

Jamilly Coelho Teixeira Braga¹
Layana Liss Rodrigues Ferreira²
Milenna de Mesquita Braga²
Ana Suelen Pedroza Cavalcante³
Florência Gamileira Nascimento³

¹Universidade Federal do Ceará, Brasil.

²Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil.

³Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

✉ **Jamilly Braga**

R. Pedro Livino, 78, Monte Castelo,
Itapajé, Ceará
CEP: 62600-000
✉ jamillyct@hotmail.com

Submetido: 29/04/2021

Aceito: 02/12/2021

RESUMO

Introdução: O acolhimento com avaliação e classificação de risco é uma estratégia que visa oferecer maior eficiência além de garantir um acesso humanizado e equânime aos usuários do sistema de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência da elaboração de um fluxograma de acolhimento com classificação de risco para uma unidade básica de saúde. **Relato da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência descritivo referente às vivências de internas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú em atividades desenvolvidas em um Centro de Saúde da Família de um município do interior do Ceará. A introdução de um protocolo para o acolhimento foi apoiada pela equipe, sendo considerada como intervenção relevante para a reestruturação da unidade. O protocolo elaborado prevê um acolhimento caracterizado por meio de uma escuta qualificada e humanizada, apto a oferecer uma resposta ao usuário, garantindo-lhe um atendimento humanizado e igualitário. **Conclusão:** A intervenção possibilitou aos estudantes a capacidade de pensar e arquitetar novas estratégias para colaborar e melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acolhimento; Protocolos; Fluxo de Trabalho.

ABSTRACT

Introduction: Welcoming with Risk Assessment and Classification is a strategy that aims to offer greater efficiency in addition to ensuring humanized and equitable access to users of the health system. **Objective:** To report the experience of developing a welcoming flowchart with risk classification for a basic health unit. **Experience Report:** This is a descriptive experience report referring to the experiences of interns of the Nursing Graduation Course at the Universidade Estadual Vale do Acaraú in activities developed in a Family Health Center in a city in the interior of Ceará. The introduction of a protocol for the reception was supported by the team, being considered as a relevant intervention for the restructuring of the unit. The elaborated protocol foresees a reception characterized by a qualified and humanized listening, able to offer a response to the user, guaranteeing a humanized and equal service. **Conclusion:** The intervention provided students with the ability to think and devise new strategies to collaborate and improve the health team's work process.

Key-words: Primary Health Care; User Embracement; Protocols; Workflow.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) ou básica é caracterizada como um conjunto de ações individuais e coletivas, incluindo promoção, proteção e recuperação da saúde, contribuindo de forma integral e continuada na prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.¹

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a principal porta de entrada dos usuários ao serviço público de saúde e tem sob sua responsabilidade a resolubilidade de 85% das necessidades de saúde da população.¹ No entanto, este serviço vêm enfrentando dificuldades para alcançar esses objetivos, dentre as quais podem ser citados a grande fila pelo atendimento nos serviços de saúde e a superlotação das UBS.¹

Entre as estratégias que podem auxiliar no enfrentamento dessa situação, podemos citar a implantação do serviço de acolhimento com classificação de risco.^{2,3} O acolhimento com avaliação e classificação de risco foi proposto em 2004, dentro da Política Nacional de Humanização (PNH),⁴ tendo por finalidade oferecer maior eficiência e efetividade organizacional, mediante a reorganização do sistema de atenção em saúde no Brasil.^{5,6} Foi desenvolvido com o objetivo de auxiliar na ruptura do modelo biomédico, no qual o paciente era atendido por ordem de chegada. Com isso, aqueles que chegam ao serviço de saúde são atendidos mediante classificação de risco, onde a prioridade para o cuidado tem como base a gravidade clínica, potencial de risco e/ou grau de sofrimento das pessoas, com objetivo de garantir maior qualidade no atendimento dos serviços de emergência.⁷

O acolhimento é iniciado no momento em que o usuário chega à UBS e faz o primeiro contato com os profissionais de saúde que o acompanham. De acordo com a PNH o acolhimento deve respeitar e entender a singularidade de cada usuário, estabelecendo relações de confiança, conduzindo o usuário para o melhor caminho a fim de melhorar seu problema de saúde.⁸ Assim, o processo saúde-doença passa a ser responsabilidade de toda a equipe de saúde da APS, bem como daqueles que adentram nesse ambiente, quer sejam profissionais, pacientes ou profissionais em formação.

