



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Rafael de Sousa Batista

Implementação de um sistema de triagem por
classificação de risco no acolhimento de uma Unidade
de Saúde de um município da região metropolitana de
Porto Alegre

Florianópolis, Março de 2023

Rafael de Sousa Batista

Implementação de um sistema de triagem por classificação de risco
no acolhimento de uma Unidade de Saúde de um município da
região metropolitana de Porto Alegre

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Juliana Martins Ferreira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Rafael de Sousa Batista

Implementação de um sistema de triagem por classificação de risco
no acolhimento de uma Unidade de Saúde de um município da
região metropolitana de Porto Alegre

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Juliana Martins Ferreira
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: O presente trabalho surgiu após o levantamento e problematização das debilidades da dinâmica de funcionamento do posto, observou-se, entre outras questões, a inexistência e demora do acolhimento da demanda espontânea dos pacientes da Unidade Básica de Saúde Santa Clara, no município de Alvorada, Rio Grande do Sul. **Objetivo:** Construir um projeto de intervenção no âmbito da atenção primária em saúde na Unidade Básica de Saúde Santa Clara (UBS Santa Clara), no município de Alvorada, zona metropolitana de Porto Alegre. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção baseado nos preceitos metodológicos da pesquisa-ação. Ao qual pretende-se implantar uma classificação de risco, visando agilizar e otimizar os atendimentos fornecidos à população como forma de organizar melhor o serviço da unidade e descarregar a sobrecarga laboral dos profissionais de saúde, de modo a superar, ou ao menos minimizar, as tensões da dicotomia entre o atendimento urgente que deve ser focado na resolutibilidade da queixa biológica de risco e o acolhimento humanizado e focado na pessoa como um todo. Contudo a peculiaridade do momento pandêmico de coronavírus, entretanto, tornou imperativo adaptações para priorizar quadros gripais suspeitos. **Resultados Esperados:** Melhorar os atendimentos das demandas da população, atendendo os casos prioritários e de maior risco primeiro; e desobrecarregar o acolhimento com queixas eletivas em um momento de grave pandemia viral, de modo a contribuir com a prevenção e combate ao COVID-19. **Considerações Finais:** Acredita-se que com este projeto que teremos resultados positivos a médio prazo no acolhimento na unidade e no atendimento da população.

Palavras-chave: Acolhimento, Assistência Centrada no Paciente, Assistência Integral à Saúde, Equidade no Acesso, Triagem

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivos Gerais	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	15
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O presente trabalho visa a montar um projeto de intervenção no âmbito da atenção primária em saúde na Unidade Básica de Saúde Santa Clara (UBS Santa Clara) . A UBS Santa Clara encontra-se no bairro Passo do Feijó, no município de Alvorada, zona metropolitana de Porto Alegre.

Apesar do nome ainda se manter com Unidade Básica, o posto trabalha com Estratégia de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde (ACS). Conta com duas equipes, cada uma composta de médico generalista, enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 2 ACS. Atendendo população de aproximadamente dezesseis mil habitantes, a UBS presta serviço a uma variedade de pacientes de diversas situações socioeconômicas.

Oposto encontra-se em um território com uma pluralidade socioeconômica e cultural significativa, com áreas de moradores de classe média e classe média-baixa nos terrenos mais altos e com melhor infraestrutura sanitária e favelas em terrenos abandonados ao longo da beira do arroio Feijó e proximidades. Essas habitações estão em risco de serem inundadas pelas cheias do arroio, além do perigo da disseminação de doenças infectocontagiosas, como dengue, leptospirose, parasitoses e outras.

Alvorada é uma das cidades de maior criminalidade da região metropolitana de Porto Alegre e o bairro do Passo do Feijó tem alto índice de violência e criminalidade, grande parte relacionada ao tráfico de drogas. Essa situação acaba gerando demanda de atendimento para manejo de drogadição, transtornos psiquiátricos e lesões e reabilitações por agressões.

