendo os profissionais que os atendem e suas respectivas funções, normas e rotinas da unidade, temas de saúde previstos pelo Ministério da Saúde, que são parte do cronograma instituído anualmente ⁽⁵⁾. Além dos trabalhos em grupo, é proposto reservar um período do expediente, mensalmente, para o Acolhimento Coletivo, para troca de experiências de conhecimentos em saúde entre profissionais e usuários, e demais tópicos que consolidem a participação social como direito estabelecido pela Lei 8142 de 28/12/1990 ⁽⁶⁻⁷⁻¹⁰⁾.

Como sugestão aos gestores, para o sucesso da realização do acolhimento com classificação de risco, se fala em melhora na rede de referência e contrarreferência, aumento do quadro de recursos humanos, estímulo a capacitação profissional incluindo os funcionários em cursos de atualização em temas de saúde em todos os níveis (médio, técnico e superior).

Conclusão

O acolhimento com classificação de risco aperfeiçoou a assistência, pois redimensionou o serviço, estimulou capacitação científica e comportamental das equipes, aumentou a capacidade de vínculo equipe-usuário devido à escuta qualificada, acabou com as filas burocráticas e os problemas foram considerados em ordem de gravidade, onde todos são atendidos e tem seus problemas resolvidos.

Com o passar do tempo as equipes, capacitadas, acolheram melhor aos usuários, e estes aceitaram melhor ao acolhimento, pois o acolhimento com classificação de risco quebrou o paradigma do modelo de atendimento médico-centrado, fazendo com que o usuário seja corresponsável pelo sucesso de seu tratamento.

As reuniões nas unidades fortaleceram o vínculo social do usuário com o serviço, e não somente devido à necessidade de seus problemas resolvidos.

Referências

1. Aguiar, Zenaide Neto, ET al. SUS - Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 1 ed., Ed. Martinari, SP-2011. 17-66.
2. Albino, Rubia Maria, et. al. Classificação de risco, uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 36, n 4, 2007. 70-75.
3. Alves, Marcelo Silva, Livia Gomes da Silva. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. Rev. APS. Vol. 11, n 1. jan/mar. 2008, 74-84.
4. Barros, Delba Machado, Marilene de Castilho Sá. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites do acolhimento e reflexos no serviço de emergência. Ciência e Saúde Coletiva. 15 (5). 2010. 2473-2482.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
6. Brasil. Lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outra providencias. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de setembro de 1990b.
7. Brasil. Lei 8142/90. Dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providencias. Diário Oficial da União. Brasília, 28 de dezembro de 1990c.
8. Brasília DF, "Programa de Saúde da Família. Saúde dentro de casa", 1994.
9. Brasília, DF, "Acolhimento nas práticas de produção de saúde", série B - Textos básicos de saúde, 2006.
10. Cavalcante Filho, J. B. et. AL, "Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado". Interface - comunicação, saúde, educação, vol. 13, out/dez. 2009, 315-328.
11. Cunha, Alcione Brasileiro Oliveira, Ligia Maria Vieira da Silva. "Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema único de saúde", Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (4), abril/2010, 725-737.

12. Nascimento, Eliane Regina Pereira do, et. al., "Classificação de Risco na Emergência: avaliação da equipe de enfermagem", Revista Enfermagem UERJ, 19 (1), Rio de Janeiro, 2011, 84-88.

13. Oliveira, A. et. AL, "A comunicação no contexto do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família de São Carlos, SP", Interface - comunicação, saúde, educação, vol. 12, n. 27, out/dez 2008, 749-762.

14. Ramos, Donatela Dourado, Maria Alice Dias da Silva Silva, "Acesso e acolhimento dos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil", Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (1), jan/fev 2003, 27-34.

15. Solla, Jorge Jose Santos Pereira, "Acolhimento no sistema municipal de saúde", Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, 5 (4), out/dez 2005, 493-503.

16. Torres, Heloisa de Carvalho, Renata Batista Lelis, "Oficinas de formação de profissionais da equipe de Saúde da Família para gestão do acolhimento com classificação de risco", Ciência y Enfermería XVI (2), 2010, 107-113.