

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PATRÍCIA RIBEIRO LETRINTA

ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA –  
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO



DOURADINA

2019

PATRÍCIA RIBEIRO LETRINTA

ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA –  
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização na Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Comassetto

DOURADINA  
2019

## RESUMO

Este estudo de caráter pesquisa-ação se relaciona com a inexistência do acolhimento com classificação de risco na unidade básica de saúde Carlos Torisco - Douradina/Pr. A organização da demanda tanto programada quanto espontânea, tem sido um desafio na atenção básica. É necessário refletir sobre o acesso da população aos serviços e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde. O acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica e tem por finalidade a pronta identificação dos usuários mais graves, permitindo um atendimento de acordo com o potencial de risco. O objetivo deste trabalho é a implantação do acolhimento com priorização de risco na unidade, seguindo as normas do Ministério da Saúde visando à melhoria do ambiente de trabalho e assistência prestada aos usuários. Sendo possível concluir que o acolhimento com estratificação de risco é uma prática possível dentro da rotina de trabalho dependendo diretamente da capacitação da equipe, aplicação dos fluxogramas e orientação à população.

Palavras-chave: Acolhimento. Estratégia Saúde da Família. Classificação de Risco.

## **ABSTRAT**

This research-action study is related to the lack of reception with risk classification in the basic health unit Carlos Torisco - Douradina / Pr. The organization of demand, both programmed and spontaneous, has been a challenge in primary care. It is necessary to reflect on the population's access to services and the possible factors that may favor or hinder the user's entry into the health system. The reception with risk classification is a tool to support clinical decision-making and aims to promptly identify the most serious users, allowing care according to the risk potential. The objective of this work is the implementation of reception with risk prioritization in the unit, following the rules of the Ministry of Health aiming at improving the work environment and assistance provided to users. It is possible to conclude that welcoming with risk stratification is a possible practice within the work routine depending directly on the training of the team, application of flowcharts and guidance to the population

Keywords: Reception. Family Health Strategy. Risk rating

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	5
1.2 OBJETIVO .....	7
1.2.1 JUSTIFICATIVA.....	8
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	9
<b>3 REVISÃO</b> .....	11
<b>4 IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO - PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO</b>	14
<b>5 RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	18
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	19
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	20

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Douradina está localizado geograficamente no noroeste paranaense, emancipado politicamente desde 1983, conta com uma população de aproximadamente 9.000 habitantes (IBGE, 2017). O município conta com 02 Estratégias Saúde da Família (ESF), no território urbano e 01 no perímetro rural, sendo que, me encontro inserida na equipe 01 da zona urbana, localizado no bairro Agostinho.

A equipe está alocada em uma Unidade de Saúde (US), cuja estrutura é pequena e foi construída para ser Clínica da Mulher. Foram realizadas muitas adequações e adaptações, pois o prédio estava praticamente abandonado. A unidade está em período de avaliação, em processo de tutoria em busca do selo bronze. Trata-se de uma unidade mista em que nas sextas-feiras há oferta de atendimento à população da área rural.

A Unidade de Saúde compreende 07 microáreas, contemplando uma população de aproximadamente 4.400 pessoas, o que representa cerca de 1.340 famílias. São realizadas, em média, 50 atendimentos, entre consultas médicas, odontológicas e de enfermagem.

As consultas ocorrem em cinco horários agendados e nove para demanda espontânea, sendo que as segundas-feiras são reservadas para os pacientes portadores de hipertensão e diabetes, as terças-feiras pela manhã realizam-se visitas domiciliares (acamados ou que apresentem dificuldade severa para deambulação), nas terças feira à tarde e nas quartas feiras pela manhã, atendem-se a demanda livre, enquanto no período da tarde de quarta atendem-se consultas de pré-natal. Nas duas últimas quintas-feiras de cada mês realizam-se oficinas com pacientes portadores de doenças crônicas diabetes e hipertensão.

A unidade conta com prontuário eletrônico, implementado recentemente. Boa parte da população assistida é economicamente ativa e possui plano de saúde oferecido pela empresa.

