



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA E NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA: PRINCIPAIS CONCEITOS E DIRETRIZES

Leonídia Aparecida Pereira da Silva ¹
Taynara Amorim de Araújo ²
Jackeline Sales Silva ³

INTRODUÇÃO

Na Política Nacional de Humanização (PNH), foram criados diversos dispositivos que são mobilizados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e objetivando promover modificações nos modelos de atenção e de gestão. Um destes dispositivos é o acolhimento com classificação de risco, que consiste em uma mudança na lógica do atendimento, possibilitando que a avaliação com relação à prioridade da atenção seja o grau de sofrimento e/ou agravamento à saúde em detrimento da ordem de chegada cujo funcionamento é burocrático (BRASIL, 2006).

A referida classificação é realizada por profissional da saúde por meio da utilização de protocolos técnicos que possibilitam a identificação dos pacientes que precisam de tratamento imediato, avaliando o agravamento à saúde, o potencial de risco e/ou o grau de sofrimento. Permitindo assim, providenciar com agilidade o atendimento adequado para cada caso (BRASIL, 2010).

Nessa tessitura, o objetivo do trabalho é identificar e compreender os principais conceitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere ao acolhimento com classificação de risco no contexto da atenção básica e dos serviços de urgência. Ressaltando assim, a importância em compreender a aplicabilidade desse dispositivo na rotina dos níveis de atenção à saúde aqui elencados.

METODOLOGIA

¹Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Residente de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB), leonidiapereira1@gmail.com;

²Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Residente de Fonoaudiologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB), taynara.amorim@hotmail.com;

³Graduada em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Residente de Nutrição da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB), sales.jacke7@gmail.com;



Realizou-se uma pesquisa documental enfocada em quatro documentos do Ministério da Saúde: HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS; Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência; Acolhimento à demanda espontânea e Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Pontua-se que a seleção desses documentos ocorreu devido ao fato de que são materiais produzidos e difundidos pelo Ministério da Saúde e que são referência sobre o tema em questão. Buscando assim, entender os princípios, conceitos e aplicabilidade desse dispositivo da PNH aplicada à atenção básica e aos serviços de urgência a partir desses documentos.

Destaca-se que a pesquisa documental caracteriza-se pela busca por elementos em documentos que não passaram por nenhum tratamento analítico, podendo contemplar documentos oficiais de um governo, cartas, vídeos, fotos, reportagens, filmes, revistas e relatórios (OLIVEIRA, 2007). Esse tipo de pesquisa é feita a partir da utilização de materiais prontos sobre os quais se pode inferir ideias e realizar análises (FERRARI, 1982)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A PNH do SUS busca reconhecer “o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos envolvidos no processo de saúde” (BRASIL, 2010, p. 6). O SUS encontra-se em pleno curso de mudanças, apresentando diversos desafios, dentre estes, a implementação da diretriz do Acolhimento, postura e prática esta, capaz de favorecer uma relação de confiança e compromisso entre equipes e serviços (BRASIL, 2010).

Diante disso, o acolhimento, na PNH, está para além de ações isoladas, ou seja, não se resume a uma adequada recepção ao usuário, à realização de uma triagem administrativa ou de um encaminhamento. Devendo assim contemplar uma escuta qualificada que analise e traga à tona o paciente em sua totalidade, contemplando a sua dimensão biopsicossocial (BRASIL, 2006).

O profissional tem como tarefa o compromisso de responsabilizar-se pelo usuário de modo a abarcar a sua demanda e ofertar-lhe uma devolutiva na rede de saúde por meio de projetos de intervenção (BRASIL, 2006). Nesse sentido, uma das ferramentas a serem utilizadas, são os protocolos de classificação de riscos, que objetivam elencar os atendimentos prioritários diminuindo o risco de agravamento do caso. Importante destacar que apesar de ser uma ferramenta necessária e útil, os protocolos de classificação de risco não substituem a



interação, o diálogo, a escuta, o respeito, ou seja, o acolhimento do cidadão se apresentando então como uma ferramenta a ser utilizada simultaneamente ao acolhimento e não em substituição a ele (BRASIL, 2006).

Com vistas a isso, em 2011, o Ministério da Saúde divulgou o Caderno da Atenção Básica número 28 volumes I e II que trazem uma proposta de classificação voltada para o Acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica, com instruções norteadas por sinais e sintomas das demandas mais comuns (BRASIL, 2013).

