Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família

Reception with risk assessment in the family health strategy

Patricia Andreia Zanetti Ballardin Roncato[1], Cristiano de Oliveira Roxo[2], Daiane Freire Benites[3]

RESUMO

Introdução: O acolhimento é entendido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, sendo fundamental para operacionalizar a acessibilidade da clientela. No entanto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é carente de meios que priorizem os atendimentos dos pacientes com maior risco. Desta forma, este estudo tem como objetivo avaliar os resultados de uma proposta de acolhimento adaptada para ESF e baseada no Protocolo de Manchester e no Acolhimento com Classificação de Risco em Assistência Médica Ambulatorial (AMA). **Métodos:** O ACR foi criado conforme o agravo de saúde com a seguinte classificação: preto, vermelho, amarelo – atendimento médico; verde e azul – atendimento pela equipe de enfermagem. Passados 12 meses dessa primeira etapa, foi realizada a avaliação dos registros de 2.639 prontuários dos pacientes que passaram pelo ACR. Para a coleta dos dados, procedeu-se à análise do conteúdo da documentação (ficha de triagem) nos prontuários destes usuários, buscando analisar o encaminhamento dado através do Protocolo de Triagem criado. **Resultados:** Os resultados gerais encontrados no estudo demonstraram que os atendimentos prestados com ACR foram de 0,15%, 0,90%, 34,8%, 48% e 15% para a classificação preta, vermelha, amarela, verde e azul, respectivamente. A maioria dos atendimentos se concentrou na classificação amarela e verde. **Conclusão:** Diante dos resultados obtidos no estudo, conclui-se que para um adequado atendimento do paciente é imprescindível a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família.

UNITERMOS: Acolhimento, Classificação de Risco, Estratégia de Saúde da Família, Triagem.

ABSTRACT

Introduction: *Reception is understood as a way to operate the work processes in health, which is crucial to operationalize customers' accessibility. However, the Family Health Strategy (FHS) is lacking in ways that prioritize the care of patients at higher risk. Thus, this study aims to evaluate the results of a proposed triage system adapted to the FHS and based on the Manchester Triage Protocol and Reception with Risk Assessment (RRA) in Outpatient Health Care (AHC).* ***Methods:*** *The RRA was created according to the health risk with the following classes: black, red, yellow – medical care, green and blue – care by nursing staff. After 12 months at this first stage, an evaluation of the records of 2639 patients who went through the RRA was carried out. To collect the data, we analyzed the content of the documentation (triage card) on these users' medical charts, seeking to determine the direction given by the Triage Protocol created.* ***Results:*** *The general findings of this study showed that the services rendered with the RRA were 0.15%, 0.90%, 34.8%, 48% and 15% for classes black, red, yellow, green, and blue, respectively. The majority of cases concentrated on classes yellow and green.* ***Conclusion:*** *Given the results obtained in the study, it is concluded that for adequate patient care it is essential to use the Reception with Risk Assessment in the Family Health Strategy.*

KEYWORDS: *Reception, Risk Assessment, Family Health Strategy, Screening.*

[1] Mestre em Diagnóstico Genético e Molecular. Médico ESF.
[2] Médico ESF.
[3] Enfermeira Coordenadora da ESF do HDP.

INTRODUÇÃO

O acolhimento é compreendido de forma diferente por diversos autores. Nem sempre as colocações são divergentes, mas complementares (1, 2). É visto como um dos instrumentos que compõem o processo de trabalho em saúde (3), sendo fundamental para operacionalizar a acessibilidade da clientela (1). O acolhimento também é entendido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender 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. Implicando 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 continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (4).