Como atenção primária a UBS também atende acolhimento e demanda clínica para cuidado ou encaminhamento conforme necessidade, atendendo queixas de demandas espontâneas, acompanhamento pré-natal e puericultura, vacinação, saúde mental, saúde da mulher, visitas domiciliares e outros.

Por fim, dentre inúmeras outras demandas, destaco a alta demanda psiquiátrica. Além de, vários adultos e jovens em tratamento para esquizofrenia ou para autismo há uma grande demanda que, desde crianças a idosos, apresentam sinais e sintomas de diversos transtornos mentais, se destacando ansiedade, seguimento de depressão, fobia social, bipolaridade, síndrome do pânico e outros.

Como a UBS Santa Clara com apenas 2 equipes, cada atende cerca de 8000 habitantes, muito além do limite máximo de 3500 pacientes por equipe preconizado pelas normas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Para tentar suprir essa demanda excessiva nosso serviço organiza-se conforme a procura com as seguintes modalidades de atendimento: acolhimento médico e multiprofissional, vacinas e curativos, saúde da mulher, matriciamento psiquiátrico e suporte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, consultas agendadas, visitas domiciliares, grupo de saúde mental e de doenças crônicas, grupo de artesanato, pré-natal e puericultura. Conforme a PNAB¹, a porta de entrada para o aten-

dimento se dá por livre demanda via acolhimento, para então seguir o fluxo de atendimento da UBS.

Em função da pandemia por SARS-COV (“pneumonia de Wuhan” ou “gripe chinesa”) a fim de evitar aglomerações desnecessárias a SMS de Alvorada restringiu o atendimento a 50% da demanda com priorização de casos sugestivos de síndrome gripal e infecção respiratória, o que se por um lado evita exposição desnecessária dos pacientes ao risco de contágio por COVID-19 por outro piora ainda mais os atendimentos que acabam acumulando-se. Por fim, a alta rotatividade de médicos também prejudica os atendimentos (no último ano e meio a área 23 teve seis médicos diferentes), impossibilitando a criação de vínculo e continuidade do tratamento. Além disso, sendo o único médico fixo pelo vínculo dos Mais Médicos não raro tenho de assumir todos os pacientes da área de abrangência do posto nos períodos entre a saída e chegada de médicos.

Devido a essas vulnerabilidade, em especial a alta demanda, a limitação de infraestrutura e alta rotatividade de profissionais a triagem apresenta limitações operacionais, e principalmente a ausência de uma classificação de risco sistemática, o fluxo do posto é sobrecarregado com demandas não urgentes que despendem tempo que poderia ser usado em atividades de prevenção em saúde, como preconiza as diretrizes de atenção primária em saúde¹. Em última instância, não apenas o funcionamento da UBS fica aquém do esperado como a própria comunidade fica prejudicada em seu atendimento, além de gerar um estresse desnecessário para os profissionais de saúde.

Tendo notado durante meu trabalho como médico da ESF pelo programa Mais Médicos que existe uma necessidade de aperfeiçoar o serviço de triagem para prestar um serviço de cuidado em saúde mais rápido e efetivo para a população e melhor organizar a rotina das equipes de saúde, esse trabalho propõe a implementação de um sistema de triagem baseado na categorização e priorização da demanda trazida pelos pacientes por livre demanda devido a gravidade.

Não só a população terá uma melhora de seu atendimento como os próprios profissionais irão ter melhora da qualidade de vida ao reduzir o estresse laboral desnecessária. O próprio momento epidemiológico de surto de SARS-COV também exige uma adaptação mais criteriosa do acolhimento dos pacientes não apenas para evitar que paciente com queixas eletivas não se exponham desnecessariamente ao COVID como para não perder casos suspeitos.

2 Objetivos

2.1 Objetivos Gerais

Planejar um sistema de classificação por risco adaptada para a realidade da UBS Santa Clara, especificamente modo a tornar o atendimento das demandas espontâneas mais rápido e preciso e selecionar melhor os casos para agendamento e seguimento conforme as necessidades peculiares de cada paciente.

Implementar um sistema de classificação por risco adaptada para a realidade da UBS Santa Clara, a fim de tornar o atendimento das demandas espontâneas mais rápido e preciso.

