

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CAROLINA ROCHA SOUZA¹
PRISCILLA LEITE LUSTOSA DE LIMA²
DANIELLE AURÍLIA FERREIRA MACÊDO MAXIMINO³
FÁBIA BARBOSA DE ANDRADE⁴

¹Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, Paraíba, Brasil
E-mail: krolzinha_jp15@hotmail.com

²Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, Paraíba, Brasil
E-mail: priscillalustosa@hotmail.com

³Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, Paraíba, Brasil
E-mail: dannyaurilia@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil,
E-mail: fabiabarbosabr@yahoo.com.br

Introdução

O acolhimento é o ato de receber, atender, recepcionar o usuário de forma qualificada atendendo suas necessidades, se colocando a disposição para ouvir e responder perguntas qualificadamente, em compreender, solidarizar-se com os problemas procurando revolucioná-los.

Constitui-se em um modo de operar os processos de trabalho em saúde, ou seja, implica ainda, na prestação do atendimento com resolutividade, responsabilização e orientação do usuário e família a outros serviços para a continuidade do cuidado, como também com os demais níveis de atenção à saúde. Ele propõe não apenas o resgate das práticas de saúde, mas, a construção de uma nova ética do cuidar de saúde, com base no bem de todos, ultrapassando as diferenças (BRASIL, 2004).

O acolhimento pode aumentar a utilização da ESF (Estratégia de Saúde da Família) como porta de entrada, na medida em que consiga influir positivamente no padrão de utilização dos serviços por parte dos indivíduos, e que também consiga influenciar em questões sócio-organizacionais do serviço tais como: horizontalidade das relações cuidador/indivíduo, aumento da disponibilidade dos profissionais para responder às demandas e oferta de cuidados aceitáveis e adequados às reais necessidades da população, entre outras. Parece também poder afetar o caráter de longitudinalidade do cuidado, na medida em que objetiva a formação de vínculos pessoais e duradouros e a identificação e responsabilização mútua entre equipe/indivíduo. Potencializa também a integralidade do serviço, na medida em que facilita aos cuidadores acesso aos problemas dos indivíduos e reconhecimento de necessidade de novos saberes, tecnologias, materiais e insumos que possibilitem uma prática mais integral (PEREIRA, 2006).

A Classificação de Risco tem por objetivo reduzir o tempo de espera do paciente por atendimento médico, visando à aceleração do diagnóstico, tratamento e internação, quando for o caso, contribuindo para organização do fluxo de pacientes na unidade de saúde e priorização do atendimento dos casos de acordo com a gravidade. Portanto, o atendimento do paciente baseia-se na Classificação de Risco e não na ordem de chegada ao serviço de saúde (BRASIL, 2009).

A execução da Classificação de Risco a avaliação primária deve basear-se no protocolo de situação de queixa, e tal avaliação pode se dar por explicitação dos usuários ou pela

observação de quem acolhe, sendo os casos encaminhados para a Classificação de Risco pelo enfermeiro. Além disso, acolhimento com classificação de risco deve ser dinâmico, contínuo e incluir atividades que tranquilizem o usuário e seus familiares, trazendo-lhes apoio emocional e segurança. Informações claras sobre o tempo de espera e destino de cada paciente, onde o mais grave é priorizado em relação ao menos grave (TORRES, 2010).

Objetivo

Investigar a percepção dos usuários na Estratégia de Saúde da Família no acolhimento com classificação de risco.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa. O local da pesquisa foi realizado na Unidade de Saúde III no município de Lucena-PB. A população foi constituída pelos usuários da Unidade de Saúde III no município de Lucena-PB, sendo composta por 2480 pessoas. Já amostra se formou por 20 (vinte) usuários. Foram inclusos na amostra os usuários cadastrados na unidade pesquisada, ambos os sexos e maiores de 18 anos. Foram excluídos os sujeitos cadastrados em outras unidades e que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para coleta de dados foi utilizado um formulário de entrevista contendo questões relacionadas à caracterização sociodemográfica dos sujeitos, bem como por questões fechadas relacionadas aos objetivos do estudo. Para análise dos dados foram analisados pelo método quantitativo, por meio da interpretação de freqüências absolutas e relativas foi apresentado e discutido a luz da literatura. O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) obtendo parecer favorável para execução do mesmo.