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem evoluído nos últimos anos, buscando alcançar os princípios de universalidade, equidade e integralidade que norteiam o Sistema Único de Saúde; contudo, essa evolução não tem sido suficiente para assegurar uma efetiva acessibilidade aos serviços (5), pois, apesar dos grandes avanços do sistema vigente, ainda há muitos entraves nos modelos de atenção no que se refere ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde (6). Além disso, o acolhimento tem ocorrido por ordem de chegada, sem avaliação de risco, o que levanta a real necessidade dos gestores e profissionais de saúde reverem suas práticas e conceitos para viabilização de um acesso com equidade e resolutividade (5). O problema do acolhimento pouco efetivo atinge com maior impacto prontos-socorros de urgência e emergência. Ciente desses problemas, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Cartilha da Política Nacional de Humanização – PNH, na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência (4), o qual vê a classificação de risco como um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço (4).

Apesar da triagem com classificação de risco ser mais utilizada nos prontos-socorros, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é a forma de reorganização da APS incorporando como princípios as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização e integralidade do cuidado –, para garantir a equidade no acesso, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos e superar as desigualdades, também apresenta a necessidade de organização do seu acolhimento com a devida classificação (7, 13, 14). Tendo em vista esses aspectos, o objetivo deste estudo foi apresentar os resultados da utilização de um Protocolo de Triagem com Classificação de Risco criado para uso na ESF. Esse protocolo foi baseado no Protocolo de Manchester e no Acolhimento com Classificação de Risco em Assistência Médica Ambulatorial (AMA), sendo adaptado para o acolhimento em ESF.

MÉTODOS

Estudo descritivo e analítico, realizado na Unidade de Saúde Rincão, pertencente ao Hospital Divina Providência e à rede municipal de saúde de Porto Alegre.

Este estudo encontra-se dentro dos preceitos éticos com a normatização na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Divina Providência de Porto Alegre.

A população foi composta por 6.672 fichas, correspondentes a todos os prontuários de usuários atendidos na Unidade de Saúde Rincão na ocorrência da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). Foram incluídos no estudo os prontuários dos usuários que procuraram atendimento médico no fluxo da demanda dia e que passaram pelo Acolhimento com Classificação de Risco no período de outubro de 2010 até outubro de 2011.

A amostra foi composta por 2.639 registros de fichas de triagem presentes nos prontuários dos pacientes que passaram pelo ACR. Para a coleta dos dados, procedeu-se à análise do conteúdo da documentação (ficha de triagem) nos prontuários destes usuários, buscando analisar o encaminhamento dado através do Protocolo de Triagem criado (Tabela 1).

Na Unidade de Saúde Rincão, os atendimentos médicos estão programados para acontecer através de agendamento prévio, no entanto, tem-se uma grande ocorrência de atendimentos da demanda dia. Os pacientes da demanda dia eram atendidos por ordem de chegada e, por ocorrerem de forma não sistematizada, sem critérios para inclusão na consulta médica e sem prioridades para casos graves, acabavam dificultando o andamento das consultas agendadas. A solução encontrada para suprir essas carências foi a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), que consiste na identificação dos pacientes da demanda dia que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco e agravos à saúde, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo. Visando esses objetivos, utilizamos o sistema de cores de classificação de risco, semelhante ao Protocolo de Manchester (11, 12) e ao Acolhimento com Classificação de Risco em Assistência Médica Ambulatorial (AMA) (9) e, seguindo a política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), adaptando para um protocolo exclusivo de acolhimento em ESF.

A primeira etapa para implantação do ACR foi a discussão das atribuições de cada profissional da unidade e a elaboração de um protocolo pela equipe da unidade definindo fluxos para a triagem (Figura 1). Após a chegada do usuário na Unidade de Saúde e seu devido encaminhamento para

TABELA 1 – Classificação de Risco por escala de cores. Entende-se mmHg (milímetros de mercúrio), Tax (temperatura corporal axilar, °C (graus célsius), Glasgow (escala de coma de Glasgow [11], mg/dL (miligrama por decilitro)

