

TRABALHO DE GRUPOS CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Objetivo

Promover a reflexão das equipes de saúde sobre a importância da adoção de sistemas de acolhimento e classificação de risco na organização do processo de trabalhos das unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.

Objetivos específicos

1. Conhecer as diretrizes e os dispositivos de acolhimento e classificação de risco do Ministério da Saúde;
2. Compreender o conceito de acolhimento e classificação de risco;
3. Conhecer os modelos de classificação de risco para atendimento às urgências e emergências;
4. Elaborar propostas para a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência na construção de redes que garantam a continuidade do cuidado em saúde;
5. Conhecer os modelos de classificação de risco para atendimento a grupos de risco e ciclo de vida das pessoas;
6. Estimular a implantação/implementação do acolhimento com classificação de risco na rede de atenção à saúde.

ROTEIRO DAS ATIVIDADES:

Trabalho em grupos: leitura do texto 1:

- Após a leitura, discutir o texto e utilizar as questões propostas.
- Tempo estimado de 1 hora e 30 minutos.

Questões para discussão:

- 1 Conceitue modelo de atenção e explique a diferença entre o modelo de atenção às condições agudas e o modelo de atenção às condições crônicas.
- 2 Para que se destinam o acolhimento e a classificação de risco?
- 3 Quais são as diretrizes para elaboração de protocolos de classificação de risco?
- 4 Exemplifique os modelos de classificação de risco e como eles se aplicam aos serviços de saúde na sua região e município.

TEXTO 1 - OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Um dos elementos constitutivo das redes de atenção à saúde é o modelo de atenção à saúde.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crônicas. Mas podem-se considerar, também, modelos de atenção às condições agudas. Esses modelos vão variar em razão da natureza singular dessas condições de saúde.

Na realidade, a implantação das redes de atenção à saúde, para provocar uma mudança radical no SUS, exige intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas.

Essas condições, ainda que convocando modelos de atenção à saúde distintos, são como faces de uma mesma moeda. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há de se implantar a rede de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, há de se distribuir, equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, as pessoas usuárias, segundo seus riscos. Não é possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar deles o grande número de pessoas portadoras de urgências menores, classificadas como azuis e verdes. Por outro lado, para que as pessoas com situações de urgências verdes e azuis possam ser atendidas na atenção primária à saúde, esse nível de atenção necessita ser mudado pela implantação do modelo de atenção às condições crônicas para que possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazo, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores. Além disso, a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, principalmente no seu componente de gestão da clínica, com estratificação de riscos, permite organizar a atenção às condições crônicas, liberando tempo das equipes de saúde da APS para atender, além das ações programadas, às ações não programadas das urgências menores que se apresentam, nessas unidades, sob a forma de demanda espontânea.

Os modelos de atenção às condições agudas

O modelo de atenção às condições agudas presta-se, também, à organização das respostas do sistema de atenção à saúde aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas.

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e emergências. Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma consequente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde. A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a necessidade, e o aumento da oferta sempre acarreta aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das redes de atenção à saúde, a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas em um sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as várias experiências, mas têm em comum uma triagem de risco. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos.

Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são: o modelo australiano (Australasian Triage Scale – ATS), pioneiro e que usa tempos de

espera de acordo com gravidade; o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS) que é muito semelhante ao modelo australiano, mas é mais complexo; o modelo americano (Emergency Severity Index – ESI) que trabalha com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema de Triage de Manchester (Manchester Triage System – MTS) que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cor e que é usado em vários países da Europa.