Este estudo faz parte da proposta de intervenção do internato do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e tem por objetivo relatar a experiência de internas de enfermagem frente a proposta de implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco dos usuários de uma UBS do interior do Ceará.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de intervenção desenvolvido entre setembro

e outubro de 2017, em um Centro de Saúde da Família (CSF) de um município do interior do Ceará. A intervenção surgiu a partir da observância do grande fluxo de usuários na unidade e pela inexistência prática de um protocolo que redirecionasse o acolhimento. Ressalta-se que esta necessidade adveio da equipe e foi acolhida pelas internas de enfermagem.

A partir disso, foi planejado um novo fluxograma de acolhimento de demanda espontânea, por meio de oficinas com toda a equipe da unidade, durante o mês de setembro de 2017. Os participantes do projeto são os seguintes integrantes da equipe: médico, enfermeiros, técnicas de enfermagem, odontóloga, técnica de saúde bucal, agentes administrativos, vigias, auxiliares de serviços gerais, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado de toda a equipe de saúde, sendo um processo que requer a participação interdisciplinar, devendo contribuir para a edificação de uma ética da diferença, da tolerância com os diferentes e da inclusão social.⁹ Isso porque o conhecimento de cada área profissional agrega valor e qualidade na atenção às pessoas, contribuindo para a integralidade em saúde e, conseqüentemente, maior efetividade do serviço.

O atendimento às necessidades de saúde é responsabilidade de todos os profissionais que compõe a unidade de saúde como também o estabelecimento de vínculos e de corresponsabilização com a comunidade adscrita.¹⁰

Nessa perspectiva, foram realizadas cinco oficinas divididas com os seguintes profissionais: uma com enfermeiros, uma com os agentes administrativos responsáveis pelo serviço de arquivo médico e estatística (SAME), uma com as técnicas de enfermagem e duas com toda a equipe.

A organização estrutural das cinco oficinas seguiram a mesma lógica, distribuídas em quatro momentos. No primeiro momento ocorreu a explanação da situação populacional da unidade, posteriormente definição e explicação do acolhimento, no terceiro momento foi reservado exposição de ideias e opiniões dos participantes para a criação do fluxograma e no quarto momento da oficina a avaliação. A condução das oficinas foi feita por três internas de enfermagem.

No primeiro momento houve a exposição do Protocolo de Acolhimento do Ministério da Saúde,¹¹ o quantitativo de consultas diárias da equipe médica, enfermagem e técnica e relatos da gerente e enfermeiros sobre as reclamações recebidas por parte da comunidade em relação ao tempo de espera nas consultas e os “vai-vem” até a realização da consulta propriamente dita. Este momento foi primordial para a capacitação da equipe com relação a realidade da unidade.

No segundo momento realizou-se a explanação

da ideia de implementação do protocolo da unidade, com conceitos, definições, exemplificações do processo e realização de um caso teste com a utilização do protocolo para que a equipe pudesse visualizar todo o transcorrer do protocolo e uma melhor compreensão do mesmo.

O terceiro momento da oficina era facultativo para dúvidas e ideias, a equipe ficava livre para perguntas sobre as dúvidas que ainda existissem e essas eram sanadas pelas internas, como também suas ideias para agregação no protocolo, que eram debatidas, anotadas e avaliadas para posterior agregação.

No quarto momento realizava-se a avaliação da oficina, por meio da dinâmica "Gostei, Não Gostei e Precisa melhorar" onde os participantes elencavam quais momentos correspondiam ao que estava escrito nas plaquetas. A avaliação era livre para os participantes, mas nas cinco oficinas todos os integrantes participaram com sua avaliação. Os momentos elencados como não gostei e precisa melhorar eram anotados e remodelados a cada oficina.

Apesar de seguir um mesmo planejamento para as oficinas, houve algumas distinções que são expostas a seguir, conforme o público participante.

1º Oficina: enfermeiros

Participaram deste momento quatro enfermeiros os quais foram convidados a estar pensando sobre o diagnóstico situacional da unidade. A oficina durou em média 30 minutos. Para identificar as necessidades utilizou-se algumas perguntas disparadoras acerca da identificação das principais dificuldades de sua prática em relação ao atendimento dos usuários.