Classificação de Risco por escala de cores	
Preto	Parada Cardíaca ou Respiratória
	Perda força, movimento ou sensibilidade em face, braços e pernas
	Trauma Crânio-encefálico Grave (Glasgow < 12): atropelamento, traumas graves
	Fraturas, luxações, entorses
	Dor toráxica de início súbito (< 1 hora) em pacientes hipertensos, diabéticos ou cardiopatas
	Queimaduras graves ou em crianças
	Inconsciência
	Hipotermia
	Insuficiência respiratória (cianose, confusão mental, dificuldade de fala)
	Hemorragia ativa
	Crise convulsiva
	Agitação, alucinação, delirium
Vermelho	Dor torácica (> 2 horas)
	Pressão Arterial > 170/100 mmHg
	Pressão Arterial < 80/40 mmHg
	Hipertensão sintomática: PA > 150/100 mmHg com Cefaléia, náusea, vômitos, vertigem, etc
	HGT > 300mg/dl ou < 50mg/dl
	Crise asmática
	Gestantes: dor em baixo ventre, perdas de fluídos vaginais
	Febre (Tax 39°C)
	Suspeita de Varicela
Amarelo	Diarréia aguda (mais de 5 episódios por dia) com sinais de desidratação
	Dor abdominal aguda, náusea ou vômitos
	Dor de cabeça ou tontura, sem alteração de sinais vitais
	Dor de ouvido
	Olho vermelho, com irritação conjuntival
	Sintomas urinários (disuria, oligo-anúria)
	Dor lombar com sintomas urinários ou febre
	Prostração em crianças
Verde	Tosse, congestão nasal, corisa, dor de garganta e Tax <38,5oC
	Dor crônica com piora recente
	Atraso menstrual (mais de 30 dias)
	Constipação intestinal
	Assaduras em bebês
	Suspeita de Pediculose e Escabiose
	Inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais
Azul	Problemas ou queixas há mais de 15 dias
	Renovação de receitas
	Requisição e/ou retorno de exames
	Encaminhamento, Contra-referências
	Cólica menstrual
	Atraso menstrual (menos de 30 dias)
	Atestados e laudos

sala de acolhimento, ocorre a classificação de risco, baseada no potencial de risco à saúde, sendo preenchida uma Ficha de Triagem, constando os seguintes dados: identificação do examinador, identificação (idade, nome e assinatura) do usuário, data e hora do acolhimento, queixa principal, duração dos sintomas, doenças crônicas, medicações em uso, sinais vitais (pressão arterial periférica (PA), temperatura axilar (Tax), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), hemoglicoteste (HGT), peso e altura). Diante da avaliação desses dados, o usuário é classificado conforme classificação de risco em diferentes cores, as quais definem o encaminhamento do paciente da seguinte forma: preto (pacientes que necessitam de atendimento de emergência e devem receber atendimento imediato em Sala de Emergência Hospitalar/(Serviço de Atendimento Médico de Urgência) SAMU 192), vermelho (pacientes que apresentam riscos de agravo à saúde e que necessitam de consulta médica prioritária), amarelo (pacientes que apresentam alterações nos sinais vitais, mas sem riscos de agravo à saúde, devem receber consulta médica sem prioridade, sendo atendidos após o término dos pacientes agendados), verde (pacientes com queixas recentes ou agudas que não ultrapassem 15 dias e sem risco de agravo à saúde, devem ser avaliados pela enfermeira ou encaminhados para agendamento conforme definição da enfermagem) (Figura 2). Os critérios que definem a classificação de cada agravo à saúde estão descritos na Tabela 1. Gestantes e os extremos de idade também são considerados fatores de agravos a saúde, assim, pacientes em qualquer idade gestacional, idosos e crianças com idade inferior a 6 meses têm prioridade de atendimento.

