



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

Márcia Valéria de Souza Oliveira

A implantação do acolhimento com classificação de
risco na unidade de atenção básica Calixto Dagostini do
município de Jaguaré-ES

Florianópolis, Março de 2023

Márcia Valéria de Souza Oliveira

A implantação do acolhimento com classificação de risco na
unidade de atenção básica Calixto Dagostini do município de
Jaguaré-ES

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: Thays Berger Conceição
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Márcia Valéria de Souza Oliveira

A implantação do acolhimento com classificação de risco na
unidade de atenção básica Calixto Dagostini do município de
Jaguaré-ES

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

Thays Berger Conceição
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Dentre as ações realizadas por uma equipe de atenção primária prevê-se diferentes tipos de demandas de serviços de saúde. O crescimento expressivo do que entendemos por demanda espontânea na unidade de saúde Calixto Dagostini em questão fez com que buscássemos alternativas para abranger essa necessidade com o mínimo de impacto sobre as ações que fazem parte da estratégia de saúde da família com grande importância no processo saúde doença da população. Com isso, teve início no segundo semestre de 2019 a implantação do acolhimento com classificação de risco na unidade em questão. **Objetivo:** Essa medida visa auxiliar a inserção desse modelo de trabalho ampliando a oferta voltada para a demanda não programada, atuando de forma mais acertada e oportuna, sem diminuir a importância e atenção aos programas de saúde da família. **Metodologia:** Inicialmente foram estudados e discutidos modos de se implantar o novo processo de trabalho com base na literatura disponível nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Em seguida foram levantadas as questões pertinentes da própria unidade, individualizando a proposta de implantação do processo de trabalho. Com isso, iniciamos as reuniões de treinamento da equipe e logo após, a incorporação do acolhimento com classificação de risco na prática diária. **Resultados esperados:** Esperávamos que o novo modelo de triagem pudesse facilitar o acesso em tempo oportuno, otimizar o atendimento e minimizar a prevalência de agravos a saúde. Com a interrupção do projeto de intervenção devido a pandemia COVID-19 o que se espera posteriormente é a correção de desajustes e desafios já enfrentados inicialmente através do esforço multidisciplinar e da busca gradativa pelo melhor modelo assistencial para essa população.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos:	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

Jaguaré é um município localizado na região norte do estado do Espírito Santo e emancipou-se como município independente de São Mateus em 1981. A região que até a década de 40 era habitada em sua maioria por nativos indígenas recebe a partir de 1946 caravana da região sul do estado e estabelece sua colonização final de 1949. Desde então apresenta grande importância no setor agrícola visto que sua economia é fortemente pautada nas grandes plantações de café, além disso, também tem destaque hoje em dia as plantações de frutas e pimenta (esse último principalmente por pequenos produtores).

A área em que a unidade atua: Irmã Tereza/Centro é urbana, central, sendo a população adscrita em sua maioria também urbana. Estão cadastradas no sistema único de saúde nessa área 3196 pessoas. Conta com 10 micro áreas. A população é mista visto o meio em que está inserida a comunidade urbana e rural. Na área urbana há casas muito boas, espaçosas, arejadas, com acesso a saneamento básico e maior qualidade de vida. Embora também hajam casas mais precárias em termos de estrutura, ainda assim o saneamento básico é garantido. Já na área rural a maior parte das casas faz uso de poço artesiano e fossas. Porém, ainda assim há casas muito boas, famílias com carro próprio e qualidade de vida razoável. A população em situação de extrema pobreza é reduzida nessa área. Há grande número de lares sustentados por idosos com aposentadoria ou beneficiários do INSS por outros motivos. A renda familiar acaba por se tornar bastante variável nos períodos das grandes colheitas onde a maioria dos adultos jovens obtém como fonte de renda extra o trabalho nessas plantações. A comunidade conta com lotes em situação de abandono, o que vem contribuindo para um número de casos alarmante de dengue, porém, existe uma política pública municipal de enfrentamento, que tem tentado diminuir a negligência dos proprietários desses lotes. O território adjacente possui alto índice de adolescentes envolvidos com drogas lícitas, ilícitas e criminalidade, mas isso não atinge significativamente a comunidade em que estou inserida. A população idosa tem alto índice de analfabetismo, já a população mais jovem é em sua maioria alfabetizada. A comunidade conta com 2 escolas públicas e uma escola privada.