2.2 Objetivos Específicos

Aferir e comparar indicadores quantitativos antes e após a intervenção, como montante da demanda espontânea, número de acolhimentos realizados, tempo de espera para triagem, tempo da triagem propriamente dito, tempo entre triagem e atendimento final e tempo do atendimento final.o.

Medir qualitativamente o impacto por meio da distribuição de um questionário de satisfação relativo ao acolhimento antes e depois do novo modelo de triagem.

3 Revisão da Literatura

3. Revisão da Literatura

3.1 Delineamento do trabalho

Visando sanar as debilidades supracitadas no sistema de acolhimento do nosso serviço de atenção primária, este trabalho buscará implementar um sistema de classificação de risco para o acolhimento da demanda. Por se pretender a implementação em nossa prática diária desse sistema, o método que proposto para tal se divide em embasamento teórico, com revisão da literatura disponível e planejamento, execução prática e análise do impacto e resultados almejados, ao se implementar do sistema propriamente dito e analisar dados coletados *a posteriori*.

3.2 Seleção da Literatura

Para selecionar os artigos científicos para a fundamentação do trabalho, foi utilizado o mecanismo de busca de artigos da plataforma Scielo, usando combinações das palavras-chaves “acolhimento”, “classificação”, “atenção”, “primária”, “triagem”, “saúde pública” e “risco”. Foram obtidos 1947 resultados para “triagem”, reduzidas para 539 acrescido o termo “atenção” e para 226 acrescido “primária”; 167 quando filtrado por tema de saúde pública e para 37 ao se acrescentar “risco”; 1309 para o termo “acolhimento”, reduzido para 280 com o filtro “saúde publica”; 933 resultados para “classificação de risco”, reduzidos para 231 resultados ao se filtra por revistas de saúde coletiva; 52 resultados para “triagem and classificação and risco”. Também buscou-se material para consulta nos sites de organizações não governamentais e de entidades governamentais como o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, a Organização Mundial da Saúde (OMS), os serviços de Telessaúde do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, o Grupo Hospitalar Conceição, o Ministério da Saúde, a Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e de Alvorada.

Analisando os dados das buscas pelas palavras-chaves, constatou-se que a grande maioria dos resultados com o termo “risco” levavam a artigos sobre atendimento em urgência e emergência, sendo excluídos da lista de documentos a serem revisados, exceto aqueles que tratavam de situação de urgência em atenção primária. Os resultados da palavra “acolhimento” foram removidos quando eram específicos demais para serem incluídos neste trabalho (“acolhimento da mulher gestante”, “acolhimento da criança”, “do hipertenso”, etc). Artigos com temas como “qualidade”, “satisfação”, “usuários” embora não tenham tanto peso para elaboração da intervenção em si serão usados na fase de avaliação dos resultados práticos do trabalho, sendo por isso mantidos.

Resumindo, de um total de 1947 resultados, na primeira filtragem obtive-se 4408 artigos para 774 (considerando artigos repetidos em buscas diferentes). Uma segunda filtragem, tirando termos de relativos a emergência e situações específicas e acrescido

documentos das fontes complementares, obtivemos 56 textos, dos quais selecionamos 21 artigos para embasar nossa proposta, sendo analisados adiante, além de 16 normas técnicas, decretos, protocolos e documentos de outras tipos disponíveis pelas organizações não governamentais e pelos órgãos públicos de saúde anteriormente citados (COSTA *et al.*, 2015) (SANTOS; SANTOS, 2011) (MITRI; ANDRADE; COTTA, 2012).