Nesse momento os enfermeiros expressaram a necessidade de um novo fluxograma para orientar o fluxo de atendimentos, já que devido a alta demanda, muitas vezes a escuta qualificada ficava prejudicada, contribuindo para reclamações da população.

Os participantes destacaram como dificuldades a compreensão da equidade dentro dos serviços, por parte do restante da equipe e de atender a esse princípio considerando as necessidades de cada paciente que vem à UBS. Aqui também foi discutida o papel de cada enfermeiro no fluxograma de acolhimento.

2º Oficina: agentes administrativos

Nesta segunda oficina os agentes administrativos foram convidados a estar participando. A oficina durou em média 40 minutos e participaram dois agentes administrativos.

Foi aplicada a estratégia caixa de perguntas para identificar as principais necessidades e dificuldades com relação ao acolhimento na unidade, destacando o perfil do território.

Os agentes administrativos destacaram a

dificuldade em contornar situações de espera com os usuários e destacaram que era necessário uma melhor explanação para a população de como se daria o acolhimento e o novo fluxo.

3º Oficina: técnicos de enfermagem

As técnicas de enfermagem que participaram da oficina foram três, esta oficina foi aplicada em um tempo de 40 minutos dividindo-se em quatro momentos: apresentação dos objetivos da oficina, levantamento das necessidades de acolhimento, dinâmica da caixa de perguntas e momento disparador para possíveis estratégias de soluções para os problemas identificadas.

Nesta oficina os participantes fomentaram a importância do acolhimento e reforçaram que toda a equipe deveria participar dos momentos de construção. A partir disso pensou-se em uma oficina na qual teve como intuito principal construir em conjunto com a equipe o fluxograma de acolhimento. Devido ao tempo essa oficina se desdobrou na quarta e quinta oficinas.

4º Oficina: equipe de saúde

Na quarta oficina com a participação de toda a equipe foi realizada a construção do fluxograma, tendo como base as oficinas anteriores e as opiniões dos participantes.

A oficina durou em média 60 minutos, pois teve que ser realizado o passo a passo das cores representativas, conforme orientações de outros fluxogramas presentes na literatura.

Durante os processos de explanação os participantes destacaram a importância do fluxograma e de como melhoraria o atendimento. Destacaram ainda a forma como a oficina foi conduzida, bem como a participação da equipe.

5º Oficina: equipe de atenção básica

Na última oficina foi apresentado o novo fluxograma para a equipe e realizou-se uma pequena encenação para colocar o fluxograma de acolhimento em prática, para que ele ficasse o mais claro possível para todos os profissionais.

Por fim, foi construído o protocolo de acolhimento (figura 1) baseado no acolhimento com classificação de risco do Ministério da Saúde,¹¹ enfatizando a necessidade da equipe e da unidade. Bem como os itens correspondentes à avaliação da demanda espontânea (tabela 1).

Na realização das oficinas e da intervenção final que se constituiu a construção do fluxograma, a equipe teve boa participação e aceitação, onde participou ativamente dos momentos realizados, sendo um ponto importante, pois a implementação do protocolo necessita do envolvimento, conhecimento e aceitação

