



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

VICTOR PEREIRA MACHADO

A IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM E DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO
BÁSICA

SÃO PAULO
2020

VICTOR PEREIRA MACHADO

A IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM E DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO
BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: LUCIA HELENA FERREIRA VIANA

SÃO PAULO
2020

Resumo

No desenvolvimento de meu trabalho em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi observado uma maior dificuldade na realização da triagem da demanda abrangida, onde, por vezes os pacientes buscavam atendimento de questões que poderiam ser resolvidas na própria unidade no entanto com consulta agendada, um acolhimento com escuta qualificada, grupos ou rodas de conversas educativas desenvolvidos na unidade e alguns casos graves deveriam procurar rapidamente uma unidades de pronto atendimento, aumentando assim o fluxo de usuários, bem como, alguns usuários não aguardavam a avaliação adequada, exigindo serem encaminhados para o serviço especializado. O Ministério da Saúde ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, fez da Saúde da Família (SF) o modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS, preconizando a implantação de ações focadas na promoção da saúde, prevenção de doenças, e tratamento e reabilitação de pacientes através de uma equipe multidisciplinar, onde os usuários passam por uma triagem adequada, de acordo com a classificação de risco, sendo acolhidos de forma humanizada e eficaz. Minha proposta de intervenção se baseia no melhoramento da triagem e classificação de risco, promovendo o acolhimento dos pacientes e atuando de forma preventiva e mais ampla no cuidado dos mesmos.

Palavra-chave

Equipe de Saúde. Assistência Integral à Saúde. Acolhimento.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

No desenvolvimento de meu trabalho em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi observado uma maior dificuldade na realização da triagem da demanda abrangida. Muitas vezes os pacientes buscavam atendimento na unidade básica para questões que poderiam ser resolvidas em unidades de pronto atendimento, o que gera um aumento no fluxo de usuários. Bem como, alguns usuários chegam à unidade com a ideia de ser encaminhados para o serviço especializado, sem ao menos aguardarem a avaliação adequada, o que acaba resultando em conflitos entre os mesmos e a equipe de saúde.

O Ministério da Saúde ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, através da Portaria 2.488, onde tem a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS, preconiza a implantação de ações focadas na promoção da saúde, prevenção de doenças, e tratamento e reabilitação de pacientes através de uma equipe multidisciplinar, onde os usuários passam por uma triagem adequada, de acordo com a classificação de risco e ressaltando a importância do acolhimento de forma humanizada e eficaz promovido pela Política Nacional de Humanização, lançada em 2003.

Minha proposta de intervenção se baseia no melhoramento da triagem e classificação de risco, promovendo o acolhimento dos pacientes e atuando de forma preventiva e mais ampla no cuidado dos mesmos.

ESTUDO DA LITERATURA

No Brasil, o acesso às ações de saúde é um direito universal, sendo dever de todas as instâncias federativas subsidiar a qualidade e a integralidade da atenção prestada à população. Neste sentido, a descentralização proposta pelo Sistema Único de Saúde fortaleceu e ampliou a assistência oferecida nos municípios, sobretudo com o advento da atenção primária à saúde (APS), como um modelo assistencial fundamentado no cuidado longitudinal e na ampliação do acesso, que integra as políticas e ações governamentais. Com isso, a APS passou a ser considerada como ponto de atenção à saúde preferencial, proporcionando aos indivíduos, famílias e comunidades o alcance de cuidados essenciais à saúde (SOUSA; HAMANN, 2009).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, fomenta mudanças na atenção e na gestão ao convidar os sujeitos envolvidos a (re)pensar e intervir no cotidiano da saúde pública brasileira. Na PNH “o acolhimento é considerado a recepção do usuário, desde sua entrada de forma a se responsabilizar integralmente por ele, ouvindo seu problema, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, com realização de ações resolutivas e articulação com outros setores de saúde.” (BRASIL, 2004, p.41).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) o acolhimento possibilita a criação de vínculo e confiança dos usuários com a equipe e deve operar transversalmente em toda a rede do SUS para ofertar atendimento de qualidade em todos os níveis de atenção. O acolhimento permite a classificação dos pacientes que chegam à unidade conforme o risco, com consequente organização da demanda espontânea e programada, sendo o atendimento priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente e não com a ordem de chegada (BRASIL, 2006).

A PNAB define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. Deste modo, fortalecem os princípios da Atenção Primária em um Sistema Único de Saúde (SUS), como: universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (MACINKO; HARRIS, 2015; MURRAY; FRENK, 2000).