O perfil dos usuários da unidade é: em maioria idosa de baixa escolaridade, com predomínio de doenças crônicas (hipertensão e diabetes) que não realizam nenhum tipo de atividade física, associada ao consumo de alimentos não saudáveis. Há também uma elevada concentração de pessoas

que fazem uso de benzodiazepínicos e antidepressivos indiscriminadamente. Atualmente, no município há um alto índice de autolesão e suicídio. Existem poucos casos de gravidez na adolescência, surtos de doenças infecciosas e diariamente pessoas em idade produtiva que referem doenças ou queixas ortopédicas, além de haver ainda, muitos usuários que procuram o serviço para obtenção de atestado médico.

Busca-se realizar os atendimentos na unidade de forma programada, no entanto, até o momento o único atendimento priorizado e organizado é o das gestantes, mesmo assim frequentemente são realizados outros atendimentos entre uma e outra gestante, uma vez que, para a população usuária da unidade, a equipe sempre deve estar disponível para resolver prontamente as suas queixas, pois para eles tudo é de extrema importância. Existe a necessidade urgente da implantação de um protocolo para realização da triagem, indo desde a recepcionista que não recebe treinamento específico para realizar suas funções, até a equipe de saúde de um modo geral, porquanto, não raro, ocorrem interrupções durante as consultas por motivos nem sempre urgentes, na busca por estratégias momentâneas para solucionar as demandas.

A interação entre fatores sociais, econômicos e familiares é inegável (BRANDÃO, 2002; ALVES; AERTS, 2011), todavia, faz-se importante a atualização dos conhecimentos dos profissionais, o estabelecimento de protocolos e revisão da organização do serviço. Diante deste contexto, acredito que a maioria dos problemas da unidade se resolveria com o planejamento do trabalho, educação em saúde, tanto para equipe quanto para a população. Nesse sentido, a ESF cumpriria sua função, uma vez que, sua implantação tem por finalidade orientar e organizar o sistema de saúde, buscando respostas para as necessidades da população, com base em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde (GIOVANELA et al., 2009).

A atenção básica, para ser resolutiva, deve ter capacidade ampliada de escuta (e análise) para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que

se apresenta com alta relevância e centralidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências, é o objetivo que devemos alcançar (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

A organização da demanda tanto programada quanto espontânea, tem sido um desafio. Busca-se realizar um atendimento com acolhimento humanizado que responda as necessidades e garanta o acesso qualificado a uma população de aproximadamente 4.400 habitantes. O grande aporte de pessoas na demanda espontânea é por razões não emergenciais, situação essa que deveria fazer parte da organização do paciente quanto agente principal responsável pela qualidade de seu atendimento longitudinal. Isso ocorre devido à falta de capacitação e planejamento da equipe de saúde para realizar a triagem de forma adequada.

A estratificação permite que situações de vulnerabilidade iminente sejam reconhecidas, orienta o tipo de intervenção (oferta de cuidado) necessária e o tempo em que isso deve ocorrer. Mediante a avaliação de risco e vulnerabilidade, dividimos os pacientes em "não agudos" (intervenções programadas) e "agudos" (atendimento imediato, prioritário ou no dia), fazendo com que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, cumprindo-se o princípio da equidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

## 1.2 OBJETIVO

- Elaborar um projeto de intervenção para implantação de acolhimento com classificação de risco na Unidade de Saúde da Família Carlos Torisco, município de Douradina - PR



### 1.2.1 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica devido à importância das ações de planejamento e educação continuada na Unidade de Saúde da Família Carlos Torisco, pontuando aspectos sobre a importância de estabelecer protocolo para triagem dos pacientes, necessidade de planejar e organizar o processo de trabalho para que o acolhimento aconteça de forma resolutiva. Realizar a organização da demanda e oferta de serviços, capacitação profissional e atendimento ao usuário mais qualificado. Orientar e aumentar o nível de informação da comunidade sobre as atribuições e funções da atenção básica na saúde da população.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter documental, um estudo que tem por finalidade possibilitar aos pesquisadores e participantes (neste caso, profissionais da área de saúde e usuários dos serviços de saúde), os meios para obterem respostas aos problemas vivenciados com maior eficiência e com base em uma ação transformadora, facilitando a busca de soluções caracterizando-se como pesquisa-ação (KOERICH et al., 2009).