Em relação à saúde, as doenças mais comuns seguem o padrão nacional: Hipertensão arterial sistêmica (HAS) atingindo 12% da comunidade e Diabetes Mellitus (DM), em sua maioria do tipo 2, chegando a quase 8%. Já entre as queixas mais comuns na comunidade geral destacam-se dor crônica (principalmente osteoarticulares), dor aguda (principalmente cefaleia e dor abdominal), sintomas relacionados à saúde mental (esses vêm se mostrando em crescimento acelerado) e descompensações de doenças de base (alto índice de má adesão ao tratamento). Em crianças, destaque para febre, doenças da pele e dor abdominal. Entre idosos, inapetência e fadiga é bastante comum.

Entre 27 de fevereiro e 20 de março (período pós-carnaval e pré quarentena COVID-19)

estimamos na unidade que cerca de metade dos casos atendidos na demanda espontânea foram relativos a essas queixas.

O problema a ser abordado é a interferência da classificação de risco na atenção primária na otimização do trabalho, diminuindo atendimento de enfermagem. Alguns fatores contibuem para este problema, na unidade há alguns meses estamos realizando os agendamentos médicos e de enfermagem com base na classificação de risco em atenção primária. Porém a população ainda não compreende a diferença entre acolhimento, classificação e consulta, fazendo com que a UBS tenha se tornado quase que um local de atendimento de livre demanda, aumentando o fluxo da unidade em mais de 100%, em busca de atendimentos imediatos. Com isso tem havido grande déficit na função do enfermeiro quanto suas consultas habituais, que estão se mantendo basicamente em puericultura, pré-natal e coleta de exame citopatológico, diminuindo drasticamente a atenção continuada a HAS e DM, que agora fica quase todo a cargo do médico; ausência de ações de promoção a saúde, por falta de tempo e de profissionais que possam realizar o serviço da classificação de risco. Podemos ver nitidamente a sobrecarga de trabalho sobre esses profissionais (na minha UBS funcionam duas equipes, portanto 2 enfermeiras). Também temos perdido o seguimento de alguns pacientes que por passarem pelo acolhimento e classificação e receberam algumas orientações iniciais, não retornam para as consultas propriamente ditas.

A necessidade de trabalhar esse tema na minha realidade tornou-se de extrema importância pois através de ações conjuntas e esforço multidisciplinar podemos diminuir o impacto das consequências negativas que a implementação do novo sistema esta causando e com isso viabilizar um fluxo de trabalho mais eficiente, satisfatório e em tempo oportuno tanto para os profissionais envolvidos em toda a equipe (não só classificação), quanto para os usuários que passaram a entender e gostar do sistema.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Organizar o processo de trabalho após implementação da classificação de risco.

2.2 Objetivos específicos:

- Propor que hajam vagas nas agendas de todos os profissionais em horários estratégicos para suprir a demanda imediata que venha da classificação de risco.
- Educar a comunidade sobre o funcionamento da unidade e da classificação de risco através dos agentes comunitários de saúde.
- Realizar reuniões de equipe periodicamente a fim de discutir falhas e levantar situações de procura que poderiam ser evitadas através de outras medidas direcionadas.

3 Revisão da Literatura

No contexto da atenção básica podemos entender demanda espontânea (ou demanda não programada) como a procura da unidade básica de saúde de modo inesperado pelo serviço, feita pelo usuário independente de motivo ou tempo do problema. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) aponta que os atendimentos da atenção básica estão distribuídos em uma relação próxima entre as demandas programadas e não programadas (CONASS, 2015).