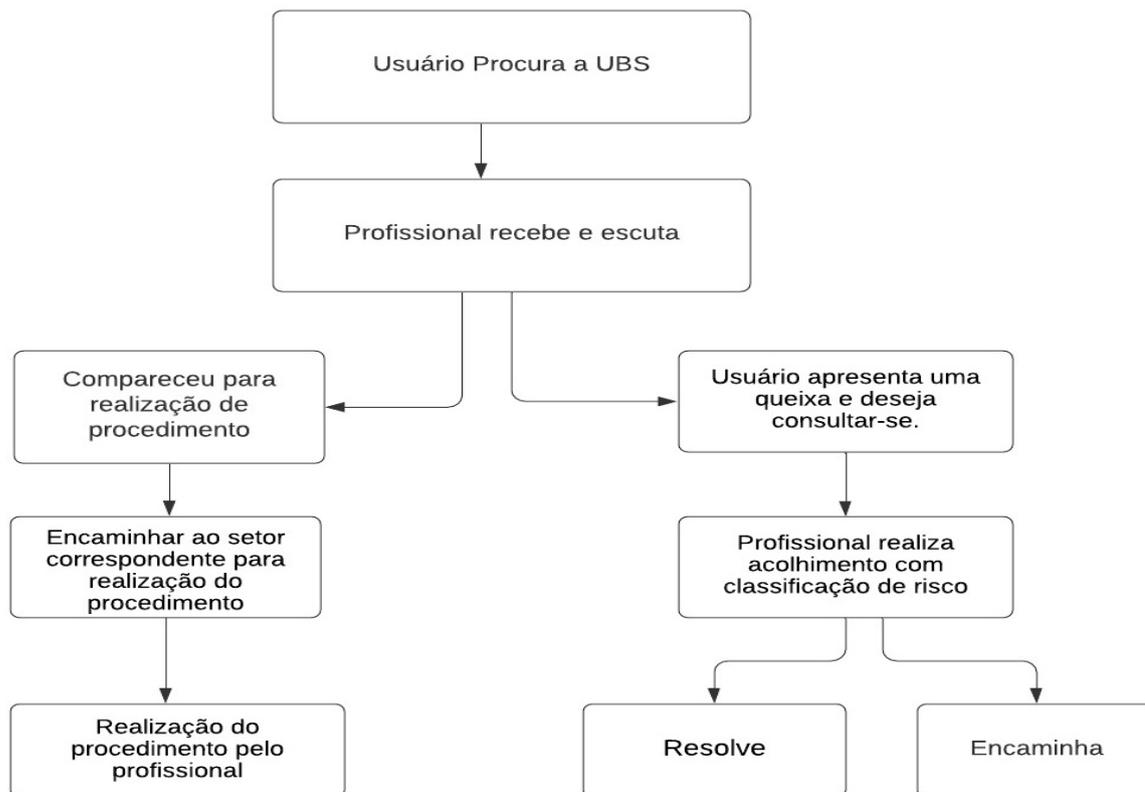


Figura 1: Fluxograma do protocolo de acolhimento à demanda espontânea na UBS, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.

Tabela 1: Avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea,¹¹ Sobral, Ceará, Brasil, 2017.¹¹

Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
Febre >38,5°C em menores de 7 anos	Idosos acima de 70 anos	Puericultura	Tratamento de verminoses e micoses
Pressão arterial >160x100mmHg	Pressão arterial <160x100mmHg	Diarreia/vômito sem desidratação	Apresentar resultado de exames
Glicemia >350mg/dl	Glicemia <350mg/dl	Lesões de pele	Renovação de receita "Atestado"
Doenças contagiosas de alta infectividade	Suspeita de tuberculose ou hanseníase	Viroses	

de toda a equipe.

Com relação às principais dificuldades, podem ser citadas a resistência de alguns profissionais na participação das oficinas por conta dos atendimentos e não puderam estar em todos os momentos planejados. No entanto, a potencialidade vista foi o apoio e ajuda por parte da gerente em todos os momentos da intervenção o que permitiu a desenvoltura deste protocolo.

DISCUSSÃO

Um ponto relevante para o desenvolvimento deste trabalho e para o planejamento de ações voltadas ao aperfeiçoamento da UBS foram a discussão e a

formação de um diagnóstico situacional. A UBS está localizada em uma área de risco, pois trata-se de um território de grande vulnerabilidade social e possui áreas descobertas por ACS, devido ao número insuficiente desses profissionais na unidade.

A avaliação situacional da unidade possibilitou a identificação dos principais problemas, que foram: alta demanda por atendimentos e áreas descobertas por ACS, o que dificulta a prestação de um cuidado com qualidade, além de contribuir para a elaboração de um plano de ação fundamentado nas necessidades da população. A não realização de um bom diagnóstico da realidade vivenciada pela equipe, dificulta a definição das intervenções necessárias para o enfrentamento

de problemas futuros. Cardoso et al¹² apontam que o diagnóstico é fundamental para o processo de planejamento, sendo um passo importante para a elaboração de um plano de ação.

Para garantir um acesso universal, priorizando um atendimento conforme os critérios de classificação de risco, a equipe de saúde propôs a introdução do acolhimento com classificação de risco através da elaboração de um protocolo, com capacitação da equipe.

O projeto do acolhimento abrange a integração de todos os profissionais assistencialistas neste processo. Ocorre, portanto, a necessidade de padronizar as condutas assistenciais e definir as atribuições entre as categorias. O Ministério da Saúde propõe que a elaboração de protocolos ocorra a partir de acordos participativos, prevendo a avaliação da necessidade do usuário em função do seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção.¹³

Este estudo nos propiciou um olhar atento ao acolhimento do usuário, a importância de organizar este processo para dispor de uma atenção integral ao usuário, o planejamento das atividades com antecedência, utilização de metodologias ativas na realização das oficinas e a relevância de um fluxograma para a UBS, visto que o mesmo é de fácil compreensão tanto para profissionais como usuários.