São vários os tipos de demanda que podem ser acolhidos e contemplados pela atenção básica, inclusive dispendo do uso de modalidades de tecnologias leve-duras (protocolos, conhecimentos) e duras (equipamentos, materiais), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço (BRASIL, 2013). Valendo destacar que a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde orienta que o acesso se ocorre principalmente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos à localidade de moradia (BRASIL, 2011).

Para tanto, o Caderno de Atenção Básica número 28, norteia que o acolhimento à demanda espontânea deve acontecer de maneira qualificada, humanizada e com a organização da rotina das unidades básicas, de modo a considerar que resultará em mudanças na programação das atividades diárias, assim como nas relações entre profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2013).

Fazendo-se-se necessário definir quais profissionais atuarão no acolhimento, quem receberá o usuário, quais os critérios de avaliação do risco e da vulnerabilidade do paciente, quais as condutas a serem adotadas de imediato, quando agendar/encaminhar uma consulta médica, formas alternativas de oferta de cuidado para além da consulta com o médico, entre outras diretrizes. Além disso é essencial que as Unidades de Atenção Básica (UBS) estejam preparadas e disponíveis para acolher os imprevistos (BRASIL, 2013).

Em uma situação aguda, por exemplo, faz-se necessária a intervenção da equipe no mesmo momento, principalmente no que se refere à assistência médica imediata. Quando o atendimento é prioritário, demanda intervenção breve da equipe, de modo a ofertar inicialmente medidas de conforto pela equipe de enfermagem. Já no caso de atendimentos no dia (de risco baixo ou ausente), dependendo da situação e dos protocolos locais, o manejo poderá ser realizado por profissionais de enfermagem e/ou de medicina e/ou por odontólogos (BRASIL, 2013).

Já no tocante à aplicabilidade desse dispositivo nos serviços de urgência no Brasil, foi adotada pelo Ministério da Saúde a Cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco nos



Serviços de Urgência, publicada no ano de 2009, visando ratificar as políticas do Humaniza SUS e seguindo princípios da classificação da cartilha de 2004 (BRASIL, 2009). Essa cartilha institui dois eixos e suas áreas, são eles, o eixo vermelho composto pelas áreas: vermelha onde se encontra a sala de emergência, destinada à assistência imediata aos pacientes com risco de morte e a sala de procedimentos especiais invasivos; Área amarela, composta por uma sala destinada aos pacientes já estabilizados, mas que ainda necessitam de cuidados especiais e a área verde formada pelas salas de observação, as quais, a depender da demanda, são divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos) (BRASIL, 2009).

O eixo azul, por sua vez é o eixo dos pacientes aparentemente não-graves e é composto por pelo menos três planos de atendimento. O plano 1, onde o foco é o acolhimento, refletido em termos espaciais, de gestão, de organização e de escuta qualificada com vistas à classificação do risco e ao atendimento administrativo. Implica na criação de espaços que possibilitem a interação entre usuários e trabalhadores/ equipes e entre os próprios usuários. O plano 2, direcionada à área de atendimento médico que deve ser pensada considerando a existência de especialidades no serviço, devendo os consultórios ser planejados contemplando a possibilidade da presença do acompanhante e o respeito à individualidade do paciente. O plano 3, voltado às áreas de procedimentos médicos e de enfermagem de modo que preferencialmente estejam localizadas próximas aos consultórios e que beneficiem o trabalho em equipe, respeitando meios que tornem viável a presença de acompanhante (BRASIL, 2009).

Compreende-se assim, que construir um protocolo de classificação de risco baseado nos dados disponíveis na literatura, contemplando uma adaptação ao perfil de cada serviço e contexto de sua inclusão na rede de saúde, torna-se uma oportunidade de favorecer a interação entre a equipe multiprofissional e a valorização dos trabalhadores da urgência (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o acolhimento com classificação de risco é de grande relevância para a atenção básica e para os serviços de urgência e emergência, pois a partir desta estratégia é possível gerar um atendimento mais qualificado e humanizado à população, diminuindo a entrada de usuários ao serviço de saúde por filas e ordem de chegada, favorecendo uma



relação humanizada e ética entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar e considerar os usuários em seus problemas e demandas.

Por fim, enfatiza-se ainda que é de grande importância que os serviços de uma mesma região desenvolvam critérios de classificação semelhantes, facilitando o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento. Além disso, destaca-se que promover uma reflexão profunda multiprofissional sobre o processo de trabalho, através da identificação e análise dos pontos de concentração de problemas permite sugestões de mudanças mais criativas, mais legítimas e com melhor aceitação

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 24 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://redehumanizasus.net/sites/default/files/acolhimento_praticas_saude_2ed_sem_logo.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**, Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.

FERRARI, Alfonso Trujillo. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.