

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO



Saúde do Adulto

Ações da Prática Assistencial para Enfermeiros



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

UNIDADE 1

ACOLHIMENTO DA DEMANDA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Os processos de “anestesia” de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm-nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade (BRASIL, 2006, p. 10).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a atenção à saúde está estruturada a partir da indissociabilidade entre a clínica e a promoção da saúde, dessa forma, os profissionais precisam desenvolver processos de trabalho que possibilitem o estabelecimento de nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Os fazeres da ESF precisam se traduzir em ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas. Com isso, torna-se mais próxima a imagem-objetivo na qual a Estratégia atinge os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população sob sua responsabilidade (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) implica em responsabilidade por um território e população adstrita, o que exige o estabelecimento de vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde por meio de postura e práticas acolhedoras nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde. O padrão de acolhimento dos usuários nos serviços de saúde é um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), pois não se trata de uma proposta isolada, compõe a Política Nacional de Humanização (PNH), e não se refere a um fenômeno meramente retórico, mas deve se apresentar na intencionalidade das ações.

1

ACOLHIMENTO DA DEMANDA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Assim, o acolhimento tem a potencialidade de reorganizar os serviços, partindo dos seguintes princípios (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004):

Atendimento a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, garantindo acesso universal.

Reorganização do processo de trabalho, que deve estar focado no trabalho da equipe multiprofissional.

Qualificação da relação trabalhador-usuário.

1

ACOLHIMENTO DA DEMANDA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Mas, o que é Acolhimento?

É uma diretriz da PNH que deve fazer parte de todos os encontros do usuário com os serviços de saúde. O acolhimento é também uma postura ética. O usuário deve ter ouvidas suas queixas, deve ter reconhecido o seu protagonismo no processo de saúde-doença e deve ter responsabilização pela resolução dos problemas de saúde.



1

ACOLHIMENTO DA DEMANDA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

E Classificação de risco?



É um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, que serve para priorizar o atendimento dos usuários que mais precisam, superando a lógica da ordem de chegada (BRASIL, 2008).



Veja mais detalhes sobre a Política Nacional de Humanização (PNH).

ACESSE:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf

1.1

Classificação de Risco

De acordo com o Ministério da Saúde, avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade do que outros pacientes aparentemente mais necessitados (BRASIL, 2006. p.25).