Atualmente em alguns serviços de atenção básica, tem se tornado perceptível o aumento da demanda não programada em detrimento da oferta de vagas para esse fim, o que tem instigado cada vez mais a busca por práticas de otimização do trabalho, padronização de fluxos e gestão do cuidado. De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o SIAB, o crescimento da demanda espontânea vem sendo experimentado há alguns anos, visto o aumento expressivo do número de demanda imediata do último ano de registro, 2015, comparado ao ano anterior (Figura 1 e 2) (BRASIL; SIAB, 2020).

Figura 1: Número registrado de demanda imediata no município de Jaguaré no ano de 2014 de acordo com o SIAB.

Figura 2: Número registrado de demanda imediata no município de Jaguaré no ano de 2015 de acordo com o SIAB.

Sabendo quanto maior a procura e o acesso da população ao serviço de saúde melhora a vinculação do paciente à equipe, promove mais oportunidade de trabalho preventivo e educativo, e pode contribuir na capacidade de intervenção em comorbidades já vigentes.

Além disso, absorver esse tipo de demanda consolida o que propõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela Portaria nº2.436 de 21 de setembro de 2017, determinante da atenção básica como porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde. Por outro lado, se esse aumento significativo for manejado de forma desordenada, podemos experimentar um colapso em um sistema pouco preparado, culminando com

» SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA - PMA - COMPLEMENTAR - ESPÍRITO SANTO

Demanda Imediata por Ano segundo Município
Município: 320305 Jaguaré
Período: 2014

Município	2014	Total
TOTAL	2.910	2.910
320305 Jaguaré	2.910	2.910

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB
Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

Figura 1 – Número registrado de demanda imediata no município de Jaguaré no ano de 2014 de acordo com o SIAB

► SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA - PMA - COMPLEMENTAR - ESPÍRITO SANTO

Demanda Imediata por Ano segundo Município
Município: 320305 Jaguaré
Período: 2015

Município	2015	Total
TOTAL	12.778	12.778
320305 Jaguaré	12.778	12.778

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB
Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

Figura 2 –

grandes repercussões na qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2017).

Considerando o exposto por (PINHEIRO et al., 2013, p. 37)

a saúde como direito humano é uma conquista social reconhecida internacionalmente como um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. O direito à saúde é ter acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade [...].

Observamos a importância da utilização de protocolos que guiem o fluxo das demandas dentro do serviço de saúde de forma a suprir as necessidades do usuário sem que haja prejuízo no processo de trabalho, na oferta e na qualidade do serviço. O acolhimento entra não apenas como um dispositivo de organização do fluxo, mas também como um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/ profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção saúde-doença (BRASIL, 2013).

É necessário entender que a demanda não programada sempre fez parte da atenção básica, tendo sua importância pontuada na literatura. A questão é: como podemos lidar com o crescimento dessa demanda de forma organizada e prática, mantendo o padrão de resolubilidade da equipe de saúde e atenção qualificada? Uma das vertentes a ser considerada é a implementação do acolhimento com classificação de risco que nessa percepção se apresenta como peça importante na organização do trabalho da equipe inserida na atenção básica.

A Portaria N° 2.436 citada anteriormente também traz como atribuição da atenção básica participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2017).

Em 2003 o governo federal criou a Política Nacional de Humanização (PNH), o Humanizaus, como proposta para “enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no

que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde” (BRASIL, 2004). A PNH lançou em 2004 a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, o primeiro protocolo de classificação de risco aprovado pelo Ministério da Saúde, definindo-a como um ”processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento”(BRASIL, 2004). Também estabelece que:

o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 17).

Dados coletados mensalmente pelo município de Jaguaré mostraram crescimento expressivo do atendimento à demanda espontânea ao longo dos meses estimulado provavelmente pelo deficit de médicos na região e da classificação de risco de Manchester adotada pelo serviço de pronto atendimento local. Tal fato levou a gestão a implementar o acolhimento com classificação de risco em algumas UBS do município, dentre elas, a UBS Calixto Dagostini.