O Sistema de Triage de Manchester foi criado pelo Grupo de Triage de Manchester, em 1994, com objetivo de definir um consenso entre médicos e enfermeiros na ferramenta de classificação de risco para os serviços de urgência e emergência. Os protocolos existentes possuíam nomenclaturas, definições e tempos para avaliação médica diferentes. A ideia foi desenvolver nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia operacional, programas de formação e guia de auditoria. Ele apresenta como características principais: escala em cinco níveis; utilização ampla em vários países; é baseado em categorias de sintomas; é baseado em discriminantes-chave; é baseado em algoritmos clínicos; e apresenta um tempo de execução inferior a três minutos (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

O Sistema de Triage de Manchester tem sido utilizado em países como: Reino Unido, Portugal, Espanha, Alemanha, Suécia, Holanda, Japão e Brasil, mais especificamente pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Considerando-se os tempos comuns, foi feito acordo sobre a nomenclatura e as definições. Para cada categoria foram atribuídos um número, uma cor e um nome, além do tempo aceitável para a primeira avaliação médica. Após reuniões em todo o Reino Unido, com enfermeiros e médicos dos serviços de urgência e emergência, obteve-se consenso com a escala de classificação de risco.

Esse sistema de classificação de riscos apresenta alguns elementos de validade: ele garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; acaba com a triagem sem fundamentação científica; pode ser feito por médicos e enfermeiros; garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; é rápido; e pode ser auditado (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

O objetivo da classificação dos riscos é definir não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e a gestão do serviço. O diagnóstico não está ligado à prioridade. O método requer que o profissional defina o motivo pelo qual a pessoa usuária procura o serviço de urgência, a queixa principal. Segue-se a escolha, entre as condições apresentadas em fluxogramas, daquele mais pertinente à queixa. Depois, procura-se um conjunto de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, os discriminadores, nos fluxogramas de apresentação, compatível com a gravidade apresentada.

A metodologia de classificação de riscos envolve passos (CORDEIRO JUNIOR E MAFRA, 2008):

- Prioridade e gestão: a definição da prioridade clínica faz-se ao reunir informações necessárias para classificar a pessoa usuária em uma das cinco categorias definidas. A gestão clínica da pessoa usuária requer que se compreendam suas reais necessidades.
- Auditoria: uma sólida auditoria é essencial para a avaliação de qualquer metodologia normatizada para que se avalie a reprodutibilidade entre profissionais e serviços.
- A tomada de decisões: uma boa avaliação clínica de uma pessoa usuária requer raciocínio, intuição, conhecimento e aptidão profissional. A tomada de decisões utiliza cinco passos.
- Identificação do problema: obtenção de dados da pessoa usuária, acompanhante ou profissional do pré-hospitalar para escolha do fluxograma de apresentação. São 50 fluxogramas para situações habituais que contemplam agravos clínicos, trauma, ferimentos, crianças e comportamento anormal.
- Obtenção e análise das informações relacionadas à solução: procura do discriminador por meio das perguntas estruturadas. Após escolher o fluxograma, o profissional deve analisar os discriminadores para definir a prioridade.
- Avaliação das alternativas e escolha de uma delas para implementação: o fluxograma de apresentação fornece uma ordenação do processo de raciocínio para a tomada de decisões. Existem discriminadores gerais (ex.: dor aguda) e específicos (ex.: dor pleurítica) e todos possuem sua definição em um dicionário.
- Implementação da alternativa selecionada: seleção de uma das cinco categorias por meio dos discriminantes gerais ou específicos compatível com o quadro da pessoa em atendimento.

- Monitoramento do processo e avaliação dos resultados: devem ser feitos entre profissionais e entre serviços para assegurar confiabilidade e reprodutibilidade, fundamentais nos dados para pesquisas e planejamentos.

A organização do fluxo de acesso nos serviços de urgência, com a definição de prioridades, é potente reformulador de seus modelos de gestão. Há necessidade de novo desenho dos fluxos de encaminhamento após a classificação de risco: atribuindo tempos de espera para atendimento médico;

definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída; avaliando a necessidade da estrutura física do atendimento; modificando os fluxos e processos de trabalho; e mensurando os resultados obtidos.