Resultados e Discussão

Os resultados demonstraram que 70,0% (14) dos usuários são do sexo feminino 30,0% (06) do sexo masculino. Da mesma forma mostra que a faixa etária predominante são de usuários entre 18 e 25 anos que são 35% (7), seguido dos usuários de 36 à 45 anos que ocupam 20% (4) e maiores de 65 anos 20% (4), já os entrevistados entre 26 e 35anos foram de 15% (3) e não foi entrevistado nenhum usuário 0% (0) de idade entre 46 à 55 anos; quanto ao nível de escolaridade dos usuários entrevistados, 65% (13) não completaram o ensino fundamental, 15% (3) relataram ser analfabetos, 10% (2) não completaram o ensino médio,15% (1) completou o ensino médio,15% (1) alfabetizado e 0% (0) com ensino fundamental completo. Segue tabela 1 com a freqüência com dados relativos aos estudos.

Tabela 1: Distribuição das variáveis segundo a realização do acolhimento. João Pessoa/PB, 2011.

VARIÁVEIS	SIM	NÃO
É realizado o acolhimento na USF	85,0%	15,0%
É freqüente a realização do acolhimento na USF	70,5%	29,5%
Gosta da forma que é realizado o acolhimento pelos profissionais da USF	82,4%	17,6%
Importância da realização do acolhimento na USF	90,0%	10,0%
Recebimento do acolhimento para uma assistência mais rápida	85,0%	15,0%
Realização do acolhimento como forma de respeito	95,0%	5,0%
Realização do acolhimento conforme a gravidade à saúde	100,0%	0,0%
Dificuldades do acolhimento com classificação de risco pelos	80,0%	20,0%

Segundo Fracolli (2004) nas Unidades de Saúde da Família (USF) estudadas, eram cumpridos, por dia, em média 40 acolhimentos, os quais duravam de três 3 a 15 minutos cada um. Estes eram realizados em salas arejadas e com mobiliário tipo consultório (cadeiras, mesa, maca), no entanto, em algumas USF, a sala não era exclusiva para a atividade de acolhimento. A relação entre o trabalhador de saúde e o usuário do serviço, que se formava no acolhimento, era marcada pela tensão, pois os usuários chegavam ansiosos e os trabalhadores buscavam atendê-los, de forma a acalmá-los, escutando-os com atenção. Contudo, alguns trabalhadores, talvez pressionados pela demanda, atendiam de maneira ágil, objetiva e pouco comunicativa.

Analisando o contentamento do usuário, Ramos e Lima (2003) identificaram como fatores que significam à qualidade do atendimento a boa recepção, o respeito ao usuário, uma relação humanizada e a boa atuação profissional, e como algumas ocasiões pontuais desfavoráveis foram citadas a má recepção, a falta de interesse pelo cliente e, até mesmo, certa rispidez no tratamento.

Em questão aos profissionais que cumprem o acolhimento, deparou que, de um modo geral, esta atividade fica sob a responsabilidade das enfermeiras e das auxiliares de enfermagem, com o apoio do profissional médico. Em determinadas unidades, é o agente comunitário de saúde se responsabilizava pelo acolhimento. Ressalta-se que a maioria dos profissionais, das diversas unidades, registra o acolhimento como um atendimento, no prontuário do usuário. De maneira geral, os registros focalizam o atendimento. Alguns profissionais, além dessas fontes de registro, adotam um livro ou planilha própria para o registro dos acolhimentos que realizam (FRACOLLI, 2004).

De acordo com Nery (2009), o acolhimento nas unidades saúde da família apresenta-se como uma potencial ferramenta na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, procurando facilitar o acesso aos serviços de saúde e um atendimento personalizado, mais acolhedor, mantendo uma relação de vínculos direta com a clientela e responsabilidades com relação à manutenção da saúde daquela comunidade.

Com a crescente demanda e procura dos serviços de observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas, tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada (ABBÊS, 2000).

De acordo com Fortes (2004) a prática da humanização refere-se à possibilidade de uma modificação cultural da gestão e dos métodos desenvolvidas nas instituições de saúde, adotando um caráter ético de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde.

Pode-se observar que o acolhimento ainda precisa ser efetivado com qualidade, pois a realidade da ESF do município de Lucena precisa ser semelhante ao que preconiza a Política Nacional de Humanização, entendida em local apropriado, equipe preparada e ações direcionadas que justifiquem a acessibilidade e as ações assistenciais resolutivas que primem pela integralidade.