Vale ressaltar que a inserção de um novo modelo de trabalho em uma equipe já estruturada, mesmo que em padrões menos eficientes, traz novos desafios e articula o processo de trabalho. Embora, já existam modelos de organização propostos pelo Ministério de Saúde que se portam como norteadores da mudança, cada equipe deve buscar sua especificidade a fim de gerenciar o atendimento dentro das suas necessidades, que não necessariamente seguem um padrão entre elas. Daí o objetivo desse texto de mostrar os caminhos traçados pela equipe da UBS em questão, como unidade singular, com necessidades específicas e desafios próprios.

4 Metodologia

Esse texto tem como objetivo mostrar o percurso desenvolvido na UBS Calixto Dagostini no intuito de contornar a problemática nascida em torno do impacto da implantação do acolhimento com classificação de risco no local. Trata-se de meios pensados com base na literatura e legislação brasileiras, que orientam rotas de solução para que todos os funcionários da UBS tenham envolvimento no novo sistema de funcionamento, mantendo a organização, integração e qualidade do serviço.

A ideia de organização do sistema se baseia em estabelecer local adequado e profissional disponível para dar início ao acolhimento em qualquer período durante o funcionamento da UBS e, se necessário, realizar a classificação de risco da demanda, sem que haja prejuízo no fluxo de trabalho. Inicialmente foi proposto que hajam vagas nas agendas de todos os profissionais em horários estratégicos para suprir a demanda imediata que venha da classificação de risco. A primeira opção a ser pensada nesse caso foi envolver o maior número possível de funcionários no processo de acolhimento. Para isso foram realizadas algumas reuniões de equipe onde foram estudados e discutidos os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde. Essas reuniões aconteceram não só na equipe, mas também a nível municipal com os gestores da saúde.

De pronto tivemos certa dificuldade na adesão por parte de alguns profissionais da equipe de saúde bucal que alegaram não estarem confiantes a realizar a classificação de risco, e não terem grande disponibilidade para acolhimento do público geral. Com isso partimos para uma tentativa de reorganizar o processo de trabalho de acordo com a disponibilidade de funcionários. Foi levantada assim, a opção de realizar o acolhimento do paciente na recepção e dar seguimento à classificação de risco predominantemente pela enfermagem (visto que dispomos de 2 profissionais, enquanto que apenas 1 médico), estruturando a agenda das enfermeiras de modo a garantir rodízio de horários entre elas, contemplando demanda programada e demanda espontânea. Simultaneamente frisamos a importância da informação e educação da população sobre o novo modelo proposto. Realizamos reuniões de equipe periodicamente a fim de discutir falhas e levantar situações de procura de consultas que poderiam ser evitadas através de outras medidas direcionadas e a partir do levantamento abordamos os tópicos elencados por meio de ações realizadas principalmente pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Estes participaram da reunião de equipe sobre o novo fluxo de atendimento da UBS e ficaram encarregados de comunicar a população, sempre que possível em seu território sobre as mudanças e trazer o feedback da população acerca do serviço, bem como atentar para demandas sazonais.

Com isso o plano seria na prática da seguinte forma: o usuário ao procurar a UBS já na recepção seria orientado de acordo com a sua demanda. Se demanda programada ou rotina (vacina, farmácia, entre outros), seria conduzido ao atendimento em questão.