Sendo este modelo interpretativo com base empírica, compreendendo a identificação do problema dentro de um contexto social ou institucional, o levantamento dos dados relativos ao mesmo, a sua análise e significado, a identificação da necessidade de mudança, o levantamento de possíveis soluções e por fim, a intervenção ou ação propriamente dita no sentido de aliar pesquisa e ação, simultaneamente (THIOLLENT, 2007).

De acordo com Thiollent (2005), as fases desse tipo de pesquisa estão relacionadas abaixo, de maneira resumida, pois para entendimento deste método é necessário um estudo mais minucioso.

Fase exploratória: que constitui em diagnóstico da realidade do campo de pesquisa, levantamento da situação e dos problemas, que neste caso incidiu em um levantamento bibliográfico e a participação de oficinas dessa temática, concluindo que, com a crescente demanda e procura nos serviços de saúde, observa-se um grande fluxo de circulação tumultuada dos usuários, tornando-se imperativo a reorganização do método de trabalho de forma a atender os diferentes graus de agravos à saúde, de forma que a assistência prestada seja de acordo com diferentes graus de necessidade e não mais por ordem de chegada, tendo como Tema norteador: “Inexistência do acolhimento com classificação de risco”.

Colocação do problema: nesta fase há discussão sobre a relevância científica e a prática do que será pesquisado. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes de acordo com o potencial de risco, visa capacitar a equipe para acolhimento do paciente na chegada a unidade de forma humanizada, realizando a classificação de acordo com sua gravidade, neste sentido, é uma ferramenta considerada muito efetiva na

organização do atendimento, explicando para o paciente sobre sua situação e prioridade.

Lugar da teoria: articulação com um referencial teórico de acordo com o local onde será realizada a pesquisa. As informações que serão levadas ao seminário, dados e protocolos do Ministério da Saúde e revisão de literatura encontrada em artigos e trabalhos científicos através de consulta eletrônica.

Elaboração da proposta: a elaboração do protocolo de acolhimento e classificação de risco a ser implantado, foi apresentada inicialmente em curso sobre acolhimento e classificação de risco no consorcio intermunicipal de saúde - Umuarama. Já no município de Douradina, realizamos reuniões com a equipe de médicos e enfermeiros para possível elaboração e aplicação desse protocolo.

QUADRO 1 – HORÁRIOS DAS REUNIÕES COM A EQUIPE

<b>Data/horário</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Duração/ participantes</b>	<b>Recursos utilizados</b>
29/05/19 20/06/19 04/07/19	Elaboração do protocolo de acolhimento e classificação de risco a ser implantado	Oficina/roda de conversa	14h30-17h00	Artigos/ Cadernos do Ministério da Saúde/ recursos áudio visual.

A partir do exposto, temos a seguinte problemática: Como auxiliar o processo de trabalho da equipe para otimizar a rotina de atendimento na Unidade Básica de Saúde Carlos Torisco?

### 3 REVISÃO

A atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade, desde as mais simples as mais complexas, que exigem diferentes tipos de esforço da equipe. O uso de ferramentas de planejamento permite o melhor aproveitamento do tempo e dos recursos, aumentando a possibilidade de atingir objetivos determinados. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). As unidades básicas de saúde devem ser pactuadas no território de forma a garantir o acesso e atendimento do usuário pela equipe multiprofissional nesse serviço.

A não organização na atenção básica e a incapacidade de responder corretamente as necessidades da população faz com que os serviços de urgências e emergências sejam frequentemente utilizados para problemas não urgentes, sendo esse um fator agravante em alguns casos pelo não atendimento no tempo adequado, a atenção centrada na doença e não no sujeito e suas necessidades (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

O acolhimento tem início com chegada do usuário à unidade de saúde, é avaliado como estratégia para mudar o processo de trabalho em saúde. É o ato de escuta qualificada onde a equipe de saúde utiliza seu conhecimento para a construção de respostas as necessidades dos usuários. Deste modo, como parte de sua aptidão profissional é necessário que se aprenda a avaliar, discriminar e interpretar (PAULINO, 2014).

Através do acolhimento se reconhece que por meio de uma escuta eficaz, qualificada e com metodologia baseada em evidencias possa-se criar novas alternativas que tiram de foco a consulta médica, tornando mais racional a sua utilização e tornando mais rotineiras consultas com demais profissionais. Porém, não servindo como barreira para a população da demanda espontânea. O acolhimento envolve uma postura ética e respeitosa no cuidado com o usuário, portanto devendo ser também um momento para o estabelecimento de prioridades (GOMES; PINHEIRO, 2005).

O acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica e uma forma de padronização da linguagem e tem por finalidade a pronta identificação dos usuários mais graves, permitindo um atendimento de acordo com o potencial de risco. A classificação de risco é um instrumento que organiza a fila de espera e propõe outra ordem de atendimento,

focada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Permite a identificação da prioridade clínica dos usuários e informa ao usuário e familiares o grau de risco e tempo de espera (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Na atenção básica a estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção como também o tempo em que isso deve ocorrer. Diferente do serviço de urgência, não é necessário adotar limites rigorosos de tempo para atendimento, porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. E a estratificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

O acolhimento realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) deverá ser diferenciado do atendimento em unidades de urgências e emergências, pelo simples fato de que nas unidades básicas de saúde, já existe a realização do cadastro da população adscrita, facilitando assim o acompanhamento da mesma, já que existem diversos dados do paciente registrados em prontuários e outros impressos da equipe, fazendo com que esse vínculo assegure a continuidade da assistência de forma mais eficaz e resolutiva (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

Esse processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos. Na unidade básica a classificação de risco é realizada por enfermeiro baseada em conformidades pré-estabelecidas conjuntamente com a equipe para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Na Legislação e Normas do COREN, 2013 consta a Resolução COFEN Nº 423/2012 que afirma, a Classificação de Risco é uma ação privativa do enfermeiro, o qual deve observar as disposições legais da profissão, ressaltando que para execução da mesma e priorização da assistência, o profissional enfermeiro deverá estar munido de conhecimento técnico- científico competências e habilidade para exercer tal procedimento (COREN-MG, 2013).

Todo usuário que procure atendimento, dentro do horário de funcionamento da unidade de saúde independente do horário, deverá ser atendido, e se necessário, encaminhado para atendimento médico. Para que o

acolhimento com estratificação de risco aconteça de forma efetiva, deve haver uma reorganização tanto na unidade como no processo de trabalho, ver o acolhimento e estratificação de risco como instrumento para organização do trabalho em saúde da família (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

Tornar efetivamente o acolhimento e a classificação de risco como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

Na maioria das equipes saúde da família observa-se a falta de acolhimento com classificação de risco devido à falta de funcionários, falta de comunicação adequada, a cobrança de uma demanda espontânea e a não existência de um cronograma de atividades e fluxo definido.

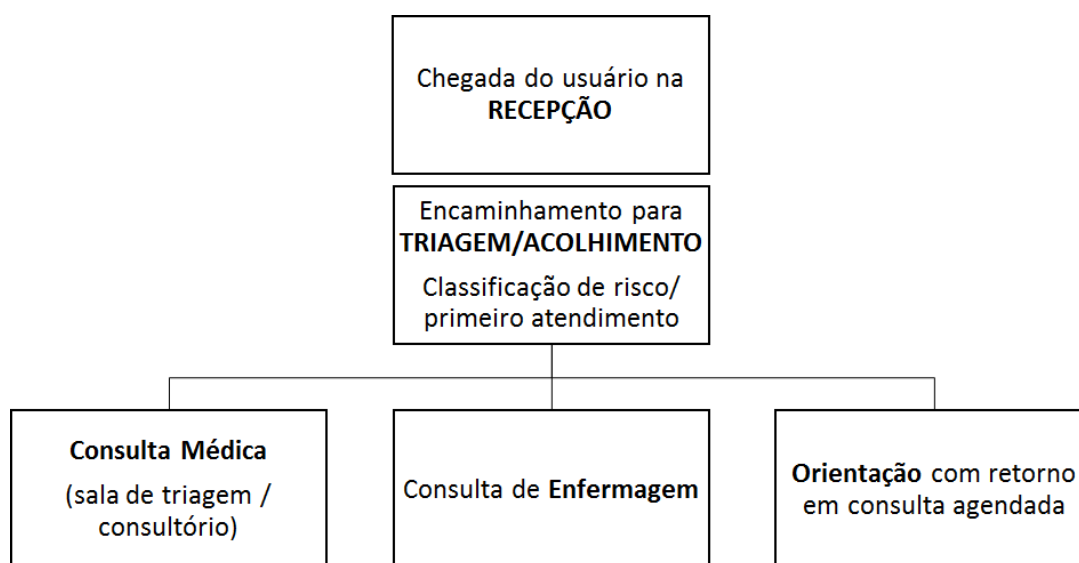
Esse plano de intervenção tem a pretensão de viabilizar a implementação do acolhimento e classificação de risco na unidade de saúde referida, contribuindo assim para uma melhora na qualidade do atendimento prestado e efetivação dos serviços.