A triagem com classificação de risco tem sido mais utilizada nos serviços de atendimento de urgência, entretanto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é a forma de reorganização da APS incorporando como princípios as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos e superar as desigualdades, também tem adaptado este método para a organização do acolhimento com devida classificação (SILVA *et al.*, 2010; SANTANA, 2011).

A classificação de risco é uma ferramenta propicia informações aos usuários sobre sua condição de saúde e o tempo de espera; promove o trabalho em equipe; melhora as condições de trabalho aos profissionais de saúde por meio da discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta a satisfação dos usuários e fomenta a

pactuação entre os serviços da rede assistencial (BRASIL, 2009).

No Brasil tem se utilizado como modelo para a construção de um Sistema de Classificação de Risco o Protocolo de Manchester, que foi implantado inicialmente no *Manchester Royal Infirmary*, na cidade de Manchester, Inglaterra (1997). É originalmente composto por 52 condições clínicas pré-definidas ligadas às suas respectivas orientações ou linhas de fluxo, a partir de cada um dos níveis de classificação de risco ou triagem obtidos. As classificações são divididas em cores organizadas por nível de gravidade e risco da apresentação clínica (GBCR, 2015).

Esta classificação é descrita por cores, que indicam tempos máximos para o primeiro atendimento médico. A cor vermelha determina uma condição de emergência, sugerindo atendimento imediato; a laranja discrimina condições de muita urgência, cujo tempo para atendimento deve ser ≤ 10 minutos; já a cor amarela sugere urgência, cujo atendimento deve ser em tempo ≤ 60 minutos; os classificados na cor verde seriam de pouca urgência e o atendimento poderia ocorrer em até ≤ 120 minutos; os de cor azul, por sua vez, são considerados não urgentes e seu atendimento está indicado para ocorrer em tempo ≤ 240 minutos. A cor branca aos pacientes que utilizam o SE como porta de entrada para procedimentos eletivos. Para estes não há indicação de tempo para o atendimento (GBCR, 2015; MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006).

Ressalta-se que a classificação de risco deve ser executada por profissional treinado e qualificado, em ambiente adequado. É importante que o tempo de classificação de risco seja curto para que seja mantido o seu principal objetivo: garantir a segurança dos pacientes que aguardam o primeiro atendimento médico (JIMENEZ, 2003).

AÇÕES

Proposta de ações:

- * Criação e implementação de um Sistema de Classificação de Risco (SCR): com base no Protocolo Manchester, elaborar em conjunto com a equipe de saúde um SCR, considerando a demanda da unidade, sua localização e profissionais disponíveis;
- * Ampliação da equipe de saúde: para melhor acolhimento dos usuários, verificar junto a Administração Municipal e a Secretaria de Saúde, o aumento do quadro de funcionários de acordo com a demanda atendida e as recomendações do Ministério da Saúde;
- * Orientar a equipe de saúde sobre triagem, acolhimento e classificação de risco: através de reuniões e palestras, prestar as devidas orientações a equipe de saúde para que ocorra um atendimento adequado dos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Por meio da criação e implementação de um SCR, busca-se que os pacientes sejam classificados de forma adequada, sendo acolhidos satisfatoriamente dentro de seus anseios.

Com a proposta de ampliação da equipe de saúde, objetiva-se que a demanda seja atendida em sua plenitude, promovendo a saúde e o tratamento adequado a cada caso.

Com as orientações acerca da triagem, acolhimento e classificação, tem-se o intuito de esclarecer as dúvidas dos profissionais para que a prestação de serviço seja eficaz, trazendo benefícios tanto a população (através do atendimento adequado) como para a unidade (abrangência da demanda e eficiência na execução do trabalho).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos básicos de saúde: acolhimento com avaliação e classificação de risco.** Brasília: editora Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos básicos de saúde: acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília: editora Ministério da Saúde, 2006. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - GBCR. **Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências:** como implementar o Sistema de Manchester de Classificação de Risco em sua instituição de saúde. 2. ed. [internet]. Belo Horizonte: GBCR; 2015.

JIMENEZ, J. G. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. **Emergencias** 2003;15:165-174.

MACINKO, J.; HARRIS, M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. **N Engl J Med.** 2015; 372(23):2177-81.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage:** Manchester Triage Group. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2006.

MURRAY, C. J.; FRENK, J. A framework for assessing the performance of health systems. **Bull World Health Organ.** 2000; 78(6):717-31.

SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Florianópolis, 2011 Abr-Jun;6(19):133-41.

SILVA, A. C. A. A.; VILLAR, M. A. M.; CARDOSO, M. H. C. A.; WUILLLAUME, S. M. A Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de duque de Caxias Estratégia. Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde Sociedade,** São Paulo. 2010;19(1):159-169.14.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc Saúde Colet.** 2009;14(Suppl 1):1325-35.