O protocolo de acolhimento prevê uma acolhida realizada por um profissional que deve responsabilizar-se por dar uma resposta à queixa do indivíduo, após escutá-lo e avaliá-lo conforme seu grau de risco, considerando, obviamente, o conhecimento deste usuário acerca do seu processo de adoecimento.¹⁴

Dessa forma, a ferramenta irá colaborar na instauração da prática da integralidade, de forma que o serviço assuma sua função de acolher, escutar e dar retornos, deslocando o eixo de seu processo de trabalho para a equipe multiprofissional além de tornar as relações profissional-usuário mais humanizadas. O acolhimento quando bem concretizado, permite a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, diminuindo a centralidade do profissional médico e melhor utilizando as habilidades dos demais profissionais.¹⁵

A equipe considera os protocolos como a forma mais indicada para a organização e padronização das ações. Contata-se assim que os fluxogramas são instrumentos metodológicos que orientam os serviços de saúde, principalmente em suas decisões. O processo como este é implementado deve ser crucial para que haja entendimento por parte da equipe. No estudo de Machado,¹⁶ houve também um planejamento similar para implantação de um protocolo de acolhimento, em que foi identificado os nós-críticos para pensar estratégias de implantação e preparo da equipe.

O acolhimento pode ser compreendido como uma estratégia que visa organizar o trabalho em saúde e a estruturação do CSF. A realização da educação permanente possibilitou a elaboração de um protocolo de acolhimento com classificação de risco implicando em um acolhimento por meio de uma escuta qualificada e humanizada, capaz de dar uma resposta ao usuário. A escolha do tema partiu de uma necessidade identificada no processo de trabalho e isso se configura como educação permanente, já que foi confirmada pela equipe de saúde.

O processo de planejamento e execução da experiência possibilitou aos profissionais em formação trabalhar aspectos referentes ao gerenciamento em saúde, haja vista que a formação de protocolos nos serviços de saúde é algo que requer a presença do profissional, além disso representa um passo importante para a formação do pensamento crítico-reflexivo que, por vezes é essencial na prática ao lidar com situações problemas semelhante a esta.

A discussão promovida nas oficinas sobre a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea, realizados com os profissionais do referido CSF, contribuiu para que todos os participantes reflitam sobre suas concepções no que tange a temática. Além disso, o estudo desenvolvido propiciou a obtenção de resultados relevantes, por apresentar junto à equipe uma ferramenta que facilitará o atendimento disposto para o usuário.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2009; 17(6):1001-8.
3. Teixeira RR. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2003:91-113.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(4):535-40.
6. Santos AE. Humanização em serviços de emergência. In: Calil AM, Paranhos WY. *O enfermeiro e as situações de emergência*.

CONCLUSÃO

São Paulo: Atheneu; 2010:139-48.

7. Hiestand B, Moseley M, MacWilliams B, Southwick J. The influence of emergency medical services transport on emergency severity index triagelevel for patientswith abdominal pain. *Acad Emerg Med.* 2011; 18(3):261-6.

8. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

9. Leite MPS. Proposta de um acolhimento para unidade de atenção primária à saúde de Virgolândia, Minas Gerais [Trabalho de Conclusão de Curso] [Internet]. [citado em 2021 jul 10]. Virgolândia: 2009. Acesso. em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4271>.

10. Cavalcante ASP, Ribeiro MA, Tomás SMC, Vasconcelos MIO, Albuquerque IM AN, Mira QLM, Queiroz MVO. Círculos de cultura como ferramenta de construção de consenso: diálogos sobre avaliação de risco e vulnerabilidade. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2016; 18(4):124-31.

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

12. Cardoso FC et al. Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2008.

13. Ministério da Saúde (BR). Textos básicos de saúde: acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

14. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica.* 2013; 28(1).

15. Beck CLC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde.* 2008; 34(1-2):37-43.

16. Machado VA. Proposta de implantação dos protocolos de acolhimento do Ministério da Saúde no PSF Jardim Itamaraty III no município de Poços de Caldas/MG [Trabalho de conclusão de curso]. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.