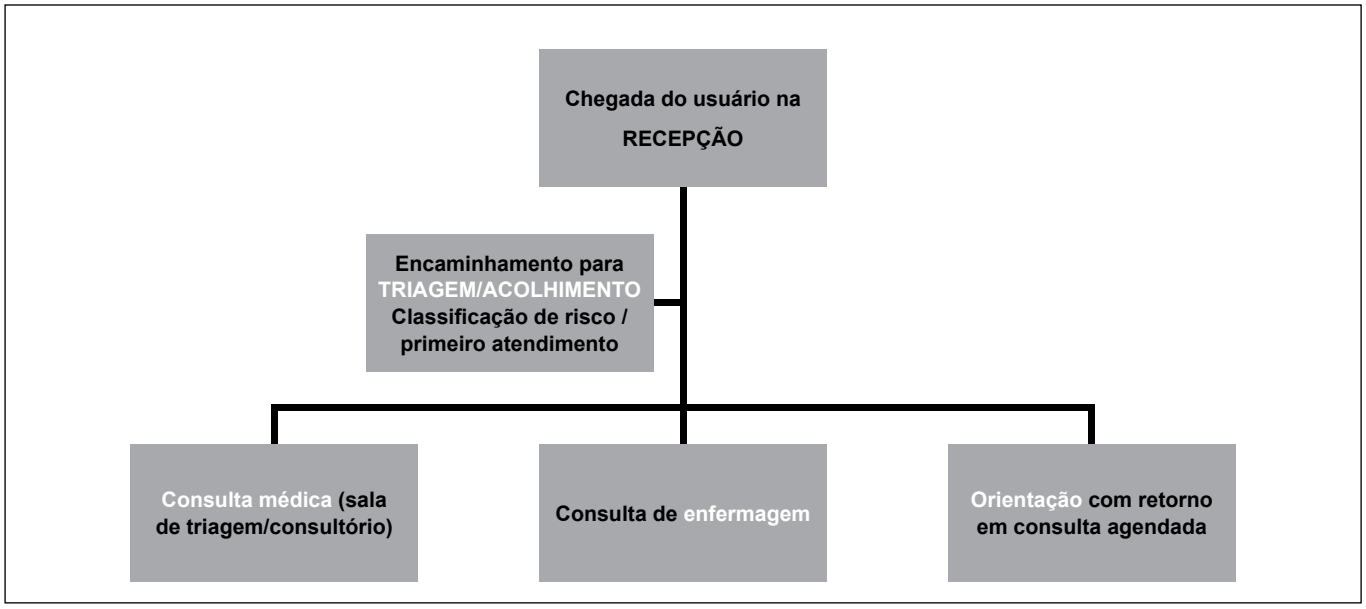


FIGURA 1 – Fluxo do acolhimento para pacientes que chegam à Unidade de Saúde solicitando atendimento médico sem consulta previamente agendada.

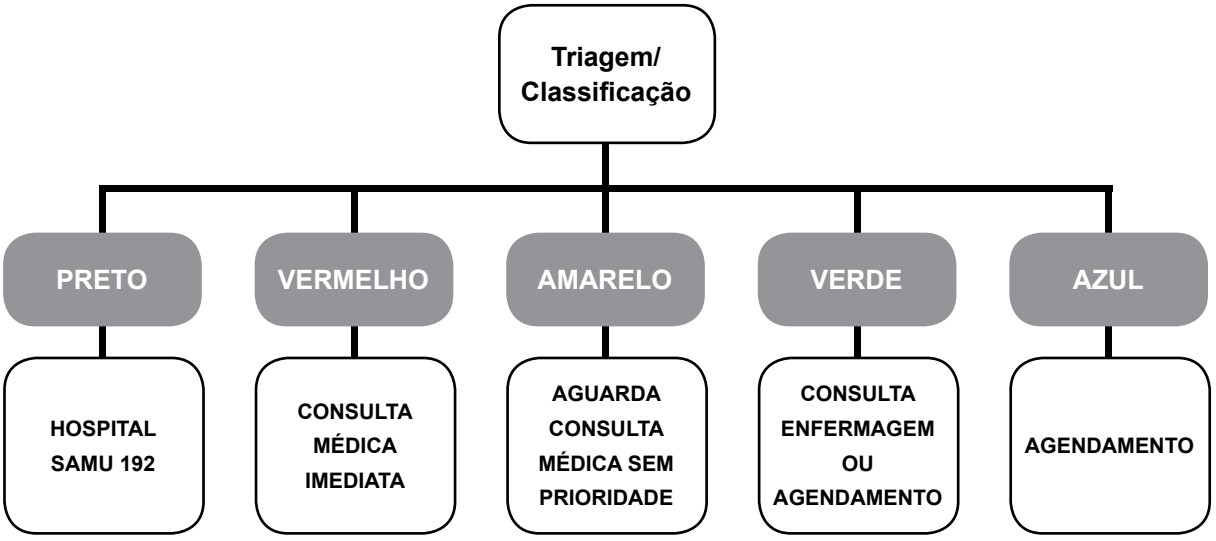


FIGURA 2 – Encaminhamento da triagem após a classificação de risco.