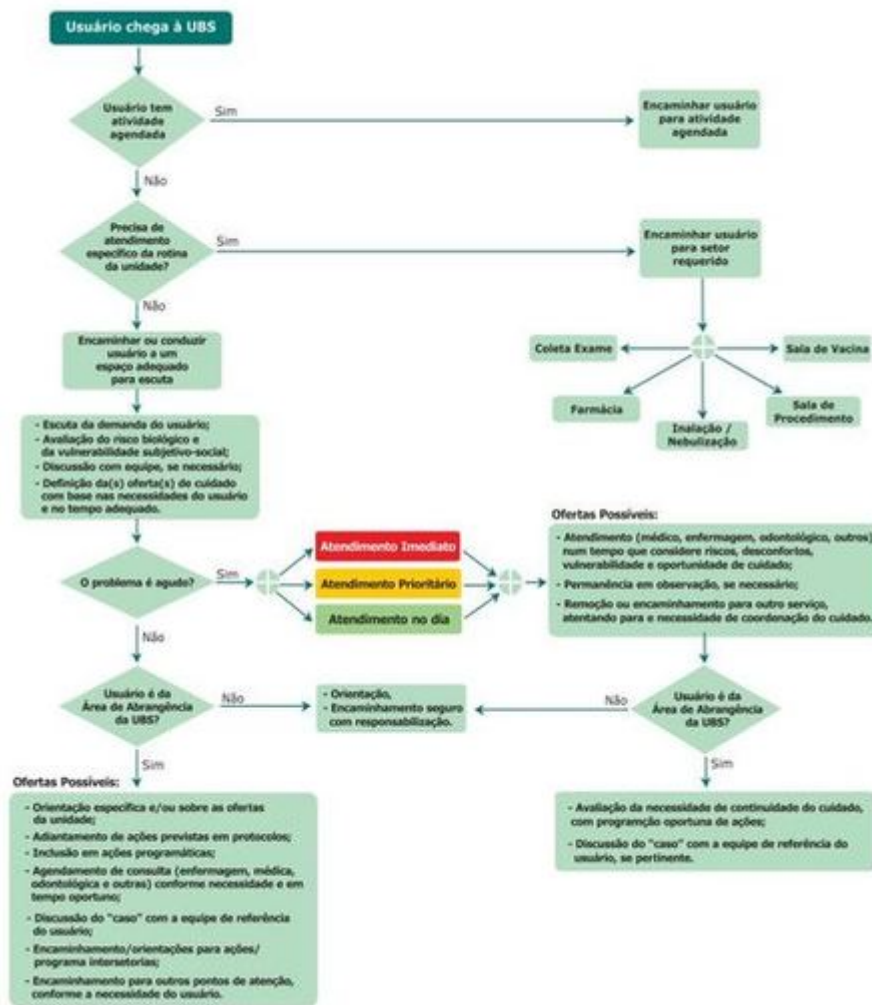


Figura 3 –

Se demanda espontânea, seria encaminhado a sala de acolhimento com classificação de risco e a partir daí seria traçado o fluxo de atendimento que se daria por agendamento de consulta de enfermagem ou médica. Para isso a agenda seria estruturada de forma a assegurar horários para encaixe dessas demandas no dia ou ao longo da semana, conforme necessidade. Novamente usamos como norte o modelo proposto pelo Ministério da Saúde (figura 3).

Vale lembrar que esse modelo não é engessado e o acolhimento pode e deve ser feito por todo e qualquer funcionário apto a realizar a escuta independente de um horário ou local específico dentro da unidade. A proposta foi de incorporar esse modelo à rotina da UBS diariamente para que se estabeleça como estrutura sólida ao longo dos meses mas sempre se adequando às necessidades pertinentes no decorrer do tempo.

A equipe de saúde bucal optou por ficar responsável apenas pelo acolhimento e classificação de risco das demandas odontológicas e o fluxo adotado nesse seguimento não é nosso objetivo nesse estudo.

5 Resultados Esperados

Ao pensar na inserção do modelo citado, enquanto equipe, esperávamos ofertar atendimento em tempo oportuno, diminuindo os agravos à saúde e a busca e sobrecarga de outros serviços, e a melhora no seguimento da atenção primária. Esperávamos também experimentar o afrouxamento das agendas que drenavam de forma desordenada toda e qualquer demanda que muitas vezes não se resolveriam com aquele profissional que o paciente escolheu. Além disso, esse novo modelo de atenção poderia contribuir na diminuição do número de faltas por encurtar as longas esperas por consultas. Em relação aos usuários, desejávamos o fortalecimento do vínculo entre as famílias e a UBS por criar a ideia de que ao procurar o serviço, a pessoa seria ouvida e ajudada conforme sua necessidade, obter aumento do controle sobre situações preveníveis e manter educação permanente em saúde.

