



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

TATIANE BORGES DOS REIS JONES

REORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E  
CAPACITAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO PAULO  
2020

TATIANE BORGES DOS REIS JONES

REORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E  
CAPACITAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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: VERA DIB ZAMBON

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

Este projeto trata da organização do atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências, envolvendo ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas. A Unidade de Saúde da Família do Distrito de Água Vermelha em São Carlos-SP possui algumas peculiaridades, pelo fato de ser uma área rural, além de possuir empresas no entorno, onde a única porta de entrada mais próxima para a saúde é a Unidade, apresenta um grande fluxo de livre demanda. Diante deste panorama, analisando o território e a demanda, identifica-se a necessidade de reorganizar o modelo assistencial local, com a adoção de um protocolo e capacitação da equipe para realização do Acolhimento e Classificação de Risco, com o intuito de otimizar o atendimento. Será uma forma mais prática e equânime de atendimento de livre demanda, possibilitando a priorização dos casos urgentes e agendamento das consultas aqueles usuários que não necessitam de um atendimento imediato.

## **Palavra-chave**

Unidade Básica de Saúde. Saúde Preventiva. Capacitação. Acolhimento.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Iniciei no Programa Mais Médicos no fim de novembro de 2018, na Cidade de São Carlos, com cerca de 250 mil habitantes, situada há 230 km da capital paulista, conhecida por seu polo industrial e alto Índice de Desenvolvimento Humano.

A Unidade de Saúde da Família de Água Vermelha de São Carlos, onde trabalho, abrange a uma população adscrita de 2.918 habitantes cadastrados e é composta por apenas uma equipe de atenção à saúde, embora exista um projeto para criação de uma segunda equipe e o espaço físico esteja passando por reforma e ampliação. Contamos com dois médicos sendo um concursado, cumprindo 40 horas semanais e o outro do programa Mais Médicos, com carga horária de 40 horas semanais, uma enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de dentista e 6 agentes comunitários de saúde. Também contamos com um farmacêutico no período da tarde.

A população é predominantemente rural, de baixa renda, com variedade em relação à faixa etária. A Unidade possui algumas particularidades em relação às demais unidades do município, especialmente por se tratar de uma área rural, a cerca de 10 km de distância da cidade e, conseqüentemente, longe dos serviços de Urgência e Emergência, como UPAs e Hospitais. Além disso, próximo a Unidade, também existem muitas empresas de grande porte, como a Latam e a Electrolux. Sendo assim, apesar de ser uma unidade de atendimento primário, acabamos por ser a única alternativa, ou a porta de entrada, de urgências na região, atendendo grande volume de pessoas consideradas "fora de área", ou seja, que não são cadastradas na Unidade.

Por isso, a livre demanda da Unidade é sempre muito intensa e, muitas vezes, extrapolando o limite de vagas diárias, podendo inclusive interferir nos atendimentos de pacientes agendados. A quantidade de pacientes que ficam sem atendimento varia muito em relação ao dia da semana e período do ano, mas de forma geral uma média de 5 pacientes por dia são orientados a retornar outro dia na unidade, ou buscar uma Unidade de Pronto Atendimento, por falta de vagas para consultas médicas.

Existem, porém, situações de usuários que são atendidos como livre demanda, mas que poderiam ser consulta agendada, ou mesmo serem resolvida por outro profissional de saúde, como a enfermeira ou até mesmo as auxiliares, sem a necessidade de ocupar uma vaga médica. A agenda atualmente é composta por 12 vagas de livre demanda, 6 horários de consulta nova e 4 retornos. Porém, é frequente que se tenha atendimentos extras de livre demanda.

Diante deste panorama, analisando o território e a demanda, identifica-se a necessidade de reorganizar o modelo assistencial local com a implantação de uma segunda equipe para atendimento à população do Distrito de Água Vermelha que é de aproximadamente 3.500 habitantes e que é um território em expansão. Estas tratativas já estão em discussão com a gestão municipal de saúde e com lideranças locais e, dependem da alocação de recursos humanos e adequação da estrutura física da Unidade de Saúde.

No entanto, para este projeto e a médio e curto prazo, resolvi propor para minha equipe, já iniciar esta reorganização como uma primeira etapa, ou seja, o aprimoramento do acolhimento da demanda espontânea e organização de capacitação para realizar

Classificação de Risco na Unidade. A equipe não só concordou, como gostou muito da idéia, visto que, esta é uma situação que ocorre há vários anos e que acaba por interferir na qualidade do atendimento na Unidade. Em relação aos usuários, também tiveram uma boa receptividade, com excessão daqueles que buscam a unidade para um atendimento imediato, porém que não exige realmente uma urgência, como renovação de receitas ou exames de rotina.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

A literatura sobre Classificação de Risco é rica quando se trata de Unidades de Pronto Atendimento, porém, como a proposta de uma Unidade de Saúde da Família é promover saúde e prevenir doenças, atendimentos de urgência acabam por serem considerados exceção nessas Unidades, não havendo, portanto, um protocolo específico a ser seguido diante de grande volume de livre demanda.

O Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do Ministério da Saúde foi criado para melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, de forma humanizada, por meio de uma escuta qualificada. Sendo assim, a Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004). Pensando nesse conceito, é possível adaptar esse protocolo à realidade de uma Unidade Básica de Saúde, afim de otimizar o atendimento de livre demanda, melhorando assim a qualidade do serviço oferecido.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

É importante ressaltar que a Classificação de Risco e Avaliação de Vulnerabilidades na Unidade Básica deve seguir os princípios básicos do SUS, principalmente o da equidade, tratando de forma diferente os desiguais, ou seja, tratar cada um de acordo com suas necessidades. O Acolhimento deve envolver toda a equipe, desde a porta de entrada do atendimento. A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão 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 após a primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária. Por outro lado, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades podem ser muito úteis nesse sentido (BRASIL, 2012).

Implementar o Acolhimento com Classificação de Risco como diretriz operacional requer mudança no fazer em saúde, pois permite refletir e transformar os modos de operar o cuidado, questionando as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2004).

Também, a construção de um protocolo auxilia na implementação de respostas e soluções para os diferentes casos que se apresentam a uma equipe de saúde, já que os profissionais possuem pensamentos e atitudes diversas frente a um problema (MIGUEL, 2013).

Durante minha busca de informações e bibliografias que me auxiassem na capacitação de minha equipe para realizar uma Classificação de Risco que se adequasse à uma Unidade de Saúde da Família, me deparei com um Relato de Experiência de Scholze (2013) no qual foi

criado um fluxograma mais simplificado e de mais fácil adesão para se aplicar em uma USF.

Figura1: Fluxograma do Acolhimento com Classificação de Risco na USF



Tomando como fundamentação a Classificação de Manchester que utiliza cores para separar os pacientes em grupos, baseado na urgência de cada caso, adaptado à realidade de uma USF, foi feita a seguinte distinção:

- Verde - sem critérios de risco: orientação pela auxiliar/técnica de enfermagem e, quando necessário, o usuário terá atendimento eletivo com médico ou enfermeira conforme agenda.
- Amarelo - critérios de risco presentes sem risco imediato: o usuário tem avaliação com a

enfermeira no mesmo turno e/ou avaliação médica com demora permitida até o próximo turno.

- Vermelho – critérios de risco imediato: o usuário tem avaliação médica imediata, sendo conduzido à sala de medicação (SCHOLZE, 2014).

Então, foi criada uma tabela, subdividindo cada grupo e os sintomas mais comuns, para facilitar a classificação feita pelas auxiliares de enfermagem (SCHOLZE, 2014).

Quadro 1. Critérios para Acolhimento com Classificação de Risco na ESF.

Verde	Amarelo	Vermelho (Sinais Vitais)
Renovação de receitas	Trauma/Violência	Idade: até 28 dias
Atestados/declarações	Amenorria: avaliação da enfermagem (Beta - HCG)	Frequência respiratória: adulto > 24 criança > 40
Tosse (Produtiva > 3 semanas: ex. escarro)	Risco para DST/HIV: avaliação da enfermagem	Frequência cardíaca: >100 ou <45 bpm
Lesões de pele > 48 h	Gestantes: avaliação da enfermagem	P.A.S ≥ 180 ou < 90 P.A.D ≥ 100 ou < 50
	Intensidade da dor < 7	Intensidade da dor ≥ 7
	Vômitos/Diarreia > 48 h	Vômitos/Diarreia < 48 h
	Sangramento único/cessado	Sangramento recorrente/em curso
		Temperatura axilar ≥ 37,8 °C ou < 35,5 °C
		Desidratação
		Lesões de pele < 48 h
		Lesões oculares
		Alteração de consciência e/ou risco de suicídio

O sinal vital “dor”, por ser um sintoma subjetivo, pode ser classificado através de uma escala analógica que estabelece ausência de dor como zero e a pior dor já sentida como 10, permitindo o registro de níveis intermediários entre estes (SCHOELLER, 2002).



## **AÇÕES**

As ações previstas neste projeto contemplam uma reorganização do acolhimento à demanda espontânea e a capacitação da equipe assistencial as quais estão apresentadas a seguir:

1ª Etapa - Escolha do fluxograma: a partir da revisão da literatura e do estudo da realidade da ESF, a equipe da USF elege o fluxograma proposto por SCHOELLER para implantação, pois considera adequado às necessidades atuais da equipe.