Ainda que o modelo de atenção às condições agudas seja diferente do modelo de atenção às condições crônicas, tanto nas condições agudas quanto nas crônicas, deve ser aplicada a mesma estrutura operacional das redes de atenção à saúde, ou seja, a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A única diferença entre essas redes está no papel da APS. Nas redes de atenção às condições crônicas, ela funciona como centro de comunicação, mas nas redes de atenção às urgências e às emergências, ela é um dos pontos de atenção à saúde, sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes.

Sem dúvida, há ganhos na estruturação da atenção às urgências e às emergências na perspectiva de redes de atenção à saúde. A integração dos serviços de urgência e emergência em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O protocolo de classificação é potente ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação, na rede, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços. A atenção no lugar certo e com a qualidade certa permite retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica a maioria das pessoas que se apresentam em situações de urgência, os azuis e os verdes, atendendo-os prioritariamente na atenção primária à saúde. Isso é condição necessária para superar os graves problemas que ocorrem nos hospitais de urgência e emergência superlotados, com pessoas em macas nos corredores, em filas enormes e que estão permanentemente na mídia nacional.

A organização das redes de atenção às urgências e às emergências faz-se segundo os critérios seguintes: utilização de protocolo único de classificação de risco; fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente em cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos; discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede; pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores dos serviços, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado; compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, Samu, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados; e informatização dos processos (CORDEIRO JÚNIOR e MAFRA, 2008).

Há evidências sobre o bom funcionamento do Sistema de Triage de Manchester na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais (WINDLE E MACWAY JONES, 2003; LYONS *et al.*, 2007), quanto em áreas específicas como as causas externas (SUBBE *et al.*, 2006), as doenças cardiovasculares (MATIAS *et al.*, 2008) e a pediatria (ROUKEMA *et al.*, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CODEIRO JUNIOR, W. **A gestão de risco na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

CODEIRO JUNIOR, W.; MAFRA, A. A. **A rede de atenção a urgência e emergência e protocolo de classificação de risco de Manchester**. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde de Minas Gerais, 2008.

LYONS, M. *et al.* Factors that affect the flow of patients through triage. **Emergency Medicine Journal**, n. 24, p. 78-85, 2007.

MACKWAY-JONES, K. *et al.* **Emergency triage**. 2. Ed. Oxford: Manchester Triage Group, Blackwell Publishing, 2005.

MATIAS, C. *et al.* Triage de Manchester nas síndromes coronarianas agudas. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, n. 27, p. 206-216, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

Questões para discussão:

- 1 O que o grupo entende por acolhimento?
- 2 Quais as diretrizes operacionais para que se tenha um bom acolhimento?
- 3 Quais são os objetivos de se realizar acolhimento com classificação de risco?
- 4 Quais os pré requisitos necessários à implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Riscos?

TEXTO 2

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM PARADIGMA ÉTICO-ESTÉTICO NO FAZER EM SAÚDE

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, a fim de atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

“Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade” (MERHY *et al.*, 1998).

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Isso deve ser implementado com a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e a população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, em que defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida sejam adotadas como lema.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada:

- ora com dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;
- ora com ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados, que afirmam na maior parte das vezes uma prática de exclusão social, na medida em que “escolhem” quem deve ser atendido.

Ambas as noções têm sua importância, entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, restringem-se a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Nesta definição tradicional de acolhimento, o objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e o procedimento e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento.

Este funcionamento demonstra a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de saúde vem-se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica esta que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, menor qualidade da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência e não inclusão dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento.

Acresce-se a isto a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de encaminhamento de usuários a serviços especializados, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado.

O que vemos é que este modo de operar o cotidiano tem produzido sofrimento e baixa na qualidade de vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. A reversão deste processo convoca-nos ao desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida, na qual o compromisso singular com sujeitos, usuários e profissionais de saúde esteja no centro desse processo. Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a corresponsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que “eu me reinvento inventando-me com o outro”.