No gráfico 1, pode-se observar que 44,5% (8) responderam que o acolhimento é realizado o dia todo, 33,3% (5) relataram que ocorre apenas no início da manhã e 0% (0) responderam que não é realizado. Na variável Outros 22,2% (4), pode-se mencionar que “*nem todo dia eu sou acolhida como devia*”(S2); “*não tem horário*”(S3); “*não tem horário certo*”(S4); “*não sei*”(S5).

A equipe de saúde não necessita centrar suas atividades exclusivamente em procedimentos técnicos e sim procurar pensar e agir analisando a importância do envolvimento com o usuário e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ou necessita de ajuda. Assim, entendendo que o relacionamento humano nos serviços de saúde é um componente fundamental para melhorar a assistência (CAMELO, 2000).

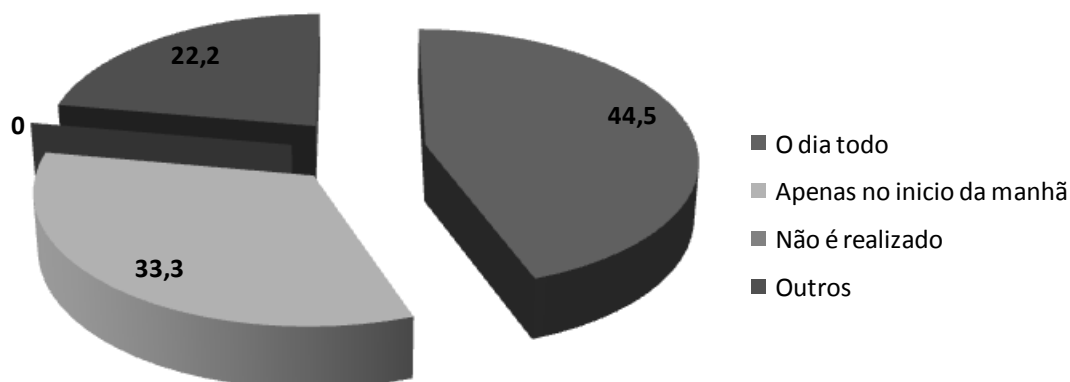


Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo a frequência de realização do acolhimento. João Pessoa/PB, 2011.

De acordo com o relato da maioria dos entrevistados, o acolhimento ocorre o dia todo, porém é possível perceber as fragilidades na efetivação do serviço, já que muitos responderam que ocorre apenas no início da manhã, entre outros que mencionaram não haver horário nem dia fixo para realização do acolher, prejudicando e inibindo a população, dificultando o propósito do acolhimento que visa a interação entre profissional e usuário, assim podendo ofertar a devida assistência.

Considerações Finais

Os resultados revelaram que a efetivação do acolhimento na ótica do usuário da Atenção Básica passa a ser de grande relevância haja vista se tratar de uma proposta preconizada na Política Nacional de Humanização pelo Ministério da Saúde, bem como pelo fato de revelar bons atributos de qualidade de atenção à saúde na rede SUS. À medida que o usuário tem sua necessidade de saúde acolhida pelos profissionais da equipe da rede básica passa a se constituir a resolutividade dos problemas de saúde. Nessa discussão cada vez mais as equipes precisam estar sensibilizadas na prática do acolhimento, na prática da escuta qualificada.

Assim, faz-se necessário a implementação dessa prática pelos profissionais do município do estudo a fim de investigar as fragilidades ainda existentes na implementação dessa atividade, onde os profissionais uma vez atuantes nessa realidade passam a compor a efetivação de princípios doutrinários como equidade, universalidade e integralidade.

Referências

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília- DF. Série B. Textos básicos em Saúde. 1ª Edição. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009

CAMELO, S. H. H. de et al.; **Acolhimento à clientela**: estudo em unidades básicas de saúde no município de ribeirão preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FORTES P. A. C.; Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.30-35, set-dez, 2004.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI E. L.C; Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, 2004.

NERY, S. R. et al.; Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14,n. 1, p. 1411-1419, 2009.

PEREIRA R. P. A. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família**. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2006.

RAMOS D.D., LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34. 2003.

TORRES, H. C.; LELIS, R. B.; **Oficinas de formação de profissionais da equipe Saúde da família para a gestão do acolhimento com Classificação de risco**. Ciência e Enfermagem, Minas Gerais, v.16, n. 2, p. 107 – 113, 2010.