2ª Etapa - Organização da capacitação: organizada com uma apresentação em Power Point e discussão em reuniões de equipe, ilustrando sua importância e como esta iria colaborar na ampliação do acesso e acolhimento da população e da melhor produtividade toda equipe.

3ª Etapa - Capacitação: durante as reuniões de equipe, no mês de janeiro de 2020, que são realizadas todas as quintas-feiras, utilizando o protocolo descrito por SCHOELLER. Foi entregue o fluxograma de atendimento e a discussão em equipe da tabela de categorias de atendimento (verde, amarelo e vermelho) e espaço para tirar dúvidas. Ainda foi objeto da capacitação a discussão das atribuições e responsabilidades de cada profissional no processo do acolhimento com classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade.

Apesar de toda a equipe ter sido capacitada, o enfoque principal é a qualificação da equipe de enfermagem, que faz a escuta inicial dos usuários que chegam em livre demanda para atendimento no dia. A equipe conta com uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem que fazem rodízio de atendimentos (vacina, acolhimento e procedimentos).

4ª Etapa- Projeto piloto e implantação na ESF: uma fase de testes e adaptação do novo formato de atendimento será feita a partir de fevereiro 2020 e, então, será possível ajustar esse protocolo de acordo com as peculiaridades da Unidade de Saúde de Água Vermelha, até que toda a equipe se adapte ao novo modelo de atendimento.

A recepção dos usuários na ESF será realizada pelo ACS que estiverem na função do dia. Os usuários com atividades já agendadas ou de rotina das unidades serão direcionados para o atendimento previsto e os casos de demanda espontânea serão encaminhados para a escuta inicial com a auxiliar de enfermagem.

Durante esse período de adaptação, também serão realizados esclarecimentos à população por orientação individual, em sala de espera e durante visitas domiciliares realizadas pelos ACS sobre a implantação desse novo modelo de atendimento, frisando sempre em como eles se beneficiarão com isso.

5ª Etapa - Avaliação e Monitoramento: essa última etapa, na verdade, não será realizada somente no final, mas sim ao longo de todo o processo. Durante as reuniões da equipe, será discutido o que se pode modificar nessa nova forma de atendimento, o que incluir ou excluir do fluxograma, de forma a melhor atender a população de Água Vermelha.

É evidente que existirão situações que não estão presentes nesse quadro. Sendo assim, em caso de dúvidas quanto à classificação, a auxiliar de enfermagem deverá se dirigir à Enfermeira Chefe para discutir o caso e, se necessário, com o médico da equipe.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Com essa implantação do acolhimento e capacitação espera-se uma otimização no atendimento à demanda não agendada no território de Água Vermelha. Para que seja possível também um atendimento de qualidade nas consultas agendada. É importante uma melhor organização das agendas e da organização da priorização dos pacientes que chegam em busca de um atendimento de demanda urgência.

Assim, a adoção e pactuação de um protocolo e capacitação da equipe para realizar uma classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade adequados à realidade do local, será uma forma mais prática e equânime de atendimento de livre demanda, possibilitando a priorização dos casos urgentes e agendamento das consultas aqueles usuários que não necessitam de um atendimento imediato.

Considerando a receptividade da equipe e da maioria da população em relação a essa idéia, acredito que o Protocolo a ser adotado facilitará muito o dia a dia tanto da equipe quanto da população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde: **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004. 48 p. Disponível em

<

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento\\_com\\_avaliacao\\_e\\_classificacao\\_de\\_risco.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf)>. Acesso em 10 Dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

**Acolhimento na Demanda Espontânea: Queixas Mais Comuns na Atenção Básica**.

Volume II. Disponível em

<[http://production.latec.ufms.br/new\\_pmm/res/complementares/u1\\_r1.pdf](http://production.latec.ufms.br/new_pmm/res/complementares/u1_r1.pdf)>. Acesso em 11 Jan. 2020.

MIGUEL Patrícia Araújo Butaro. Acolhimento com classificação de risco para a atenção básica em saúde (monografia). Criciúma, SC: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2013. 57 f. 6.

Disponível em

<

<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/2135/1/Patr%20Ara%20Bajo%20Burato%20Miguel.pdf>>. Acesso em 04 Mar. 2020.

SCHOLZE, Alessandro da Silva. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2014;9(31):219-226. Disponível em

<<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/637/632>>. Acesso em 11 Jan. 2020.

SCHOELLER, M.T. **Guia prático para o tratamento da dor oncológica**. 2ª Ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, 2002.