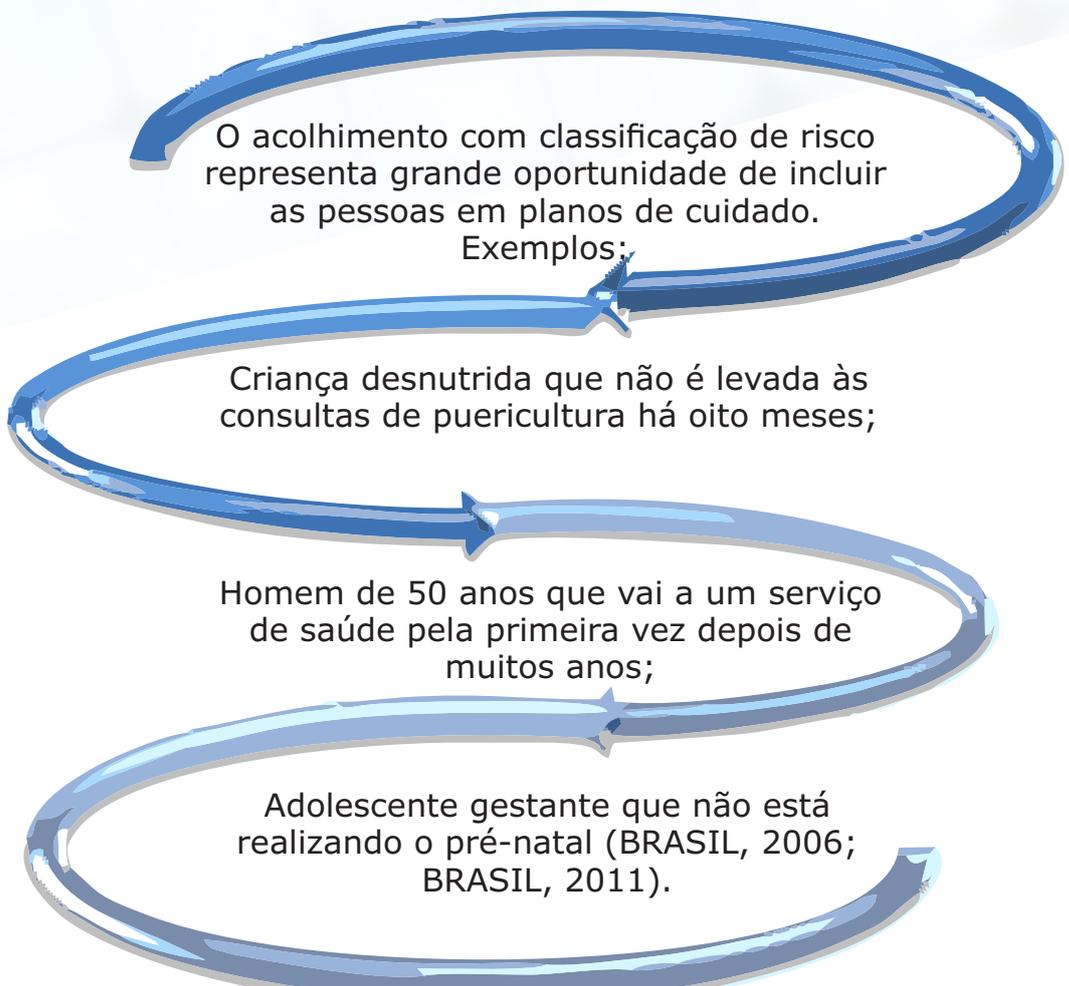


A avaliação de risco se apresenta como ferramenta importante para viabilizar o acesso equitativo aos serviços de saúde, nos quais, diariamente, se apresentam várias pessoas, ao mesmo tempo, com demandas distintas.

Para que tenha efetividade, a avaliação de risco deve envolver o trabalho de toda a equipe. Desde a recepção da unidade, um porteiro, um atendente ou recepcionista podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram maior sofrimento. Esse tipo de trabalho dos profissionais que circulam nas salas de espera e recepção devem ser apoiados. É preciso garantir espaços mais reservados para a escuta e identificação de riscos (BRASIL, 2011).

PARA LEMBRAR!

Em um pronto-socorro, a avaliação de risco assume uma questão importante que é a definição de tempo rígido para o atendimento médico (após acolhimento inicial). No caso da atenção básica, não é necessário adotar limites tão rígidos de tempo, exceto quando a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com outros membros da equipe), de modo a evitar manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado.



O acolhimento com classificação de risco representa grande oportunidade de incluir as pessoas em planos de cuidado.

Exemplos:

Criança desnutrida que não é levada às consultas de puericultura há oito meses;

Homem de 50 anos que vai a um serviço de saúde pela primeira vez depois de muitos anos;

Adolescente gestante que não está realizando o pré-natal (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

1.1

Classificação de Risco

Saiba Mais

O acolhimento dos usuários se traduz em uma oportunidade que não pode ser perdida e que se relaciona ao estabelecimento de vínculo, longitudinalidade, coordenação do cuidado e utilização da ESF como porta de entrada principal do SUS. É possível visualizar o movimento das soluções para o problema de acesso das questões estritamente quantitativas, como número de atendimentos, para bases que buscam qualificá-lo no ato da chegada do usuário ao serviço (MEHRY, 1998; FRANCO; BUENO, 1999).

Protocolos de estratificação de risco têm sido cada vez mais utilizados nos serviços de urgência e emergência e têm tido importante impacto na qualidade do acesso a esses serviços. A atenção básica pode usar esses protocolos como referência, sem perder de vista a necessidade de ressignificação e ajustes, combinando olhares sobre risco e vulnerabilidade. No fluxograma apresentado no tópico 1, a classificação se apresenta em situação aguda e não aguda, seguida das suas respectivas condutas possíveis. Para fins de visualização, as classificações e condutas podem ser representadas por cores, como também se utiliza nos serviços de urgência e emergência. Abaixo, as classificações e condutas propostas, conforme fluxograma (BRASIL, 2011):

Saiba Mais

Situação não aguda – condutas possíveis

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez);
- Agendamento/programação de Intervenções.