O Acolhimento como Estratégia de Interferência nos Processos de Trabalho

O Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- Protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde.
- Reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e da problematização dos processos de trabalho, a fim de possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução dos problemas do usuário.

- Elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado.
- Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e as dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população.
- Postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que incluam sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos.
- Construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

Uma postura acolhedora implica estar atento e poroso à diversidade cultural, racial e étnica. Vejamos, aqui, o caso de uma usuária de comunidade indígena que dá entrada em uma unidade de saúde e após o atendimento e a realização do diagnóstico indica-se uma cirurgia (laparoscopia) urgente a ser realizada pelo umbigo. Após a comunicação do procedimento indicado, a usuária recusa-se a realizá-lo dizendo não poder deixar que mexam no seu umbigo, pois este é a fonte de onde brota a vida e onde a alma circula. Após a recusa, várias negociações foram feitas a fim de realizar o procedimento cirúrgico, levando em conta os valores e os saberes deste grupo.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e responsabilizar-se para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e multiplica-se em inúmeras outras ações que, partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde com o sujeito demandante, possibilitam analisar: a adequação da área física; as formas de organização dos serviços de saúde; a governabilidade das equipes locais; a humanização das relações em serviço; os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde; o ato da escuta e a produção de vínculo; o compartilhamento do conhecimento; o uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde; e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde

O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços.

A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e 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, por apresentar um maior grau de risco e vulnerabilidade.

Um exemplo ilustra essa situação: uma adolescente de 15 anos, trajando uniforme escolar, chega a uma unidade de saúde andando, sozinha, e dirige-se à recepção, onde o processo de acolhimento faz-se de maneira tradicional, com triagem burocrática, sem sistematização de um processo de classificação de risco com protocolo estabelecido. Visivelmente angustiada, ela queixa-se de dor na barriga. A profissional da recepção avalia que ela pode ficar na fila, e depois de 35 minutos esperando, a paciente retorna à recepção, dizendo que a dor está aumentando, mas é orientada a aguardar a sua vez na fila. Passados 15 minutos, a adolescente desmaia e cai no chão, sendo levada para o atendimento, onde morre por ter ingerido veneno de rato para interromper uma gravidez não planejada.

O exemplo citado acima indica a necessidade de se avaliar a organização e o processo de trabalho nas unidades de saúde em relação ao acolhimento, que deve constar de:

- 1 . melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada;
- 2 . humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários, no que se refere à forma de escutá-los em seus problemas e demandas;
- 3 . mudança de objeto da doença para o doente (sujeito);
- 4 . abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;

5 . aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução;

6 . aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;

7 . operacionalização de uma clínica ampliada, que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construção de vínculo terapêutico, visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde, e a elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo.

É importante acentuar que o conceito de Acolhimento concretiza-se no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, e deve traduzir-se em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse sentido, *todos* os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos aparelhos de saúde podem demandar a necessidade de um grupo especializado em promover o primeiro contato do usuário com o serviço, como prontos-socorros, ambulatórios de especialidades, centros de saúde etc., grupos estes afeitos às tecnologias relacionais e à produção e à manipulação de banco de dados.

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo preestabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, uma vez que todos serão atendidos.

Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho.

Nesse entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, da problematização e da proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho. Em sua implementação, o acolhimento extrapola o espaço de gestão local, afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e das micropolíticas.

Alguns pontos críticos desse processo

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações e sem transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos.
- Superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloca a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários.
- Reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.
- Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários. Além disso, potencializar profissionais comuns e especializados, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de cada categoria.
- Explicitar e discutir a proposta com a população, com conjunto de profissionais e atores políticos a fim de ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

Algumas ferramentas teóricas disponíveis

- Fluxograma analisador: “Diagrama em que se desenha certo modo de organizar os processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção.” (MERHY *et al.*, 1998). Foto das entradas no processo, etapas percorridas, saídas e resultados alcançados → análise do caso. Funciona como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços.