#### 4 IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO - PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO

Evidenciou-se maior necessidade da implantação do acolhimento com classificação de risco na UBS Carlos Torisco em Douradina - PR, a partir do Prontuário Eletrônico – E-SUS que segue as normas do Ministério da Saúde visando à melhoria do ambiente de trabalho e assistência prestada aos usuários. Essa nova modalidade de assistência à demanda espontânea tem como foco a avaliação das queixas apresentadas pelos usuários no momento da assistência, e não a ordem de chegada para ser atendido.

O objetivo deste Protocolo é a implantação do acolhimento com priorização de risco na unidade, sendo para isso necessário preparação de toda equipe.

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS QUE PROCURAM A UNIDADE SEM CONSULTA OU PROGRAMAÇÃO AGENDADA



A equipe multiprofissional é formada por médico, enfermeira, técnica em enfermagem, odontólogo, farmacêutico, auxiliar de saúde bucal, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e 05 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que dão cobertura a cerca de 1.340 famílias, estamos trabalhando com duas áreas descobertas, por falta de agente comunitário, recentemente as áreas foram redistribuídas. A UBS funciona das 08h00 às 12h00 - 13h30min às 17h30min.

As reuniões da equipe serão realizadas quinzenalmente, as quartas-feiras a partir das 15 horas. As ACS devem orientar a população assistida sobre a nova forma de atendimento. A capacitação da equipe será realizada nas sextas-feiras, período vespertino, a fim de esclarecer todas as dúvidas que surgirem.

A classificação de risco será responsabilidade da equipe de enfermagem. É de fundamental importância que o profissional que faz a primeira escuta seja capaz de acolher o cidadão garantindo acesso aos serviços de maneira organizada. A classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidade são ferramentas geradoras de equidade e boa prática clínica.

As intervenções serão realizadas segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação do risco e vulnerabilidades), classificadas em “Não Aguda” (intervenções programadas) e “Aguda ou Crônica agudizado” (atendimento imediato, prioritário ou no dia), usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver alteração no grau de risco do paciente. É importante destacar que esse tipo de atendimento não implica exclusão e sim estratificação.



## QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

<b>Situação não aguda</b>
<p style="text-align: center;"><b>Condutas possíveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.</li> <li>• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).</li> <li>• Agendamento/programação de intervenções.</li> <li>• Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.</li> </ul>
<b>Situação aguda ou crônica agudizada</b>
<p style="text-align: center;"><b>Condutas possíveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atendimento imediato (alto risco de vida):</b> necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atendimento prioritário (risco moderado):</b> necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):</b> situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.</li> </ul>

Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica, segundo Ministério da Saúde, Brasil, 2013.

QUADRO 3 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR ESCALA DE CORES

<b>VERMELHO</b>	<input type="checkbox"/> Dor torácica (> 2 horas) <input type="checkbox"/> Pressão Arterial > 170/100 mmHg <input type="checkbox"/> Pressão Arterial < 80/40 mmHg <input type="checkbox"/> Hipertensão sintomática: PA> 150/100 mmHg com cefaleia, náusea, vômitos, vertigem, etc. <input type="checkbox"/> HGT > 300mg/dl ou < 50mg/dl <input type="checkbox"/> Crise asmática <input type="checkbox"/> Gestantes: dor em baixo ventre, perdas de fluídos vaginais, febre (>38°C) <input type="checkbox"/> Suspeita de Varicela
<b>AMARELO</b>	<input type="checkbox"/> Diarreia aguda (>5 episódios/dia) com sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Dor abdominal aguda, náusea ou vômitos <input type="checkbox"/> Dor de cabeça ou tontura, sem alteração de sinais vitais <input type="checkbox"/> Dor de ouvido <input type="checkbox"/> Olho vermelho, com irritação conjuntival <input type="checkbox"/> Sintomas urinários (disúria, oligo-anúria) <input type="checkbox"/> Dor lombar com sintomas urinários ou febre <input type="checkbox"/> Prostração em crianças
<b>VERDE</b>	<input type="checkbox"/> Tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta e T <38,5°C <input type="checkbox"/> Dor crônica com piora recente <input type="checkbox"/> Atraso menstrual (>30 dias) <input type="checkbox"/> Constipação intestinal <input type="checkbox"/> Assaduras em bebês <input type="checkbox"/> Suspeita de pediculose e escabiose <input type="checkbox"/> Inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais
<b>AZUL</b>	<input type="checkbox"/> Problemas ou queixas há mais de 15 dias <input type="checkbox"/> Renovação de receitas <input type="checkbox"/> Requisição e/ou retorno de exames <input type="checkbox"/> Encaminhamento/ Contra referências <input type="checkbox"/> Cólica menstrual <input type="checkbox"/> Atraso menstrual (<30 dias) <input type="checkbox"/> Atestados e laudos

