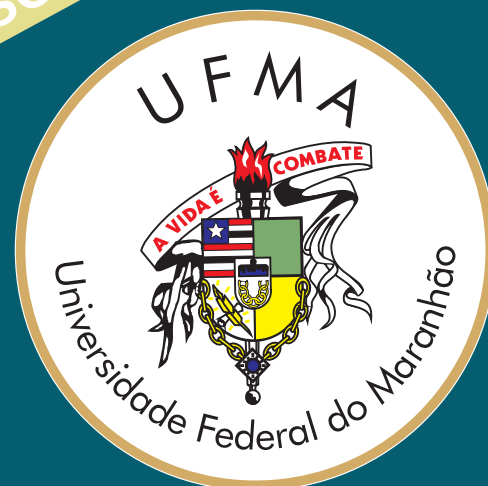


CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO



# Saúde do Adulto

## Prática Assistencial na Atenção Básica para Médicos



**UNA-SUS**  
Universidade Aberta do SUS

# UNIDADE 1

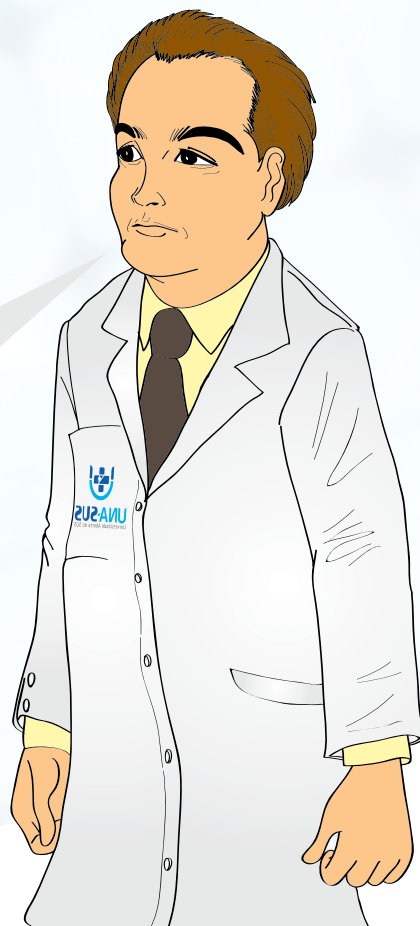
## ACOLHIMENTO DA DEMANDA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

[...] a atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas [...]. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresenta com alta relevância e centralidade (BRASIL, 2011, p. 15).

# 1

# ACOLHIMENTO DA DEMANDA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Ao iniciar os estudos sobre demanda e orientação à prestação do cuidado é importante indagar: de qual demanda estamos tratando? O que a caracteriza?



## LEMBRE-SE!

No âmbito da Saúde da Família, os atributos porta de entrada, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade conferem elementos peculiares que devem ser considerados no processo de organização da demanda. Para Merhy (1998), “ao adotar práticas centradas nos usuários, os serviços de saúde devem incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo”.

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, já que compõe a Política Nacional de Humanização (PNH).

## Saiba Mais

**Acolhimento** é uma diretriz da PNH que deve fazer parte de todos os encontros do usuário com os serviços de saúde. O médico e todos os demais profissionais das unidades básicas de saúde são responsáveis por fazê-lo acontecer. 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 na responsabilização pela resolução dos problemas de saúde. **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.  
ACESSE: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf)



De acordo com o Ministério da Saúde a organização da demanda pode favorecer o fortalecimento da relação usuário-equipe-serviço, contribuir para a promoção da cultura de solidariedade, para a legitimação do sistema público de saúde e a defesa do SUS como política pública essencial para e da população brasileira. 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:

- Atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, resolvendo seus problemas de saúde;
- Prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006a).

## Saiba Mais

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.

Mas por que acolher a demanda espontânea na atenção básica?



Para o Ministério da Saúde a atenção básica pode solucionar 80% das necessidades de saúde das pessoas sob sua responsabilidade. 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 (BRASIL, 2006).