□ Oficinas de discussão e construção de ações com acento no trabalho grupal multiprofissional com a participação de equipe local e/ou consultorias externas.

□ Elaboração de protocolos, sob a ótica da intervenção multiprofissional na qualificação da assistência, legitimando: inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, humanização do atendimento, identificação de risco por todos os profissionais, definição de prioridades e padronização de medicamentos.

Acolhimento com Classificação de Risco

A Classificação de Risco é 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.

Justificativa

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do pronto-socorro, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde, a fim de atender aos diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos e para que a assistência prestada ocorra de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

A disponibilização dessa tecnologia não deve abranger a todos os que procuram o serviço, em especial nos locais onde a demanda é excessiva, ou corre-se o risco de se produzir novo gargalo na entrada; o contrário disso é uma hipertrofia neste serviço, podendo prejudicar a constituição de outras equipes importantes na unidade. Dessa forma, a utilização da Avaliação/Classificação de Risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessária capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário indica o agravo). O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto, isso pode ser minimizado com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que ainda resistem, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto.

Objetivos da Classificação de Risco

- avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento;
- descongestionar o pronto-socorro;
- reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades, conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios etc.
- informar os tempos de espera;
- promover ampla informação sobre o serviço aos usuários;
- retornar informações a familiares.

Prerrequisitos Necessários à Implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco

- estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;
- qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
- sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;
- quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;

□□ adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico: área de emergência e área de pronto atendimento.

Área de Emergência

A área de Emergência, nessa lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, otimizando, dessa forma, recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

Designada pela cor vermelha, consiste em uma área devidamente equipada e destinada ao recebimento, à avaliação e à estabilização de urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização, esses pacientes serão encaminhados para a Área Amarela, destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos, já com terapêutica de estabilização iniciada ou para a Área Verde, destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados, aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

Pronto Atendimento

Designado por uma Área Azul que é destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade. Consiste em uma Área de Acolhimento com fluxo obrigatório na chegada, cuja área física favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade, seguindo-se os conceitos de ambiência. Necessita de um consultório de enfermagem, no qual serão realizadas a classificação de risco e os procedimentos iniciais com os seguintes materiais para o atendimento às eventuais urgências: monitor e eletrocardiógrafo; oxímetro de pulso; glucosímetro;ambu adulto e infantil; material de entubação adulto e infantil; material de punção venosa; drogas e soluções de emergência; prancha longa; e colar cervical. Devem ainda haver consultórios médicos, serviço social, sala de administração de medicamentos e inaloterapia e consultórios para avaliação de especialidades.

Processo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- □□ direcionar e organizar o fluxo pela identificação das diversas demandas do usuário;
- determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- realizar uma avaliação primária, com base no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro. Importante destacar que esta avaliação pode dar-se por explicitação dos usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária a capacitação específica para este fim. Não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco. A Central de Acolhimento tem sua demanda atendida imediatamente sem precisar esperar consulta médica (procura por exames, consultas ambulatoriais etc.), evitando atendimento médico de forma desnecessária.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem no qual a classificação de risco é feita com base nos seguintes dados: Situação/Queixa/ Duração (QPD); breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas); uso de medicações; verificação de sinais vitais; exame físico sumário, buscando sinais objetivos; verificação da glicemia e eletrocardiograma, se necessário.

Níveis de Classificação de Riscos

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato

Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível

Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente

Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade, atendimento de acordo com o horário de chegada

A identificação das prioridades pode ser feita mediante adesivo colorido, colado no canto superior direito do Boletim de Emergência.