3.3 Revisão Bibliográfica

Conforme a PNAB (SAÚDE, 2017)¹ determina, a Atenção Primária de Saúde (APS) ou Atenção Básica de Saúde (ABS) é a “principal porta de entrada” da rede pública de atenção a saúde, ou seja, é por onde prioritariamente as pessoas acessam os serviços oferecidos pelo SUS. Conforme a necessidade ou capacidade de cada região, em geral a APS é prestada por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que é responsável por um território, tendo contato direto com a comunidade. Isso possibilita a criação de vínculos e continuidade não só nos tratamentos como também nos serviços de prevenção, promoção e educação em saúde. Por ser a “porta de entrada” do sistema de saúde, as UBS além desses pontos devem atender as demandas espontâneas da população de seu território. Tais demandas são absorvidas pelo sistema de acolhimento, que recebe dará prosseguimento para a resolução da queixa trazida, de modo a “atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo o usuário e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários” (SAÚDE, 2020)². É uma forma de tentar cumprir os princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade, enquanto promove um atendimento humanizado, focado na pessoa em seu contexto socio-cultural, tendo as UBS alguma autonomia em gerir seu acolhimento conforme as necessidades de seu território e de sua população. Entretanto, existem condições intrínsecas e extrínsecas de cada UBS e território que tornam esse acolhimento mais difícil ou menos efetivo (ROCHA *et al.*, 2008) (MITRI; ANDRADE; COTTA, 2012)

No contexto em que se insere a UBS Santa Clara, objeto de estudo e intervenção deste trabalho, suas principais limitações já foram apresentadas na introdução deste trabalho, sendo as principais: alta demanda, a limitação de infraestrutura, alta rotatividade de profissionais e principalmente a falta de critérios de classificação na triagem dos pacientes a serem acolhidos. Pretendemos, assim, implantar uma classificação de risco, visando não só agilizar e otimizar os atendimentos fornecidos à população como organizar melhor o serviço da unidade e descarregar a sobrecarga laboral dos profissionais de saúde.

4 Metodologia

3.3 Revisão Bibliográfica-Adendo

O acolhimento não só uma tenta cumprir os princípios do SUS de integralidade, equidade, e universalidade como promove um atendimento humanizado, focado na pessoa em seu contexto socio-cultural, tendo as UBS alguma autonomia em gerir seu acolhimento conforme as necessidades de seu território e de sua população.

Entretanto, existem dificuldades intrínsecas e extrínsecas de cada UBS e território que tornam esse acolhimento mais difícil ou menos efetivo, sendo que nos casos de urgência e emergência tais dificuldades ficam ainda mais explícitos. Embora, segundo a Política Nacional de Atenção à Urgências, seja parte das atribuições da ABS o acolhimento de urgências, emergências, quadros agudos ou crônicos agudizados, muitos profissionais das UBS desconhecem e/ou não estão aptos para realizar esse tipo de atendimento. Por exemplo, em um estudo com 27 UBS do município de Campina Grande constatou não apenas a falta do dever de prestar o acolhimento como a falta de capacitação para atender esses casos em muitas dessas unidades. Tal postura reduz a dimensão do acolhimento a mero encaminhamento para os outros níveis de atenção à saúde, desvirtuando o atendimento integralizado e humanizado. Além dos problemas citados, encontra-se outros fatores na literatura que dificultam não apenas em urgência e emergência, como falta de insumos, problemas infraestruturais, desarticulação entre os níveis de atenção à saúde, dentre outros.

Outra questão a se resaltar é que mesmo com os esforços da humanização do atenção à saúde com foco no paciente como um todo ainda há uma grande influência do modelo positivista no cuidado à saúde, o que se reflete também no acolhimento. Por exemplo, uma pesquisa qualitativa em seis municípios paulistas¹ evidenciou que na prática o acolhimento ainda possui um viés de triagem tecnicista, com fragmentações e rotulações das queixas do paciente, o que perverte a idéia de um acolhimento de contato e diálogo, valorizando o paciente globalmente e como indivíduo.