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 assegura 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

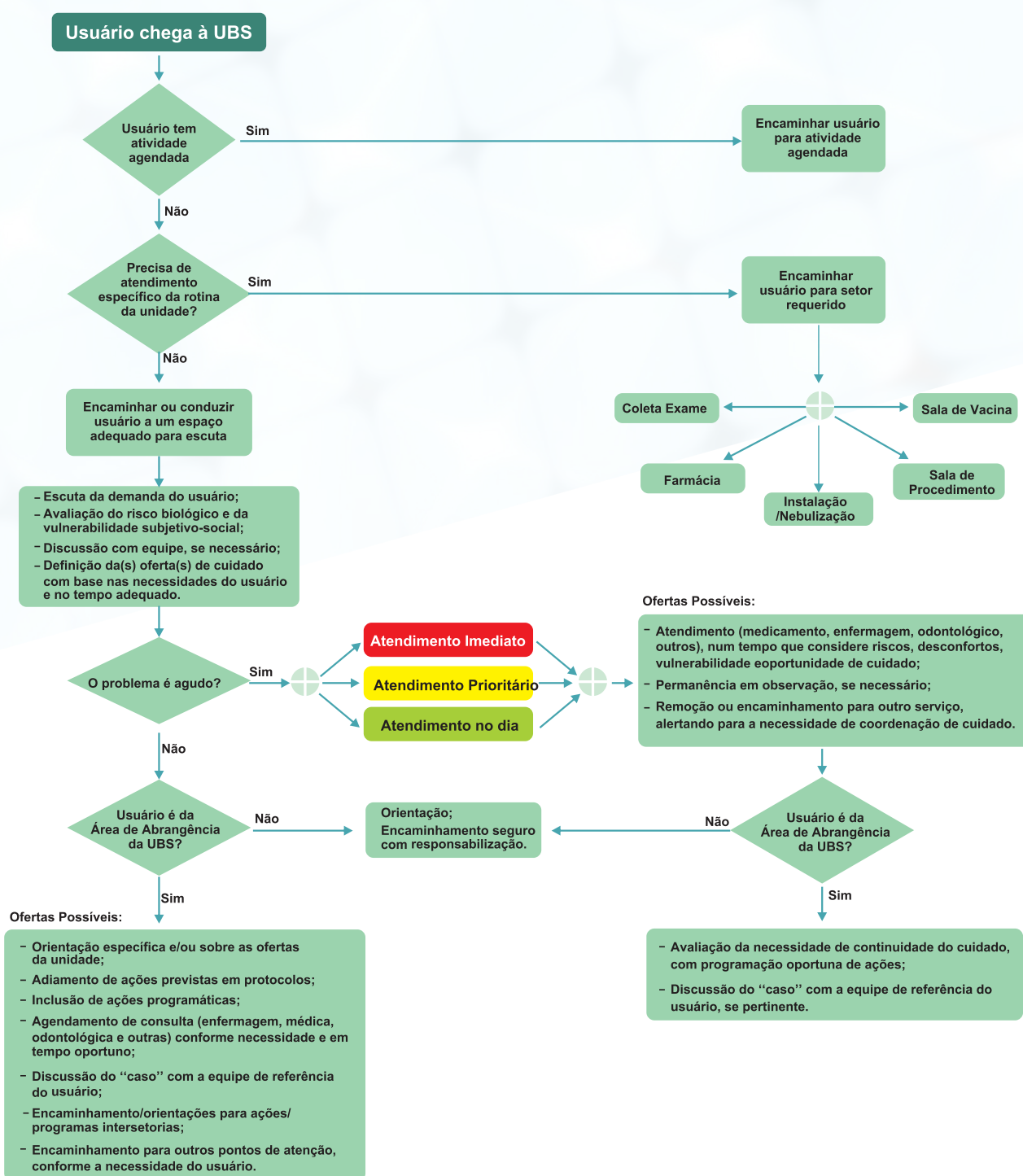
É importante que as equipes discutam e definam como os diferentes profissionais participarão do acolhimento, quem vai receber o usuário que chega, como avaliar o risco e vulnerabilidade desse usuário, o que fazer de imediato, quando agendar consulta médica, como organizar a agenda dos profissionais e o que pode ser feito além da consulta.

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.





A avaliação de risco se apresenta como ferramenta importante para viabilizar o acesso equitativo aos serviços de saúde, nos quais diariamente se apresentam, ao mesmo tempo, várias pessoas com demandas distintas. O Ministério da Saúde torna claro que [...] acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea e que “a equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas” (BRASIL, 2011,p. 32).