Iniciamos a implementação do acolhimento com classificação de risco no segundo semestre de 2019 e nos primeiros meses tivemos uma procura elevada pela UBS. Inicialmente esperávamos atender a média de pacientes que já procurava o serviço em um dia comum porém, o que aconteceu foi um aumento expressivo de demanda imediata. Ao investigar a causa dessa elevação, percebemos que se criou erroneamente a ideia de que a UBS seria um novo pronto atendimento com a proposta de realizar consultas no dia para qualquer demanda. Sem dúvidas esse se tornou o maior desafio desse processo de trabalho para essa população específica que tem como perfil a hiperutilização do serviço e o imediatismo. Assim, foi reestruturada a organização do acolhimento e da classificação de risco, determinando períodos do dia onde ela ocorreria. Logo de início foi uma ideia que não se enraizou por permitir a compreensão de limitação do acesso, que não é o objetivo da atenção primária, durando poucas semanas. Sugerimos então incluir o médico na classificação de risco. O cenário foi ainda mais turbulento, com acolhimentos se tornando rápidas consultas de pronto atendimento e quando não ocorria dessa forma gerava grande descontentamento entre a população. Estabelecemos então o revezamento dos profissionais de enfermagem distribuídos em blocos de hora ao longo do dia mesmo consciente que, em dias específicos, onde a procura era maior que o habitual, os serviços de rotina da unidade sentiriam o impacto de ter um profissional deslocado para a classificação de risco e o serviço ficaria atrapalhado e exaustivo (relembrando a estrutura da unidade que comporta duas equipes grandes, uma delas sem médico). Nesse momento entrou em ação a articulação junto da gestão a fim de propor a complementação da equipe, ou a inserção de um profissional destinado a esse fim porém, como sabemos, a contratação ou mobilização de profissionais nesse meio é um processo complexo e nesse caso não foi possível por questões que não competem à equipe. Ao final de março de 2020 foi decretada a suspensão de atendimentos eletivos no município em virtude da pandemia COVID-19, o

que interferiu na continuidade do processo na sua totalidade.

A impressão pessoal da equipe quanto ao modelo assistencial proposto é positiva, e acreditamos que sua implementação contribuirá em muitos aspectos para a organização do trabalho. Os obstáculos enfrentados no início da implementação do acolhimento com classificação de risco eram em parte esperados e reforçou os pontos mais vulneráveis da comunidade e da equipe, e permitiu traçar novas estratégias sempre em busca do serviço de qualidade ofertado por profissionais qualificados sem que esses sejam exauridos pelo trabalho que por vezes parece interminável e prolixo.

Sendo assim, planejamos para o retorno do funcionamento pleno do serviço, investir com mais empenho na educação em saúde para os usuários, tanto na UBS quanto com o trabalho dos agentes comunitários de saúde e assim obter a princípio a melhora no uso do serviço. Acreditamos também que com o passar do tempo outros profissionais da equipe se sintam seguros em contribuir com esse trabalho, melhorando a carga entre os funcionários.

Referências

BRASIL. Humanizadas. acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. 2004 Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2004. Citado na página 15.

BRASIL, M. da Saúde do. *Cadernos de Atenção Básica n. 28: Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 14.

BRASIL, M. da Saúde do. *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.: Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 05 Jul. 2020. Citado na página 14.

BRASIL, M. da Saúde do; SIAB, S. de Informação da A. B. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. 2020. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 29 Jun. 2020. Citado na página 13.

CONASS, C. N. de Secretários de S. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: CONASS, 2015. Citado na página 13.

PINHEIRO, R. et al. *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS /CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, 2013. Citado na página 14.