Neste estudo, propõe-se fazer uma análise das Fichas de Triagem dos pacientes atendidos na demanda dia, verificando a frequência dos encaminhamentos dados no período avaliado.

RESULTADOS

Da população de 6.672, a amostra composta por 2.639 pacientes que procuraram atendimento médico e passaram pela ACR mostrou que a maioria dos atendimentos (1.691 ou 63%) foi realizada pela equipe de enfermagem, recebendo a classificação Verde e Azul (Figura 5).

O restante da amostra, de 948 (35,85%) pacientes, necessitou de atendimento médico, recebendo a classificação amarelo, vermelho e preto. Destes, 944 tiveram resolutividade de seus atendimentos na ESF e uma pequena parcela (0,15%) necessitou de atendimento em sala de emergência hospitalar (Figura 4).

Os resultados gerais do estudo demonstraram que os atendimentos prestados com ACR foram de 0,15%, 0,90%, 34,8%, 48% e 15% para a classificação preto, vermelho,

amarelo, verde e azul, respectivamente. Alem disso, observou-se que a maioria dos atendimentos se concentrou na classificação amarelo e verde (Figura 3).

DISCUSSÃO

A classificação de risco realizada para os moldes do acolhimento na ESF contempla 66 possíveis motivos de consulta, de forma em que após 4 ou 5 perguntas se classifica o paciente em uma das 5 categorias de gravidade: preto, vermelho, amarelo, verde e azul, de modo respectivo como consulta em emergência hospitalar/SAMU, consulta médica imediata, consulta médica não imediata, consulta de enfermagem e agendamento. Essa forma de organização vem ao encontro com a escala de classificação Manchester System Triage (MTS) de abril de 2004, onde 52 possíveis motivos de consulta são divididos em 5 categorias de classificação de gravidade: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul como atenção imediata, muito urgente, urgente, normal e não urgente, respectivamente (17). Nos resultados deste estudo, observamos que a classificação preto, referente à consulta em emergência hospitalar/SAMU, obteve o menor escore percentual. Esse fato ocorreu devido ao fato do local estudado se tratar de uma Unidade de Saúde com atendimento na forma de ESF, afirmando que essa estrutura de atendimento é um modelo de Atenção Primária, que objetiva resolver a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde, não sendo desta forma apta para resolução de problemas de saúde mais complexos como os apresentados na classificação preto (18, 19).

Analisando os resultados sobre o número de resoluções dos atendimentos ocorridos pela equipe de enfermagem, tem-se o dado mais significante, pois, embora todos os pacientes estudados buscassem atendimento médico, a grande maioria deles (63%) após passar pelo ACR recebeu classificação verde e azul tendo resolutividade dos seus problemas pela equipe de enfermagem. Segundo Almeida e Mishima (2001), podemos relacionar esse dado ao fato de que a ESF trabalha com uma equipe multiprofissional, a qual objetiva descentralizar a figura do médico como único agente da saúde. No entanto, Sisson (2002) afirma que, apesar da ESF ter esse objetivo, o modelo assistencial hegemônico mantém-se inalterado ao privilegiar a atenção individual e hospitalar. Consequentemente, mesmo a equipe de enfermagem sendo capacitada para resolução da maioria dos problemas, as atividades centrais continuam sendo a consulta médica, realizada como pronto-atendimento, em prejuízo ao cuidado integral de atenção e ao controle sobre os determinantes principais das condições de saúde (20).