Situação aguda – condutas possíveis

- Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Exs.: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa;
- Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada, inicialmente, medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Exs.: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa;
- Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais.

1.1

Classificação de Risco

Saiba Mais

Exemplos: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Acolhimento com avaliação de risco se constitui, atualmente, em uma intervenção decisiva na reorganização e na implementação das redes de atenção à saúde, visto que sua implementação extrapola o serviço de saúde e seu espaço de gestão local afirmando, no cotidiano da assistência, a coexistência das macro e das micropolíticas (BRASIL, 2006).

Conheça propostas de modelagens de acolhimento utilizadas em vários lugares e saiba mais sobre as possibilidades de gestão das agendas de atendimento.

ACESSE:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miol_oCAP28.pdf

Para que haja organização da demanda em consonância com a proposta de acolhimento, é necessário que a Equipe de Saúde da Família crie mecanismos que possibilitem escutar e dar respostas mais adequadas a todos os usuários que procuram o serviço de saúde, prestando um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, e estabelecendo articulações com esses serviços (BRASIL, 2006a).



Geralmente, a noção de acolhimento na saúde tem sido tomada ora como uma dimensão espacial, relacionada à recepção administrativa e ambiente confortável, ora como ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. As duas noções têm sua importância, entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde, não se restringindo ao problema da recepção da “demanda espontânea” (BRASIL, 2006).

Pelo exposto, pode-se compreender que a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave para a ampliação do acesso. Contemplar tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea na ESF, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos, é fundamental (BRASIL, 2011).

Mas, por que acolher a demanda espontânea na atenção básica?



Saiba Mais

O Ministério da Saúde entende que a atenção básica pode solucionar 80% das necessidades de saúde das pessoas sob sua responsabilidade (BRASIL, 2006). Portanto, apesar de ser importante programar o atendimento das pessoas nas agendas dos profissionais, evitando que a atenção básica se reduza a um pronto-atendimento, também é fundamental que as unidades estejam abertas e prontas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades.

Exemplos de situações não programadas que podem ser acolhidas na atenção básica: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; alguém que está com insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros.

O usuário também define o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. Os momentos de queixa do usuário devem ser aproveitados para criar vínculo (BRASIL, 2011). Se a equipe não estiver pronta para atender a demanda espontânea, corre o risco de perder legitimidade perante a população adstrita, pois a acolhe para ações programadas e não acolhe nas agudizações.

Saiba Mais

Organizar as agendas dos profissionais de saúde é um recurso determinante para a retaguarda ao acolhimento e continuidade do cuidado (programático ou não). Dessa forma, é necessária a gestão das agendas a fim de contemplar as diversas situações. Exemplo: agenda programada para grupos específicos previstos nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade; agenda de atendimentos agudos, identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não inseridos em acompanhamento programado; agenda retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas (BRASIL, 2011).

A recomendação é que a tomada de decisão seja pautada em conversas, experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes com vistas à ampliação do acesso aos serviços de saúde. A esse respeito, o Ministério da Saúde se pronuncia dizendo que:

Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico) (BRASIL, 2011,p. 22).

Saiba Mais

O acolhimento questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços, possibilitando a reflexão e a mudança dos modos de operar a assistência. Na avaliação de risco e de vulnerabilidade, é necessário considerar as percepções do usuário (e de sua rede social) acerca do seu processo de adoecimento (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Como potente dispositivo para fomentar e propiciar vínculo no âmbito da ESF, questionar o processo de trabalho, desencadear intervenções de cuidado e modificar as práticas clínicas, o acolhimento pressupõe a qualificação de trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, decidir, negociar e orientar (FAGUNDES, 2004).

O fluxograma a seguir representa um padrão de fluxo das unidades que se aplica a um grande número de situações, mas que não é absoluto, sob o risco de apresentar problemas por falta de ajustes à realidade e características singulares (BRASIL, 2011).

Figura 1 – Fluxograma das Unidades Básicas de Saúde.