Um artigo de revisão da literatura de sobre o acolhimento reitera tais dificuldades e ainda aponta outras, entre elas, os protocolos de critérios de risco. Se por um lado destaca seus pontos positivos como priorização, aumento de eficiência, cuidado focado no paciente, sensibilização e flexibilização doo atendimento, por outro também alerta sobre o risco de se tomar um protocolo rígido demais, limitando o atendimento integrado e holístico, a autonomia do paciente e até fazendo com que aja alguns pacientes que usem de artifícios com medo de não ser atendido como aumentar as queixas ou “truques” como “usar sal” ou “não tomar os remédios” para “subir a pressão”, prática já observada em nossa Unidade. Essas dificuldades de acesso ao serviço na atenção primária acaba levando os pacientes a procurarem diretamente serviços de emergência, sendo um fator de

sobrecarga desse serviço^{1, 11}. Outros fatores que também acarretam idas desnecessárias à emergência como a falta de assistência regular ou de encaminhamento referenciado por profissional de saúde¹ também poderiam ser minimizados com a melhoria do atendimento e acolhimento na atenção básica.

Em outro estudo, que comparou o acesso e acolhimento em UBS de atendimento tradicionais e de Estratégia de Saúde da Família¹³ mostra que queixas referentes a demora e excesso de demanda são recorrentes e também que há dificuldades de adaptação quando se informatiza o acolhimento, queixas que se repetem em nossa Unidade que fora informatizada.

A literatura de classificação de risco é muito mais rica em emergência e urgência que na atenção primária. Um dos principais protocolos de triagem em emergência é o Sistema de Triagem de Manchester, mas sua aplicação em APS é controversa. Enquanto destacam-se como pontos positivos do uso do Manchester a racionalização, resolubilidade e equidade no acesso^{12, 13}, substituindo o modelo de atendimento por ordem de chegada, priorizar atendimento imediato os quadros graves e garantir o atendimento dos casos não urgentes¹², mesmo que mediante agendamento há aspectos negativos como não fornecer um atendimento integral ao paciente, por ser focado nas queixas orgânicas e urgentes, sem levar em conta aspectos socio-culturais do processo saúde-doença, o aumento do tempo de espera e sobrecarga de trabalho para os profissionais responsáveis pela triagem¹². Na atenção primária, existe um grande desafio em se encontrar um equilíbrio entre a filosofia do atendimento global, pessoal, humanizado, focado na pessoa do usuário e valorizando sua autonomia e a do atendimento de urgência e emergência, que por sua natureza grave e imediatista, é focal, tecnicista, racionalista, focado no agravo a saúde e na intervenção do profissional de saúde.

A condição excepcional que estamos passando com a pandemia de COVID-19, entretanto, é outro fator a ser considerado na hora de triar os pacientes, devido ao estado de calamidade que essa patologia vem causando mundialmente. Na nossa conjuntura, até o momento houveram 86496 óbitos e 2.396.434 casos confirmados no Brasil todo, sendo 1554 óbitos e 59118 casos confirmados no Rio Grande do Sul e 1081 óbitos e 35 casos confirmados em Alvorada. Esses números ainda podem estar subestimados pela falta de testagem em massa. Além da morbimortalidade intrínseca, da altíssima virulência e taxa de contaminação somado a falta de imunidade para esse novo tipo de coronavírus faz com que o sistema de saúde fique sobrecarregado, acarretando superlotação dos leitos de UTI de aumento da mortalidade por outras causas. Enquanto se aguarda o desenvolvimento de vacinas e tratamento efetivo para SARS-COV, medidas sanitárias para deter a disseminação da doença deveriam ser tomadas. Porém, o descaso crônico com a saúde pública mais disputas políticas e ideológicas nos campos das diferentes esferas e níveis de poderes públicos impossibilitaram medidas de contenção efetivas da doença, que já seria difícil se atuassem conjunta, harmônica e sinergicamente. Infelizmente, quem se prejudica com esse

estado calamitoso é a população, principalmente os mais pobres, com menos acesso aos serviços de saúde, como grande parte da população do território da nossa UBS

4 Metodologia

No contexto em que se insere a UBS Santa Clara, objeto de estudo e intervenção deste trabalho, suas principais limitações já foram apresentadas na introdução deste trabalho, sendo as principais: alta demanda, a limitação de infraestrutura, alta rotatividade de profissionais e principalmente a falta de critérios de classificação na triagem dos pacientes a serem acolhidos. Pretendemos, assim, implantar uma classificação de risco, visando não só agilizar e otimizar os atendimentos fornecidos à população como organizar melhor o serviço da unidade e descarregar a sobrecarga laboral dos profissionais de saúde, de modo a superar, ou ao menos minimizar, as tensões da dicotomia entre o atendimento urgente que deve ser focado na resolutibilidade da queixa biológica de risco e o acolhimento humanizado e focado na pessoa como um todo.