Outro dado importante foi a baixa necessidade de atendimento médico (35,85%) pelos pacientes que compunham a demanda dia. Essa observação reforça a necessidade de alguma forma de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, para que

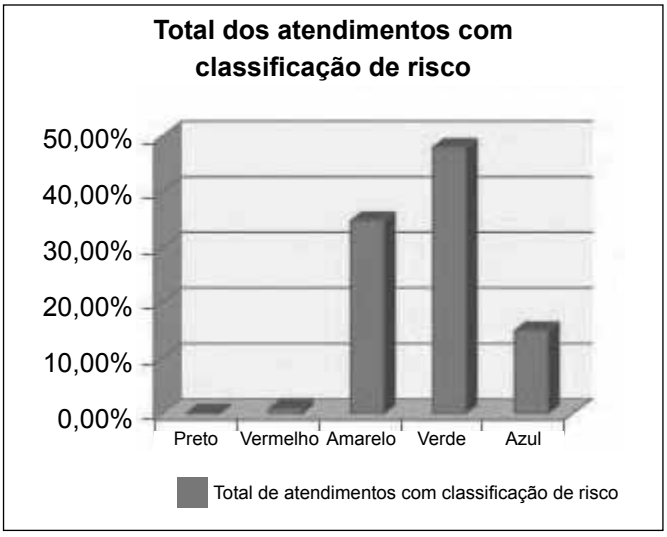


FIGURA 3 – Percentual dos atendimentos médicos e de enfermagem com ACR.

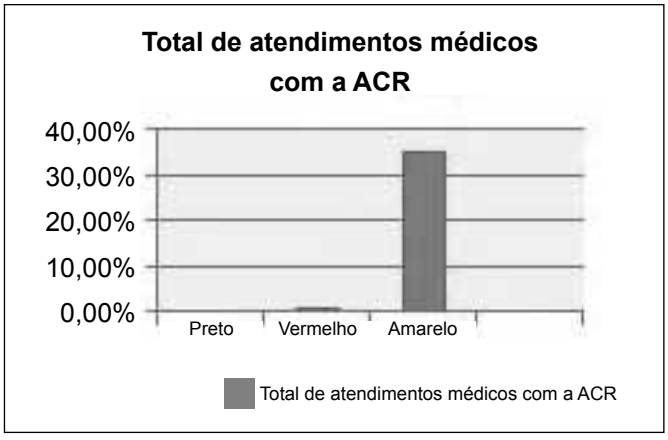


FIGURA 4 – Percentual dos atendimentos médicos com ACR.

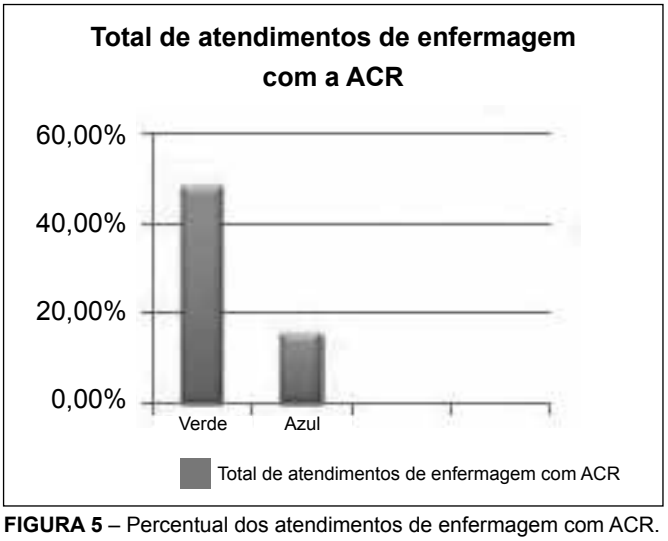


FIGURA 5 – Percentual dos atendimentos de enfermagem com ACR.

o atendimento seja humanizado e não impessoal ou por ordem de chegada (21). Além disso, poucos são os técnicos que ressaltam a utilização do critério clínico para o estabelecimento das prioridades assistenciais e individuais (causa evidente, objetiva e circunstancial, como dor, hipertensão, hiperglicemia e febre). Mesmo nas unidades que recebem o paciente nessas condições, o fazem com hora marcada, ou seja, existe um horário determinado em que essas pessoas são atendidas pelo médico, independentemente de gravidade (7). Diante disso, afirma-se que o ACR foi decisivo para priorização dos atendimentos.