Exemplo de Protocolo para Classificação de Risco (HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2001)

Vermelhos: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência), em razão da necessidade de atendimento imediato:

Situação /Queixa: politraumatizado grave (lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas); queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios; Trauma Crânio Encefálico grave (ECG <12); estado mental alterado ou em coma (ECG <12); história de uso de drogas; comprometimentos da coluna vertebral; desconforto respiratório grave; dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de iatrogenia médica, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso);

perfurações no peito, abdome e cabeça; crises convulsivas (inclusive pós-crise); intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12; anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória; tentativas de suicídio; complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia); parada cardiorrespiratória; alterações de sinais vitais em paciente sintomático; pulso >140 ou <45; FR >34 ou <10; hemorragias não controláveis e infecções graves – febre, exantema petequeial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamados **Bandeiras Vermelhas**, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente: forças de desaceleração, tais como quedas ou em explosões; perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente; negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas; fraturas da 1ª e da 2ª costela; fraturas da 9ª, da 10ª, da 11ª costela ou mais de três costelas; possível aspiração; possível contusão pulmonar; e óbitos no local da ocorrência.

Amarelos: pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.

Situação/Queixa: politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15, sem alterações de sinais vitais; cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos (parestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia); trauma crânio-encefálico leve (ECG entre 13 e 15); diminuição do nível de consciência; alteração aguda de comportamento (agitação, letargia ou confusão mental); história de convulsão/pós-ictal – convulsão nas últimas 24 horas; dor torácica intensa; antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes); crise asmática; diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia, taquicardia; desmaios; estados de pânico, overdose; alterações de sinais vitais em paciente sintomático (FC <50 ou >140; PA sistólica <90 ou >240; PA diastólica >130 e Temp <35 ou 40); história recente de melena ou hematemesa ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC >120; epistaxe com alteração de sinais vitais; dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre); sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais, gravidez confirmada ou suspeita; náuseas/vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave (letargia, mucosas ressecadas, alteração de sinais vitais); desmaios; febre alta (39/40°C); fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa; intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15; vítimas de abuso sexual; e imunodeprimidos com febre.

Verdes: pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera de até 30 minutos.

Situação/Queixa: idade superior a 60 anos; gestantes com complicações da gravidez; pacientes escoltados; pacientes doadores de sangue; deficientes físicos; retorno com período inferior a 24 horas em razão da não melhora do quadro; impossibilidade de ambulação; asma fora de crise; enxaqueca (pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca); dor de ouvido moderada a grave; dor abdominal sem alteração de sinais vitais; sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve; vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; história de convulsão sem alteração de consciência; lombalgia intensa; abscessos e distúrbios neurovegetativos.

Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

Azuis: demais condições não enquadradas nas situações/queixas anteriormente citadas, tais como: queixas crônicas sem alterações agudas e procedimentos de curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames e solicitações de atestados médicos. Após a consulta médica e a administração da medicação, o paciente é liberado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Textos básicos em Saúde**. Série B. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Abrasco, 2003.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MEHRY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr.-jun. 1999.
- HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco**. Pronto-Socorro do Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti” de Campinas (SP). 2001.
- MERHY, E. E.; MALTA, D. *et al.* Acolhimento, um relato de experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D.; REIS, A. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998, p.121-142.

Trabalho em grupos – exercício simulado – Elaborar a Matriz de Desenho da Rede de Urgências e Emergências

1. Com base no texto de Acolhimento com Classificação de Risco, elaborem a Matriz da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

2. Tempo estimado: 1 hora.

MATRIZ DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS			
NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE			MUNICÍPIO
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE			MICRORREGIÃO DE SAÚDE
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE			MACRORREGIÃO

Questões propostas

- 1 De que forma o sistema de saúde deve se organizar para atender às condições agudas ou às agudizações de condições crônicas e às condições crônicas?
- 2 Há diferenças na forma de se organizar a atenção às condições agudas e às condições crônicas? Cite-as.
- 3 Quais são os requisitos de qualidade que devem ser obedecidos na organização da atenção programada?
- 4 De que forma se pode reduzir a atenção não programada nos serviços de saúde?
- 5 Discuta e proponha formas de organizar as UBS para atender à atenção não programada e à atenção programada no seu município.