Levando-se em consideração também a pandemia de COVID-19, é imperativo inibir que a população corra riscos desnecessários ao se expor ao ambiente potencialmente contaminado da UBS por queixas eletivas e de baixa gravidade. Além disso, muito dos nossos pacientes são de grupos de risco como idosos, pneumopatas e outros com doenças crônicas e gestantes. Pensando nisso, esse novo modelo de triagem proposto também avaliará a questão do coronavírus.

Conforme preconizado no protocolo de manejo clínico de COVID 19 em APS¹, iremos separar na primeira triagem quadros de síndrome gripal dos demais pacientes. Definindo síndrome gripal como qualquer sintoma de febre (temperatura axilar maior que 37,8°C), tosse, odinofagia ou dispnéia, priorizando os pacientes de grupo de risco para síndromes gripais (maiores de 60 anos, portadores de doenças crônicas, grávidas e puérperas). Não dispomos de espaço físico para isolar os casos suspeitos, por isso forneceremos máscaras cirúrgicas para aqueles que vierem sem máscara. Esses casos serão atendidos primeiro para evitar contaminação e seguiram o fluxo após avaliados por enfermeiro e médico, sendo os casos graves encaminhados para o Centro de Saúde municipal para testagem e seguimento.

As demais demandas serão classificadas de acordo com o critério de gravidade das queixas do paciente e em suas peculiaridades. O sistema informatizado recém-instalado oferece três cores para classificar a gravidade do paciente, em ordem crescente: verde, amarela e vermelho. Os casos verdes serão postos pacientes com queixas eletivas ou crônicas sem sinais vitais alterados ou grandes comorbidades, os amarelos pacientes com alterações leves de sinais vitais ou com comorbidades descompensadas ou graves ou exposta a riscos ou desconforto desnecessário (gestantes, portadores de necessidades especiais, idosos com mais de 80 anos, menores de dois anos) e em vermelho pacientes com alterações significativas de sinais vitais ou com comorbidades descompensadas e graves.

Disponibilizaremos um questionário para medir a satisfação dos usuários comparando o

acolhimento antigo por ordem de chegada e fichas de papel e o novo acolhimento proposto, baseado nos critérios acima detalhados e informatizado. O fluxograma dos atendimentos e o questionário de satisfação estão respectivamente nos anexos 1 e 2. Quando ao volume da demanda e número de atendimentos realizados, estes serão revisados nos próprios arquivos da UBS.

Anexos:

Anexo 1 - Fluxograma de Atendimento da UBS Santa Clara

RECEPÇÃO → paciente pertence à UBS? → NÃO → Encaminhamento para serviço de referência*

→ SIM → Queixa e aferição de sinais vitais →

→ Síndrome Gripal (febre > 37,8°C, tosse, odinofagia ou dispnéia)?

→ SIM → Uso de máscara? → SIM → Pertencente grupo de risco (> 60 anos, portadores de doenças crônicas, grávidas e puérperas)? → SIM → atendimento imediato (vermelho)
→ NÃO → atendimento

prioritário (amarelo)

→ NÃO → Fornecimento de máscara → Pertencente a grupo de risco? → SIM → atendimento imediato (vermelho) → NÃO → atendimento

prioritário (amarelo)

→ NÃO → alterações graves de sinais vitais ou com comorbidades descompensadas e graves (taquicardia ou bradicardia grave, arritmia, bradi ou taquipnéia intensa, sangramento, hipo ou hiperglicemia grave, pico hipertensivo, surto psicótico, entre outros)? → SIM → atendimento imediato (vermelho) *Inclusive pacientes não pertencentes à UBS

→ NÃO → alterações leves de sinais vitais ou com comorbidades descompensadas ou graves ou exposta a riscos ou desconforto desnecessário (gestantes, portadores de necessidades especiais, idosos com mais de 80 anos, menores de dois anos)?