CONCLUSÃO

Visto que os critérios hoje utilizados pela atenção primária são muitas vezes a prioridade dada individualmente pelo profissional, em detrimento da ótica centrada no usuário e sem seguir critérios de avaliação objetivos, conclui-se que é imprescindível a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família, pois além de passar segurança para toda equipe, também cumpre com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, principalmente mantendo a equidade e priorizando os pacientes que necessitam de atendimento imediato. Este estudo também reforçou a necessidade de complementaridade de uma equipe multiprofissional na ESF, pois, através dos resultados obtidos, observou-se que muitos dos atendimentos podem descentralizar da figura do médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poli P, Norman AH. Acolhimento e (des) medicalização: reflexões sobre essa prática em um Centro de Saúde. 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 2º Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária; 2006; São Paulo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2006. p. 246.
2. Campinas LLSL. O acolhimento ao doente com tuberculose: estudo comparativo entre uma unidade de saúde da família e um ambulatório de especialidades médicas [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.
3. Fracolli LA, Bertolozzi MR. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família. São Paulo: Ministério da Saúde; 2001. p. 4-8.
4. Abbes C, Massaro A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético estético no fazer em saúde. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília- DF. Série B. Textos Básicos em Saúde. 2004.
5. Castro, A. J. R.; Shimazaki, M. E. Protocolos Clínicos para Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte. Editora: Gutenberg; 2006. 240p.
6. Ministério da Saúde. Caderno de Informações de Saúde: informações gerais. Sistema de Informação Hospitalar (SIH); 2006.
7. Santana ML. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, 2011 Abr-Jun;6(19):133-41.
9. Rodrigues PC, Pedroso LCS, Oliveira VH. Acolhimento com Classificação de Risco em Assistência Médica Ambulatorial (AMA). A. P. S. Santa Marcelina. São Paulo; 2008.
10. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de Risco em Pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Revista Latino-Americana. Enfermagem. 2011;19(1).
11. Teasdale G, Jennet B. Assesment of Coma and Impaired Consciosness, a pratical scale. Lancet. 1974;7872:81-4.
12. Grupo de Triagem de Manchester. Triagem do serviço de urgência. 2ª ed. Portugal: BMJ Publishing; 2002.
13. Silva ACAA, Villar MAM, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. Saúde Sociedade, São Paulo. 2010;19(1):159-169.
14. Ministério da Saúde - secretaria de gestão participativa. Saúde da Família Panorama, Avaliação e desafios. Ed. MS 1° edição. Brasília; 2005.
15. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Caderno de Saúde Pública. 2008;24 Sup 1:S100-S110.
16. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface - Comunic, Saúde, Educ 9; 2001.
17. Soler W, Muñoz G, Bragulat E. El triaje: herramienta fundamental em urgências y emergências. Triage: a key tool in emergency care. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; Vol. 33, Suplemento 1.
18. Da Ros MA. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: Bagrichevski M (Org.). Saúde em debate na Educação Física. Blumenau: Nova Letra; 2006. p.44- 66.
19. Roncolleta AFT et al. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa; 2003.
20. Sisson MC. Avaliação da implantação do programa de saúde da família no programa Docente-Assistencial de Florianópolis [Tese]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: São Paulo; 2002.
21. Pires, Patrícia da Silva. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: "Canadian Triage and Acuity Scale" (CTAS) [Tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo; 2003.

✉ Endereço para correspondência
Patricia Andreia Zanetti Ballardin Roncato
Rua Dr. Vale,262
90.560-010 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3225-4210 / (51) 9121-8370
patiballardin@yahoo.com.br

Recebido: 9/7/2011 – Aprovado: 15/9/2012