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 pode 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 deve ser apoiado. É preciso garantir espaços mais reservados para a escuta e identificação de riscos (BRASIL, 2011).

## VALE 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.

Os aspectos não biológicos precisam ser transversais à avaliação de risco, devendo-se estar atento ao sofrimento físico e psíquico. Determinadas condições aumentam a vulnerabilidade das pessoas e o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inserí-las em planos de cuidado. Citam-se como 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)

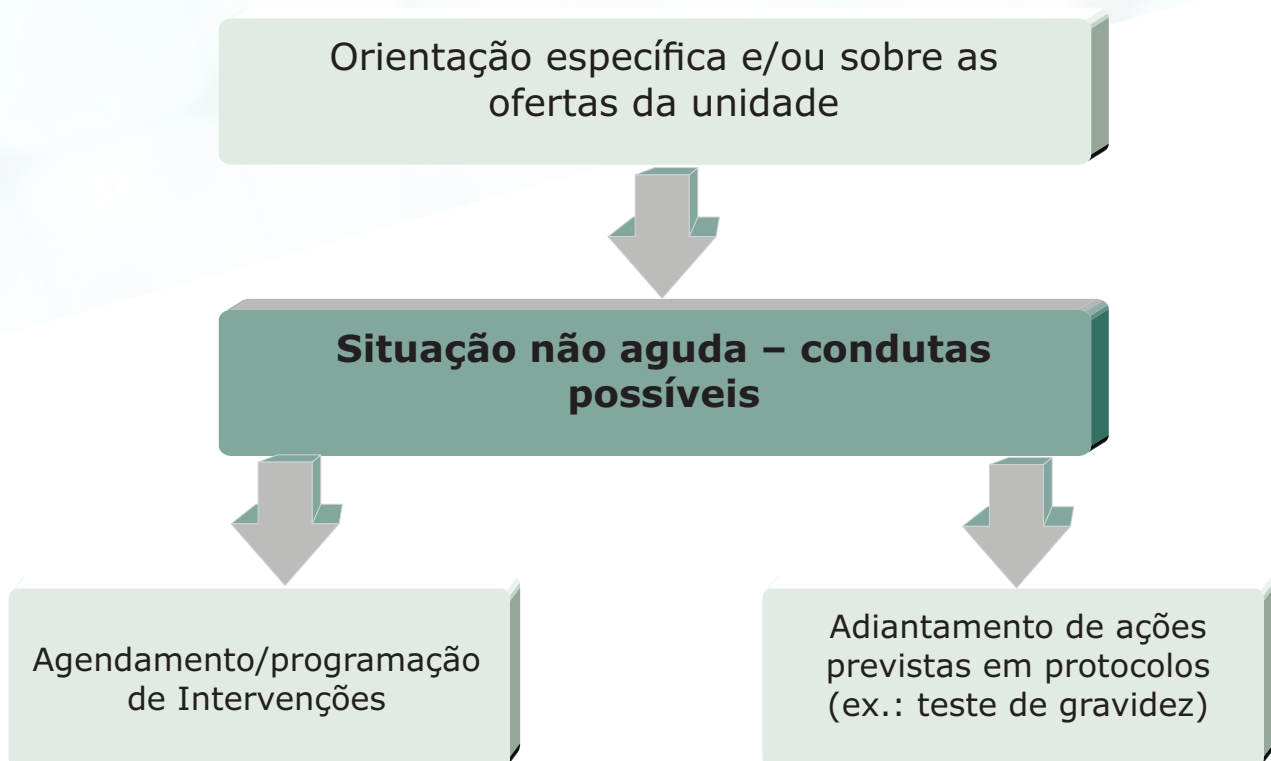


## Saiba Mais

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). 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.

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 de suas respectivas condutas possíveis.

Para fins de visualização, as classificações e condutas podem ser representadas por cores, como também são utilizadas nos serviços de urgência e emergência. Abaixo, as classificações e condutas propostas, conforme fluxograma (BRASIL, 2011).



**Situação aguda – condutas possíveis**

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;

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. Influência 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;

## Saiba Mais

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).

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

ACESSE:

**[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo\\_CAP\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf)**