→ SIM → Atendimento prioritário (amarelo)

→ NÃO → Atendimento normal (verde)

Anexo 2 - Questionário de satisfação do acolhimento da UBS Santa Clara.

Este questionário visa comparar a satisfação dos usuários da UBS Santa Clara quanto ao acolhimento, sendo totalmente voluntário e anônimo. Caso deseje contribuir, preencha o questionário conforme a sua percepção do acolhimento na nossa unidade.

1) Com relação ao tempo de espera, você considera que:

() diminuiu muito () diminuiu pouco () ficou igual () aumentou pouco () bastante
() não sei

2) Com relação ao tempo de triagem (medir os sinais e ser chamado pelo enfermeiro), você considera que:

() diminuiu muito () diminuiu pouco () ficou igual () aumentou pouco () bastante
() não sei

3) Com relação ao tempo entre a triagem e o atendimento final, você considera que:

-
- diminuiu muito diminuiu pouco ficou igual aumentou pouco bastante
 não sei
- 4) Com relação ao tempo global entre entrar e ser atendido, você considera que:
 diminuiu muito diminuiu pouco ficou igual aumentou pouco aumentou
 não sei
- 5) Quanto ao tempo entre ser atendido e resolver sua queixa, você considera que:
 diminuiu muito diminuiu pouco ficou igual aumentou pouco bastante
 não sei
- 6) Você considera importante atender primeiro os casos mais graves ou urgentes?
 não Um pouco indiferente considero importante muito importante (
 não sei
- 7) Você considera importante atender primeiro os casos suspeitos de COVID?
 não Um pouco indiferente considero importante muito importante (
 não sei
- 8) Você acha que evitar vir ao posto evita se expor ao COVID ou outras doenças contagiosas?
 não Um pouco indiferente bastante com certeza não sei
- 9) Você está mais satisfeito com o sistema de acolhimento atual em relação ao antigo?
 não Um pouco igual bastante totalmente melhor não sei
- 10) Caso queira, escreva sua percepção quanto ao novo modelo de acolhimento (o que melhorou, o que piorou, se gostou ou não, se tem alguma dúvida ou sugestão, etc). Não é preciso se identificar.
-

5 Resultados Esperados

5. Resultados esperados

Espera-se que com essa intervenção alcancemos nosso objetivo principal de melhorar os atendimentos das demandas da população, atendendo os casos prioritários e de maior risco primeiro. Também pretendemos desobrecarregar o acolhimento com queixas eletivas em um momento de grave pandemia viral, de modo a contribuir com a prevenção e combate ao COVID-19. Por fim, esse trabalho busca a otimização e agilização do atendimento, de modo a tornar para os usuários o atendimento mais rápido e resolutivo e diminuir a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde. Embora pese o tempo de adaptação tanto com o novo sistema informatizado quanto como a mudança da cultura do atendimento por chegada para por risco, acreditamos que teremos resultados positivos a médio prazo.

Referências

- COSTA, D. C. de Farias; Suely Deysny de Matos Celino; Juliane Berenguer de S. P. M. L. B. G. M. C. et al. Acolhimento e resolubilidade das urgências na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 1, p. 79–87, 2015. Citado na página 14.
- MITRI, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do sistema Único de saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2071–2085, 2012. Citado na página 14.
- ROCHA, E. C. F. de Souza; Rosana Lúcia Alves de Vilar; Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha; Alice da Costa Uchoa; Paulo de M. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 100–110, 2008. Citado na página 14.
- SANTOS, I. M. V. dos; SANTOS, A. M. dos. Acolhimento no programa saúde da família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros - rev. salud pública. 13 (4): 703-716, 2011. *Revista de Salud Pública*, v. 13, n. 4, p. 703–716, 2011. Citado na página 14.
- SAÚDE, M. da. *Política Nacional de Atenção Básica*. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 12 Set. 2020. Citado na página 14.
- SAÚDE, M. da. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde - BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 25 Jul. 2020. Citado na página 14.