FONTE: Roncato et al. (2012)

## 5 RESULTADOS ESPERADOS

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada a todo usuário que busca o serviço de saúde;
- Classificar mediante protocolo as queixas dos usuários, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Facilitar o acesso, a escuta e estimular uma postura acolhedora a todos os usuários e fornecer resposta adequada para cada caso;
- Planejar a organização do atendimento a partir da necessidade da população;
- Acolher os usuários independentemente de serem da área de atuação da UBS. No acolhimento considerar também as condições de vulnerabilidade individual, familiar e social para a definição da conduta;
- Estimular o usuário a ser protagonista em sua saúde e conhecer as ofertas da Unidade;
- Implantar o sistema de monitoramento de satisfação dos usuários;
- Mensurar a capacidade resolutiva das equipes, com base na análise de demanda do território e ofertas das equipes.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Revisitando o objetivo do presente trabalho que intenta colaborar com o processo de atendimento na Unidade Básica de Saúde Carlos Torisco, município de Douradina – PR, conclui-se que o acolhimento com estratificação de risco é uma prática possível dentro da rotina de trabalho dependendo diretamente de tais aspectos: capacitação da equipe, aplicação dos fluxogramas e orientação à população. Segundo proposta apresentada em reuniões realizadas, percebeu-se boa aceitação e envolvimento por parte da equipe de saúde.

A avaliação dos resultados do acolhimento com estratificação de risco ocorrerá dois meses após sua implantação usando como critérios a dinâmica do processo de trabalho e o nível de satisfação do usuário, sempre visando melhoria na qualidade do atendimento prestado. 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, diminuindo o tempo para o atendimento, evitando avaliação de falsas urgências, com agendamentos das mesmas e com uma reorganização do agendamento e da fila de espera.

## REFERÊNCIAS

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciê. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.319-325, 2011.

BRANDÃO, C.R. **A educação como cultura.** Campinas: Mercado Aberto. 2002, 10p.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na atenção básica.** Brasília, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf)> Acesso em: 13 jun 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1ª ed. 1ª reimp. Brasília, 2013, n.28, v.2, 290p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: **Acolhimento com classificação de risco.** Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)> Acesso em: 13 jun 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2ª ed. 6ª reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COREN - MG. **Legislação e normas.** Belo Horizonte, 2013, v.13, n.01, 85p.

GIOVANELA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.M.; FAUSTO, M.C.R.; DELGADO, M.M.; ANDRADE, C.L.T.; CUNHA, M.S.; MARTINS, M.I.C.; TEIXEIRA, C.P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Cien. Saúde Colet.** p.783-794, v.14, n.3, 2009.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. **Cidades e Estados do Brasil.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/douradina/panorama>> Acesso em: 15 jun 2019.

KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; ALBURQUERQUE, G.L. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a

pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.11, n.3, p.717-723, 2009.

PAULINO, J.A. **Demanda espontânea x demanda programada: lidando com a procura maior que a oferta**. Trabalho de conclusão de curso. Curso de especialização em atenção básica em saúde da família. Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, 2014.

RONCATO, P.; de OLIVEIRA ROXO, C.; BENITES, D.F. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.56, n.4, p.308-313, 2012.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 2005.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 2007.

: