



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

DEJANIRA S. PEREIRA

INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: A HISTÓRIA DE UM PROJETO

Orientadora: Dra. Ana Cláudia Santos Meira

Porto Alegre

2010

DEJANIRA S. PEREIRA

**INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO
COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
A HISTÓRIA DE UM PROJETO**

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão de Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Dra. Ana Cláudia Santos Meira

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

Ao GHC e à Fiocruz, pela oportunidade de ser aluna do Curso de Especialização em ICTS.

À Dra. Ana Cláudia S. Meira, por compartilhar comigo o desafio lançado na elaboração do projeto através da didática de orientação.

Aos dignos professores do Curso, porque me conduziram ao ensino e à aprendizagem desta formação.

Aos colegas do Curso, pelas trocas de experiências e amizades.

À equipe técnica e aos usuários do Centro de Saúde IAPI por participarem do experimento do Instrumento da UBS/CS IAPI.

RESUMO

Este projeto apresenta o histórico de concepção e aplicação de um Instrumento de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (IAACR), para os usuários em situação agudas que procuram a Unidade Básica de Saúde do Centro de Saúde IAPI (UBS/CS IAPI), de Porto Alegre. Este Instrumento facilita que o serviço de saúde seja utilizado no acolhimento com resolutividade, partindo dos seguintes princípios: acolher todas as pessoas que buscam por ajuda de saúde, garantindo o acesso universal; propiciar um tempo de fala e de escuta, a informação e a comunicação entre o usuário e o enfermeiro para avaliação primária de classificação de risco; fornecer informação de dados subjetivos e objetivos registrados no IAACR como respaldo legal e ético à equipe técnica, ao usuário e à Unidade. A pesquisadora busca, na execução do Projeto, fazer uma análise crítica do Instrumento utilizado com os usuários que buscam a UBS/CS IAPI, para qualificar o acolhimento como resolutivo e humanizado. Os objetivos específicos a que se propõe são: analisar o envolvimento dos profissionais desta UBS com o IAACR; verificar as dificuldades e as vantagens que estes profissionais identificam no IAACR; averiguar a importância que os profissionais da UBS/CS IAPI identificam no IAACR. A pesquisa terá uma abordagem qualitativa. As informações serão colhidas junto aos enfermeiros e médicos da UBS/CS IAPI através de um grupo focal, cujo relato gravado e transcrito será analisado segundo o método de Análise de Conteúdo, de Bardin (1988). A partir desta pesquisa, o Instrumento receberá uma formatação final e, se o grupo avaliar como positivo, poderá ser implantado na UBS CS/IAPI.

Palavras-chave: Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco, Instrumentos de Avaliação, Ações de Enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 OBJETIVO GERAL.....	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	9
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	9
3.2 O ENTENDIMENTO DO ACOLHIMENTO.....	11
3.3 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	14
3.4 INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (IAACR).....	17
3.5 A TRIAGEM NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	19
3.6 PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	22
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 DELINEAMENTO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	25
4.3 SUJEITOS.....	25
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	25
4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	27
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
6 DIVULGAÇÃO.....	29
7 CRONOGRAMA.....	30
8 ORÇAMENTO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICES.....	36
ANEXO.....	39

1 INTRODUÇÃO

Construir este projeto foi um desafio lançado no Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde – *Lato Sensu*. É também desafiante buscar a análise crítica como meio de encontrar soluções para alguns problemas dos Serviços da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na hierarquia dos serviços de saúde, podemos considerar a Atenção Básica como a porta de entrada, responsável pela saúde individual e coletiva, a promoção, proteção de saúde, prevenção de danos, manutenção de saúde, acolhimento e classificação de risco, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Enfim, ela responsabiliza-se pela organização, coordenação do cuidado básico e especializado oferecido à população em seu território com a orientação dos princípios de universalidade, de equidade, de integralidade, de participação social, descentralização, regionalização e hierarquização, preconizados pelo SUS.

Neste projeto, dá-se um destaque especial ao acolhimento como um espaço de fala e de escuta entre o profissional e o paciente, privilegiando o atendimento imediato e resolutivo de uma situação aguda.

Como integrante da equipe técnica da Unidade Básica do Centro de Saúde (UBS/CS) do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), como enfermeira com experiência na assistência clínica, vivencio a frequência com que a UBS recebe e agrega como responsabilidade sua as pessoas de grupos de riscos.

Como enfermeira da UBS/CS IAPI, considero imprescindíveis as ações de responsabilidade desenvolvidas e assumidas para a realização do melhor acolhimento do usuário que procura por ajuda de saúde. Nesta situação, o profissional de enfermagem é o primeiro comprometido em avaliar e classificar as situações de risco e intervir com o cuidado de enfermagem com um olhar de respeito e garantia aos direitos do cidadão dentro de um sistema de saúde.

Neste contexto, surge a pergunta: Os profissionais estão habilitados a resolver os problemas nas situações agudas, na Atenção Básica, com atitudes acolhedora, resolutiva e humanizada? Os enfermeiros de UBS possuem uma ferramenta de registro adequada para o acolhimento com classificação de risco na assistência da população nestas situações agudas?

Frente a estas questões, surgiu a necessidade de criar um instrumento que coletasse dados básicos subjetivos e objetivos a respeito do estado de saúde do usuário que chega à

UBS com o propósito de registrar a informação e facilitar a comunicação destes dados, como uma fonte para auxiliar o enfermeiro a determinar o problema – e sua gravidade – que fez o usuário procurar por ajuda, através de uma avaliação primária e classificação de risco para posterior intervenção da equipe.

O Instrumento de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (IAACR) foi elaborado por mim como enfermeira da assistência, para avaliação de riscos de saúde. Desta avaliação, é feita a classificação de uma emergência, urgência ou não-urgência para tomada de decisão, com o objetivo de obter mais e melhores informações que podem evitar demora ou erros na decisão e condução de cada caso.

Assim, o tema do presente projeto é o modelo do IAACR (Anexo I) usado com os usuários que procuram a UBS/CS IAPI, o histórico de concepção e ação deste Instrumento.

A prática do cotidiano proporcionou-me certa segurança de fazer avaliação de usuários, definindo a prioridade a partir da queixa principal, os sinais vitais, saturação de oxigênio, a classificação de dor numa escala 1 a 10, teste de glicemia capilar, aspecto geral, nível de orientação verbal, história de doenças pregressas e o uso de medicações, com a finalidade de classificar os casos de riscos na UBS/CS IAPI. Contudo, somados à experiência profissional e à formação acadêmica, a elaboração do IAACR baseou-se também no estudo de bibliografia sobre os temas de diagnóstico de enfermagem, avaliação dos cuidados críticos do enfermeiro, cuidado emergencial e as tecnologias de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do Ministério da Saúde de 2004.

O IAACR está em experimentação desde 2006 e já passou por uma primeira avaliação no CS IAPI, da Gerência Distrital 5 Noroeste, Direção, Administração e Equipe Técnica deste Centro, tendo sido considerado adequado e útil. Há a sugestão de implantação e a possibilidade de expandir para outras UBS desta Gerência, conforme for sua decisão e seu julgamento. Tal necessidade é identificada pela Gerente da Gerência Noroeste, tendo em vista as queixas de enfermeiras sobre a falta de um instrumento de registro de avaliação.

Entretanto, há necessidade de avaliar o mesmo através de uma análise crítica e um método científico para poder vir a ser apresentado e compartilhado com os pares do cotidiano assistencial. Por que considero importante garantir a incorporação desta ferramenta de registro com critérios de avaliação primária com classificação de risco, como ação da enfermagem? Pela responsabilidade e capacidade que devem estar desenvolvidas e assumidas na concretização do fim principal: o melhor acolhimento do usuário que busca atendimento em situações agudas na Unidade Básica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Fazer uma análise crítica do Instrumento de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (IAACR), utilizado com os usuários que buscam a Unidade Básica de Saúde (UBS) em situação aguda no Centro de Saúde (CS) IAPI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar o envolvimento dos profissionais da UBS/CS IAPI com o IAACR;
2. Identificar as dificuldades que os profissionais da UBS/CS IAPI encontram no uso do IAACR;
3. Verificar as vantagens que os profissionais da UBS/CS IAPI identificam no IAACR;
4. Averiguar a importância que os profissionais da UBS/CS IAPI identificam no IAACR;
5. Finalizar a formatação do IAACR;
6. Propor a implantação do IAACR na UBS/CS IAPI.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

Para contextualizar a questão em estudo, é importante conhecer o Centro de Saúde do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (CS IAPI), a partir da década de 70. O CS IAPI foi inaugurado pela esfera federal como Posto de Atendimento Médico 4 (PAM 4) que foi estadualizado em 1989, passando totalmente para a Gerência Municipal, em agosto de 1996. Nessa ocasião, recebeu o nome de CS IAPI. O serviço possui uma área de dezoito mil metros quadrados no bairro Passo D'Areia da Zona Noroeste de Porto Alegre. Sua concepção foi de um grande ambulatório de especialidades médicas.

No Relatório de Gestão de 2001-2004, Freitas (2004) descreve os resultados de ações do SUS, feitas na UBS/CS IAPI. A unidade básica se ajusta na hierarquização dos serviços de saúde em nível primário é vista como a principal porta de entrada do sistema de saúde. O CS IAPI ocupa um prédio de dois andares e um subsolo com espaço interno de vinte áreas, divididas entre Ambulatório de Especialidades e Ambulatório Básico (Quadro I).

Quadro I

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES
ÁREA 1 Portaria de entrada dos funcionários, Fisioterapia.
ÁREA 2 Emergência de Psiquiatria, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
ÁREA 3 Almoxarifado, Manutenção, Patrimônio, Serviço de Higienização
ÁREA 4 Consultas Especializadas, Serviços de Curativos e Bloco Cirúrgico, Estomizados - Programa do Estado de Cadastro, fornecimento de equipamentos de incontinência urinária, fecal e anal e consulta de enfermagem.
ÁREA 5 Consultas Especializadas da Cardiologia, Serviço de Eletrocardiograma
ÁREA 6 Serviço de Proteção à Criança e ao Adolescente
ÁREA 7 Recepção de Informação à População, Serviço de Portaria, Direção do CS IAPI, Coordenação da UBS, Coordenação Administrativa, Coordenação de Consultas Especializadas, Coordenação do Serviço Estatístico, Central de Marcação das Consultas Especializadas, Serviço de Telefonistas, Departamento de Pessoal, Farmácia, Conselho Local Interno de Saúde (CLIS),
AMBULATÓRIO BÁSICO – UBS
ÁREA 8 Pediatria, Serviço de Nutrição Pré-nenê, Pré-crescer, Serviço de Informatização de Agendamento de Consultas da UBS e Cadastro do Usuário.
ÁREA 9 Serviço de Imunização (vacinas), Teste do Pezinho, Educação em Saúde, Programa com Hipertensos e Diabéticos, Colegiado de Enfermagem, Ações Educativas em Saúde, Consulta de Enfermagem.
ÁREA 10 Clínica Geral, Acolhimento de Enfermagem aos Usuários de Consultas Agendadas ou não-Agendadas, e outras situações; Sala de Ações Educativa em Saúde e Verificação de Pressão Arterial,

Sala de Acolhimento da UBS (onde o IAACR está em experiência); Suporte Básico de Vida (usuário em Avaliação Primária do Enfermeiro com Classificação de Risco observação, tratamento e cuidado da equipe técnica nas situações agudas ou não), Sala de Medicamentos/Inalação; Sala de Prontuário do Usuário da Clínica Médica; Acolhimento e Consultoria de Saúde Mental, Serviço Social; Programa de Visita Domiciliar ao Acamado, Tabagismo, Agendamento de Grupos de Hipertensos, Diabetes e Tabagismo, Consulta Clínico e Saúde Mental.
ÁREA 11 Ginecologia, Obstetrícia, Climatério, Planejamento Familiar e Serviço de Nutrição
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES
ÁREA 12 Gerência Distrital Noroeste, Coordenação do Programa de Saúde da Família e Tisiologia
ÁREA 13 Serviço da Saúde Mental CAIS 5
ÁREA 14 Centro de Especialidades Odontológicas, Órtese, próteses, Assistente social
ÁREA 15 Gerência da Saúde do Servidor Municipal (Biometria) (GSSM) e Assistente Social
ÁREA 16 Coordenação Odontológica, Ambulatório Odontológico.
ÁREA 17 Consultas Especializadas em Gastrologia, Oftalmologia, Otorrinologia e Dermatologia
ÁREA 18 Consultas Especializadas de Urologia, Endócrino e Nefrologia e Serviços de Enfermagem
ÁREA 19 Consultas Especializadas e Patologia Cervical e Serviço de Enfermagem.
ÁREA 20 Portaria, Centro Integração de Atenção à Saúde do Trabalhador (CIAST), Núcleo Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA)

Fonte: Elaborado pela aluna

A UBS/CS IAPI está composta pela Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, Odontologia, oferece o serviço de agendamento eletrônico, de Imunizações, Teste do Pezinho, Nutrição, Serviço Social, Informatização de Agendamento de Consultas da UBS, assim como pelos Programas de Atendimento do Pré-nenê, Pré-crescer, Atenção à Criança, ao Adolescente, às Gestantes, à Mulher em Idade Fértil, Climatério, Planejamento Familiar, Atendimento Domiciliar de Acamados, Acolhimento e Consultoria de Saúde Mental, Tabagismo, Programas de Hipertensos e Diabéticos, Ações Educativas em Saúde, Acolhimento de Enfermagem.

O território atendido por esta UBS/CS IAPI é de uma população de 63.630 habitantes, residentes em sete bairros: Boa Vista, Higienópolis, Jardim São Pedro, Passo D'Areia, Santa Maria Gorete, São João e Parque São Sebastião. Considera-se a segunda região do município com maior número de idosos (quase 11.000 idosos).

A Clínica Médica da UBS/CS IAPI oferece o serviço de consultas com clínico geral e na saúde mental, acolhimento de enfermagem aos usuários de consultas agendadas ou não-agendadas; ações educativas em saúde, verificação de pressão arterial, acolhimento com classificação de risco (onde o IAACR está em experiência); suporte básico de vida (usuário de observação com o tratamento e cuidado da equipe técnica nas situações agudas ou não), administração de medicamentos/inalação; guarda dos prontuários do usuário da clínica médica; acolhimento e consultoria de saúde mental, serviço social; programa de visita domiciliar ao

acamado, tabagismo, agendamento de grupos de hipertensos, diabetes e tabagismo. Está localizada na área 10 do CS IAPI. É reconhecida como serviço de suporte básico desse Centro, para atendimento das eventuais ocorrências de emergência e urgência de baixa complexidade, bem como para as que chegam de fora de sua área de abrangência.

A Unidade se dispõe a receber, a identificar e assumir os casos de risco nas situações agudas sem a necessidade de agendamento de consulta com o clínico geral, quando, na agenda eletrônica, não há mais disponibilidade de consulta no dia. Assim, chegam pessoas buscando atendimento na clínica médica da UBS/CS IAPI que são acolhidas pelos técnicos de enfermagem e as enfermeiras que utilizam o IAACR para ordenar na interpretação da avaliação e classificação de risco.

A equipe técnica da UBS/CS IAPI compõe-se de doze médicos clínicos, sete pediatras, sete ginecologistas, quatro enfermeiras, duas nutricionistas, uma assistente social, uma psicóloga, sete odontólogos e vinte quatro profissionais do nível médio de enfermagem.

3.2 O ENTENDIMENTO DO ACOLHIMENTO

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS (BRASIL, 2006a) que está voltada para: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, com o objetivo de produzir saúde. Descreve que os caminhos são de muitos desafios para enfrentar quando está lidando com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde. Olhando o desafio do MS quanto ao que se refere a tratar a defesa da vida dos brasileiros como garantia de saúde, percebe-se que o SUS tem muitas vitórias, mas os desafios a percorrer são muitos na busca de respostas de igualdade de assistência à população no campo da saúde das micropolíticas e das macropolíticas.

Com base nas diretrizes da PNH, o acolhimento demanda uma atitude de responsabilidade de todos profissionais de saúde junto ao usuário, que precisa ser compreendido de modo ético, de escuta, com garantia de atendimento e com capacidade de intervenção na relação de trabalhador e usuário. No acolhimento, o profissional ouvirá as queixas e as expectativas, identificará o risco e se responsabilizará por dar uma resposta ao problema (COREN-RS, 2010).

Enquanto ouve, o profissional deve prestar atenção e transmitir ao usuário que suas queixas e seus sentimentos estão sendo compreendidos. As ações de responsabilidade

desenvolvidas e assumidas são imprescindíveis para a realização do melhor acolhimento do usuário que procura por ajuda de saúde na rede básica de saúde e para garantir o direito de atendimento humanizado.

O MS (BRASIL, 2006a) descreve acolhimento como uma ação técnico-assistencial que possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações. Implica uma modificação na relação entre profissional, usuário e sua rede social, bem como entre profissional e profissional, frente a parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como um sujeito participante e ativo no processo de produção da saúde. Para o MS (BRASIL, 2006a), é uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude na afirmação de acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da PNH.

Houaiss (2004) conceitua acolhimento como: dar ou obter refúgio, proteção ou conforto físico, hospedar (-se), abrigar (-se) reagir, aceitar, atender a (pedidos, sugestões etc.). O acolhimento está caracterizado com um conjunto de verbos que se deve garantir e aplicar no cuidado humanizado.

Ramos; Lima (2003) entendem por acolhimento a atitude do profissional de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, dentro do possível, atendê-las ou direcionar ao sistema de resolução.

Entendo acolhimento como: dar acesso de assistência ao outro, dar o acesso de modo facilitado e seguro, a capacidade de cuidar do outro quando necessário, tratar o outro com seus direitos, saber intervir no sofrimento do outro, saber captar o que ele quer dizer, saber reconhecer as situações de risco do outro, tomar decisões no cuidado e tratamento, ou seja, uma atitude de humanização da mesma forma que o MS preconiza, como uma atitude de inclusão.

Percebo o acolhimento quando o profissional dá o cuidado ao usuário como se estivesse cuidando de si próprio, como gostaria de ser cuidado do melhor modo possível, ou se aproximar da resposta que o usuário busca para seu problema de saúde.

Segundo o MS (BRASIL, 2006b, p. 4), “partimos do SUS que dá certo”. Percebe-se na Política do HumanizaSUS a esperança do Núcleo Técnico do MS sobre as propostas que vêm dando certo com as tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde. Desta lógica, podemos refletir sobre o nosso cotidiano e sobre o que estamos inovando que vem dando sinal de “certo”, a fim de partirmos para o aprimoramento da prática e melhorarmos o ato do cuidado de forma de acolhimento resolutivo e humanizado.

O acolhimento deve permitir uma reorganização, de maneira a mudar o processo de trabalho da equipe multiprofissional que, por vezes, não apresenta um resultado eficaz quanto à escuta e resolução do problema do usuário que busca ajuda. Este deve ser estimulado a participar no método da ação técnica-assistencial para obter o resultado de eficiência quanto à produção em saúde.

O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho (BRASIL, 2006a) preconiza que se deve acolher com a intenção de resolução das situações e dos problemas de saúde das pessoas que estão em busca de respostas nas unidades de saúde.

O MS (BRASIL, 2006a) afirma que o espaço do acolhimento deve ser apropriado de acordo com o volume de atendimento, com a privacidade e o conforto para os usuários tanto quanto para os profissionais que os recebem. Fica claro que o MS não estabelece parâmetros rígidos, mas dá a liberdade para pensar, recriar, adaptar propostas conforme a necessidade do serviço.

O acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho do MS (BRASIL, 2008) não é um local ou um espaço, e sim uma atitude ética, que pressupõe um compartilhamento de saber, angústias, inovações, aceitando sua responsabilidade de acolher e cuidar do ser humano, dando uma resposta resolutiva da situação em questão. Desta forma, o MS (BRASIL, 2008) distingue o acolhimento como uma ação que deve estar presente em todos os espaços e ocasiões do serviço de saúde e a triagem como uma etapa de processo.

Com relação ao acolhimento, Franco; Bueno; Merhy (1999) apresentam três argumentos para propor inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, partindo dos princípios de:

1) Atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo o acesso universal. Deste modo, o serviço de saúde assume a sua função abrangente de acolher, escutar e dar um retorno eficiente dos problemas da população.

2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de deslocar o seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – encarregada da escuta do usuário e comprometida em tentar resolver seu problema de saúde.

3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, a partir de parâmetros de humanização, cidadania e solidariedade.

Franco; Bueno; Merhy (1999) citam o caso de Betim (MG), onde o acolhimento como fator de mudança implica a competência de se colocar em nosso cotidiano como trabalhadores a “mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde” (p. 351), como sujeitos que se propõem à construção de

algo novo, a fazer no tempo presente aquilo que será nosso objetivo no futuro. É importante refletir sobre o que os autores pontuam sobre o acolhimento como fator de mudança da capacidade de incluir em nossa prática a inovação e não deixar de aplicar as idéias significativas para o bem da população. O acolhimento hoje nos serviços de saúde pode ser a meta do amanhã sobre as melhores ações de humanização dos profissionais.

3.3 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Pasche (2010) esclarece que os serviços de saúde têm criado dispositivos de trabalho, dentre eles o acolhimento com classificação de risco. Assim, o autor o vê como uma ferramenta de organização no serviço de saúde, que definirá a prioridade do atendimento pela gravidade. Ele explica que, se falta esta articulação, o foco fica apenas na doença e não no sujeito com suas necessidades (COREN-RS, 2010, p. 23).

Um dos dispositivos das tecnologias do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006a) de acolhimento é esta organização do processo do trabalho de avaliação e classificação de risco (análise e ordenação). Conforme a particularidade dos serviços, estas tecnologias podem conviver ou funcionar separadamente no contexto físico, mas jamais podem ser díspares no processo de trabalho. Partindo do princípio de organização na assistência de urgências (BRASIL, 2006c), devemos considerar que as duas tecnologias devem ser adaptadas no processo dos serviços de suporte básico de vida que recebem também os casos de riscos na UBS.

No âmbito do pronto-socorro, o MS (BRASIL, 2008) descreve o acolhimento com classificação de risco como uma ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de gravidade. A classificação de risco considera as áreas de emergência e de pronto atendimento. Já nas UBS, além de perpassar toda a abordagem do usuário, o acolhimento também é um espaço específico onde será feita a classificação de risco por um profissional de saúde, que orientará e direcionará o usuário ao local adequado para resolução de seu problema, na própria unidade ou em unidade externa, mas sempre com garantia de ser atendido.

O Acolhimento com Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. Desta forma, a utilização da Avaliação e Classificação de Risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário,

sendo aqui (necessário capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo) (BRASIL, 2004).

Os principais objetivos destas tecnologias de classificação de risco do MS (BRASIL, 2004) são: avaliar o paciente logo em sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento, descongestionar o pronto-socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto de acordo com a sua gravidade, e determinar a área de atendimento primário, ou de especialidades.

As duas tecnologias do MS de (BRASIL, 2006a) – o Acolhimento e a Avaliação e Classificação de Risco – visam a garantir prioridade aos pacientes que necessitem de atendimento ágil e tratamento. Gestores e trabalhadores de hospitais e serviços de pronto-atendimento, de emergências e urgências implantaram ambas as tecnologias no SUS.

Segundo o MS (BRASIL, 2004), elas têm objetivos diferentes, mas são complementares; não podem ficar separadas no processo do trabalho. Neste ponto, o acolhimento com avaliação de risco adapta-se a uma das intervenções potencialmente definitivas na reorganização e prática de promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito de seu processo de trabalho.

O MS (BRASIL, 2004) define que o enfermeiro faz avaliação primária dos que necessitam de classificação de risco e dos que não necessitam assistência imediata do médico e da própria enfermagem, com o apoio do protocolo de atendimento de classificação de risco. Esta avaliação primária pode se dar pelo problema de saúde mencionado pelo usuário ou pela observação de quem acolhe. Logo, faz-se necessário um profissional habilitado para o reconhecimento de casos de riscos.

O texto do MS (BRASIL, 2006a) sobre acolhimento tem por base os princípios, os métodos e as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) e em experiências “do SUS que dá certo” na implantação da sistemática de acolhimento nas redes ambulatoriais entre vários hospitais da rede SUS, como, por exemplo, no Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre.

O acolhimento é um espaço identificado e setorizado por eixo de cor: o vermelho para o cuidado de pacientes graves, que se divide de área amarela e área verde, chamadas de sala de observação de paciente crítico ou semicrítico. O eixo azul para o paciente de menor risco, com atendimento focado no acolhimento e na classificação de risco, usando uma metodologia de melhor atender às necessidades físicas e subjetivas dos usuários. Quando identificado, é diretamente encaminhado à assistência médica (BRASIL, 2004).

Pizzolato (2004) pesquisou o atendimento da porta de entrada do Pronto Socorro do Hospital Universitário Cajuru (PS do HUC), de Curitiba (PR). Ela definiu o primeiro atendimento para o usuário que busca o PS através da demanda espontânea como a triagem. Contudo, percebeu que a triagem é um mecanismo de avaliação excludente, uma vez que o atendimento é realizado na ordem de chegada dos usuários, e não há critérios de priorização. O acolhimento é um espaço de escuta com interação do usuário e o trabalhador em um ambiente acolhedor. Como resultado do estudo, a proposta foi de implantação formal do Acolhimento com Classificação de Risco no PS do HUC, que foi uma necessidade levantada a partir da vivência como enfermeira assistencial para melhorar o atendimento no PS do HUC. Assim, ela recomenda pensar em projetos de definição de um instrumento de registro das informações do atendimento espontâneo não agendado.

Senssulini; Machado; Roccha (2008) apresentam a experiência da Unidade Básica de Piracicamirim de Piracicaba (SP), onde o acolhimento é realizado em uma sala particular do enfermeiro, para os usuários que chegam à UBS para o agendamento de consultas. Os usuários são acolhidos de acordo com a necessidade, são conferidos os sinais vitais, é realizado o teste de glicemia capilar e é feita a leitura dos resultados de exames comparados com os parâmetros normais. É efetivada a classificação de risco do problema trazido pelo usuário. Este é orientado e tem seu atendimento e consulta garantidos na unidade ou é referenciado – conforme a gravidade do problema – à unidade de apoio. A autora enfatiza a forma de registro durante o acolhimento: é utilizado um impresso para anotar o nome do usuário, a queixa e seu problema de saúde, como: diabetes, hipertensão, dislipidemia ou problemas respiratórios.

O acolhimento nesta UBS de Piracicaba conta com três vagas de consulta para cada médico com o objetivo de atender aos casos prioritários avaliados pelo enfermeiro durante o acolhimento. Este método de acolhimento que classifica as situações de risco para o atendimento na própria unidade é bastante significativo. Isto é acolher, resolver e preconizar o ato de humanização no serviço de porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

Um exemplo da importância de instrumentos é o Protocolo de Parada Cardiorrespiratória (PCR) de Suporte Básico de Vida (SBV) criado por Fagundes (2003) para as Unidades de Atenção Básica de Saúde da Rede Municipal de Porto Alegre. Eventualmente, os profissionais de saúde na UBS necessitam interromper a rotina do atendimento diário e se mobilizar para acolher uma emergência como: um paciente inconsciente, uma criança atropelada em frente ao posto, um recém-nascido “Apgar três” de uma parturiente que rompeu a bolsa e não deu tempo até chegar ao hospital. O Protocolo descreve que mesmo o cidadão

leigo deveria estar preparado para oferecer os primeiros socorros em muitas destas situações ainda mais se tratando de um profissional atendendo em uma Unidade que é parte complementar do sistema de saúde. Este protocolo orienta e chama atenção dos trabalhadores de SBV sobre os casos de risco no dia-a-dia. Trabalhamos como porta de entrada; por isso, a qualquer momento, podemos nos surpreender com uma emergência ou urgência. As emergências, tais como citadas no Protocolo, são eventuais, porém as urgências clínicas são bastante freqüentes na UBS.

O Protocolo chama a atenção para a necessidade de o SBV ser imediato na própria Unidade e atrelado com o Suporte Avançado de Vida. Se um destes dois elos falhar, haverá poucas chances de sobrevivência sem seqüelas graves quando se trata, por exemplo, de uma parada cardiorrespiratória.

Logo, encaro como um desafio a criação do instrumento de acolhimento e avaliação com classificação de risco para a UBS/CS IAPI. Este Protocolo de PCR de Fagundes, assim como modelo criado no CS IAPI, podem ajudar os integrantes do atendimento na UBS a avaliar e classificar os casos de riscos.

Penso que são pontos a enfatizar no processo do acolhimento é o da reorganização do processo do cotidiano de enfermagem na Unidade Básica de Saúde, no sentido de trabalharmos as nossas habilidades, sugestões e idéias para o acolhimento, de como diferenciar e conhecer os problemas trazidos pelos usuários na avaliação e classificação de risco com o auxílio do IAACR.

3.4 INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (IAACR)

O modelo do IAACR foi criado por mim na UBS/CS IAPI, para ser usado quando recebemos as situações agudas para avaliação primária e classificação de risco, com o propósito de ajudar na análise e ordenação de classificação de risco.

O que justifica a concepção e aplicação de um modelo de Instrumento de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco? Para um serviço que promove saúde pública, partimos dos seguintes princípios:

1) O IAACR nas situações agudas de baixa complexidade em UBS pode ser visto como um modo de “dar certo”, tal como preconiza o MS.

2) O Instrumento é favorável pelos elos de acolhimento resolutivo e humanizado, escuta, fala, informação, comunicação, registro, avaliação, análise, tomada de decisão na intervenção de enfermagem. Estes elos são os meios de aproximação da resolução de problemas do usuário que chega à UBS.

3) O IAACR é uma ferramenta de aplicação acessível à equipe técnica para o uso no dia-a-dia na UBS/CS IAPI e pode ser utilizado como meio de comunicação e informação, de forma semelhante ao documento de referência e contra-referência, quando o usuário em situação aguda necessita avaliação para um serviço de maior complexidade.

O IAACR é uma ferramenta de registro de classificação de risco, que se distingue por:

- a) incluir os dados básicos subjetivos e objetivos do problema de saúde trazido pelo usuário;
- b) descrever a queixa principal do usuário e classificar a dor numa escala de 1 a 10 e seu exame físico na observação do aspecto geral, o nível de orientação verbal, sinais vitais, resultados de diagnóstico da pressão arterial, teste de glicemia capilar, saturação de oxigênio, histórico de doenças pregressas, medicamento em uso;
- c) interpretar os dados subjetivos e objetivos com padrões normais e científicos para informação e comunicação aos profissionais e pacientes;
- d) ajudar a determinar o diagnóstico e a intervenção de enfermagem na classificação de risco.

Penso que as vantagens deste instrumento como metodologia do trabalho dos pares de prática são: a) o registro da informação e a comunicação dos profissionais; b) a informação e a comunicação como uma rede de relações de saberes comprometidos com a prática de produção em saúde; c) a qualificação e organização da equipe técnica; d) um trabalho de acolhimento e humanização frente à gravidade da situação do usuário que busca a solução de seu problema de saúde; e) interação da equipe técnica – o técnico de enfermagem, enfermeiro e médico; f) a utilização pelo clínico geral que atende às consultas das informações registradas no IAACR; g) fonte de dados estatísticos; h) informações que ajudam a UBS, a saber, sua produção em atendimento de classificação de risco; i) ser o documento de registro de acolhimento com avaliação, tomada de decisão e intervenção de cuidado e tratamento pela equipe técnica como respaldo legal e ético aos profissionais, ao usuário e à Unidade; j) servir de comunicação, informação como o documento de referência e contra-referência da UBS e o serviço de maior complexidade na situação de urgência.

Minha experiência com esta ferramenta, o IAACR, é o caminho que percorro em busca de subsídios de informação técnico-científica, somando à prática para atingir o “certo”. Deste modo, considero como responsabilidade profissional investir na qualificação do

tratamento humanizado como um desafio de cuidar, sempre e melhor, da saúde das pessoas nos serviços de porta de entrada do Sistema de Saúde.

3.5 A TRIAGEM NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Para o MS (BRASIL, 2004), triagem se constitui de etapas sistematizadas de um processo de classificação de risco com um protocolo estabelecido. Para avaliar a vulnerabilidade, é preciso estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico. Muitas vezes, o usuário que chega à UBS caminhando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas está angustiado, necessitando de atendimento mais amplo.

A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde. A avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco proporciona a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2004).

Rogers; Osborn; Pousada (1992) descrevem a triagem como um processo de classificação de pacientes de acordo com a necessidade para o tratamento de emergência. Segundo eles, a palavra triagem vem da língua francesa e significa *classificação em três grupos*. Incluem como objetivos da triagem: avaliar o paciente logo em sua chegada, isto é, anterior ao registro; obter um breve relato acerca da queixa atual e dos dados objetivos, isto é, sinais vitais; realizar uma breve avaliação física; priorizar o acolhimento aos pacientes de situação crítica, que necessita ser atendido em primeiro lugar; determinar a área de atendimento em nível primário (área clínica, ginecológica, pediátrica ou especialidades). Recomendam o uso de um protocolo para facilitar a tomada de decisões corretas por todos aqueles envolvidos com a triagem, para oferecer uma base para avaliação e reavaliação de qualidade do atendimento.

Segundo os autores enfatizam, certos pacientes precisam ser encaminhados ao local do atendimento de emergência (sem a triagem), onde a avaliação de emergência pode ser feita. Destes pacientes, incluem os que chegam com risco de vida, como uma perda sanguínea externa, dor torácica, asma ou convulsões (ROGERS; OSBORN; POUSADA, 1992).

Rogers; Osborn; Pousada (1992) oferecem às enfermeiras um manual como um guia prático para determinação e intervenção nos problemas clínicos encontrados com maior frequência. Este manual é para referência no atendimento direto. Baseia-se em experiências nas atividades dos serviços de emergências dos grandes centros. Os autores destacam que um dos objetivos primários do manual de prática de enfermagem é priorizar a necessidade para o atendimento de emergência.

Há uma classificação em três categorias de pacientes: emergencial, urgente, não-urgente.

Os critérios para considerar emergencial são os pacientes que necessitam de tratamentos e/ou avaliação de imediato: parada cardiopulmonar, dor torácica aguda, sangramento vaginal abundante, tentativa de suicídio, insuficiência respiratória, convulsão em andamento, etc. Para considerar uma urgência – pacientes com doença ou ferimento sérios que necessitam de intervenção e/ou avaliação em 20 minutos a 2 horas: fraturas sem comprometimento neurovascular, dor abdominal aguda acidente vascular, ataque isquêmico transitório, alterações significativas dos sinais vitais, etc. Por fim, os casos não-urgentes são de pacientes com ferimentos menores e condições não-agudas: luxação ou deslocamento, queimadura menor, congestão nasal / tosse, disúria, ardência na garganta, dor lombar inferior.

Rogers; Osborn; Pousada (1992) explicam que a documentação para o atendimento do paciente é um registro formal de avaliação da triagem e tratamento inicial. Trata-se das informações básicas para alertar a equipe quanto aos critérios de documentação. É usado para registrar a avaliação e a intervenção no paciente ao longo do tratamento no serviço de classificação de risco.

Em minha experiência como enfermeira de assistência clínica, uso com frequência este processo de classificação em três grupos para classificar os casos de riscos e intervenção de enfermagem.

Barbieri (2002) descreve que, na triagem, classifica-se o paciente em estado de emergência em várias categorias que representam o nível de prioridades como as necessidades de tempo especificam para avaliação e o tratamento posterior.

O autor também diferencia as três categorias do sistema de triagem:

a) a primeira prioridade é situação de emergência, quando o paciente apresenta dificuldade respiratória ou parada respiratória, parada cardíaca, grande perda de sangue, coma, envenenamento, temperatura acima 40,5°C, entre outras situações, certificar-se que o paciente nestas situações tenha o atendimento imediato por um médico;

b) a segunda prioridade é a urgência, dor no tórax sem associação sintomas respiratórios, temperatura entre 39°C e 40,5°C, estado de pânico agudo, sangramento por qualquer orifício, queimaduras, fraturas maiores, grau de consciência diminuído ou outras deficiência neurológicas aguda, náusea persistente, vômito e diarreia. O tratamento deve ter início em período entre 20 minutos e 2 horas;

c) a terceira prioridade é a não-emergencial, no qual condições mínimas permitem uma demora maior do atendimento médico sem prejudicar o paciente. São as situações como dor crônica, dor de cabeça discreta, fraturas menores, luxações de osso e distensões musculares, infecções respiratórias superiores ou urinárias.

Os princípios de avaliação descritos por Barbieri (2002) na triagem envolvem a decisão de quais pacientes devem ser tratados antes e onde devem ser feito o tratamento. A triagem também pode envolver o primeiro-socorro básico e o tratamento preliminar.

Para Barbieri (2002), a tomada de decisão na triagem consiste na obtenção de um histórico focalizado na primeira queixa do paciente e a realização de um exame físico limitado para determinar a urgência do problema do paciente, assegurando que ele receberá o tratamento médico definitivo assim que seja possível. A decisão tomada na triagem se baseia na reunião dos dados do histórico e do exame físico (o aspecto geral do paciente e os sinais e nível de consciência).

Para tomar as decisões na triagem de modo eficaz, alerta Barbieri (2002), deve-se ser capaz de reunir e interpretar os dados subjetivos e objetivos de modo ágil e preciso. O autor indica reunir o histórico do paciente e fazer o registro das queixas (com as próprias palavras do paciente, se possível), incentivando que ele classifique suas queixas do modo mais preciso que ele puder. Além disto, registrar informações como idade do paciente, medicamentos atualmente utilizados, alergias, data da última imunização da vacina antitetânica ou outro histórico médico.

Machado (2005) fala de experiência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, das ações realizadas no setor de acolhimento. A triagem consiste na ação de avaliar os pacientes e classificá-los por perfis de gravidade com um instrumento de protocolo que define, além do risco, o tempo de espera. Enfatiza que é a própria enfermeira a triadora, que define o horário de atendimento do paciente, garantindo o atendimento pela gravidade.

O que se percebe a partir dos autores, é que a triagem é um processo de classificação de pacientes da gravidade e risco, mas a prioridade centrada na gravidade. Pode-se entender a autonomia, a responsabilidade e a competência do enfermeiro neste processo de enfermagem com a triagem na classificação de risco na área hospitalar.

Complementado a descrição dos autores citados, Gatti (2003) enfatiza a triagem como uma área de atuação nova e promissora para o enfermeiro, destacando-se a integração entre as equipes médica e de enfermagem do setor de emergência e o desenvolvimento de protocolos embasados na realidade de cada instituição.

3.6 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Segundo Smeltzer; Bare (1994), o diagnóstico de enfermagem é quando ocorre a identificação dos problemas de saúde potenciais reais do paciente que são passíveis de resolução por meios de ações de enfermagem. Segundo elas, para se conseguir informações acerca de um paciente, deve-se falar pouco e ouvir muito. A enfermeira deve escutar o paciente com “ouvidos atento” e perguntar a si mesma: O que ele está dizendo? Como uma pessoa doente é facilmente influenciável, é melhor *não colocar palavras em sua boca*.

Percebe-se na fala das autoras a importância que o enfermeiro deve dar ao paciente para contar sua história com suas próprias palavras. Deste modo, ele pode discutir sobre o seu problema de saúde. Na avaliação de risco e de vulnerabilidade, não podem ser desconsideradas as percepções do usuário (e de sua rede social) acerca de seu processo de adoecimento, ressaltando seu direito de participar e avaliar o seu estado físico, emocional, em sofrimento ou não.

Isso ocorre se lhe dermos o tempo de falar sem interrupções. Assim, as suas principais preocupações vão se tornando evidente. Enquanto ouve, a enfermeira presta atenção e precisa transmitir ao paciente que suas palavras e seus sentimentos estão sendo compreendidos. Smeltzer; Bare (1994) recomendam que o uso de um guia para história de saúde do paciente pode ajudar a enfermeira a obter informações pertinentes e facilitar o desenvolvimento da entrevista.

Concordo com o uso de um guia que visa a guiar o acolhimento, a escuta, fala, informação, comunicação, mas este deve estar adaptado às particularidades, aos problemas e às necessidades individuais dos pacientes para reflexão da avaliação registrada para tomada de decisão da equipe técnica e paciente.

Sobre avaliação de saúde do paciente, as autoras destacam que pode ser feita antes, durante ou depois da coleta da história de saúde, dependendo do estado físico e emocional do paciente, e das prioridades imediatas de sua situação de doença. Em acordo com as autoras

sobre as prioridades imediatas da avaliação, vejo a importância da informação e a comunicação entre o profissional e o paciente para determinar o problema que fez o paciente procurar ajudar.

Carpenito (2003) comenta que os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos problemas de saúde/processo de vidas vigentes ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para escolha de intervenções de enfermagem que visam à obtenção de resultados pelos quais a enfermeira é responsável. Ao elaborar os diagnósticos de enfermagem para um paciente específico, a enfermeira tem como primeiro identificar os pontos comuns entre os dados de avaliação colhidos. Estas características comuns levam à categorização de dados coletados que levam à existência de um problema e à necessidade da intervenção da enfermagem.

O que proporciona registrar a queixa do paciente? O registro proporciona um meio de comunicação entre os membros da equipe de saúde e de registro legal para a Unidade de Saúde e a equipe profissional, serve de base para avaliação da qualidade e adequação do atendimento ao paciente (SMELTZER; BARE, 1994).

Foi pensando em obter estes componentes do registro que segui a caminhada de enfermeira da Unidade Básica de Saúde com a criação de um modelo de instrumento dirigido à obtenção das informações mais essenciais notificadas, para respaldar os pacientes, a equipe técnica e a Unidade, além de ajudar a determinar o problema que fez o paciente procurar ajuda.

Espero que o IAACR possa ser considerado como uma boa prática para o cotidiano da equipe técnica quando se fala de classificação de risco na UBS como atividade do enfermeiro na interpretação desta classificação. Um indicativo de que é possível oferecer um atendimento acolhedor com resolutividade, humanização e de qualidade é a experiência deste Instrumento na UBS/CS IAPI. Este Instrumento não é um fim e sim uma chegada de um percurso de ações de enfermagem, que está dando “certo” e amplia um espaço para continuar o percurso por outros autores com novos olhares do que não for percebido nesta jornada.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

Considerando o tema do IAACR, optou-se pela abordagem qualitativa que será utilizada para obter os dados que permitam a análise crítica do Instrumento usado na UBS/CS IAPI. Esta pesquisa será do tipo descritivo-exploratória, que atende aos objetivos a que ela se propõe.

Minayo (1994) enfatiza que a abordagem qualitativa fornece um resultado do conjunto de significados das ações e relações humanas, que se destacam porque não são quantificáveis.

Sobre avaliação qualitativa, Demo (2005, p. 37) afirma tratar-se “precisamente da qualidade de conteúdo, de fins, de substância, de história real, de vida. Se não for este o assunto, não há lugar para o objetivo de uma avaliação qualitativa”.

Para Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, para torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Sua meta principal é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Assim, seu planejamento é bastante flexível, para que seja que possível considerar os mais variados aspectos relativos ao foco em estudo. Já a pesquisa descritiva visa à descrição das características de uma população ou de um fenômeno. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados. Entre as pesquisa descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crença de uma população, bem como aquelas que visam a descobrir a existência de associações entre variáveis.

O uso da abordagem qualitativa permitirá identificar a importância e a vantagem, bem como as dificuldades que o IAACR oferece ao usuário, à equipe técnica e à UBS como serviço de porta entrada do Sistema Único de Saúde.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa será desenvolvida na Unidade Básica de Saúde, localizada na área 10 do Centro de Saúde IAPI. A entrevista será sugerida aos profissionais do Ambulatório Básico (UBS): Área 8 Pediatria, Área 9 Imunização, Área 10 Clínica Médica, Área 11 Ginecologia e obstetrícia. Além destes, aos profissionais do Ambulatório de Especialidade: Área 4, Área 12, Área 18. A escolha destas áreas se deu por serem os locais que o enfermeiro faz o acolhimento e cuidado do usuário, além de ocorrerem as situações agudas para avaliação deste profissional.

4.3 SUJEITOS

Serão sujeitos desta pesquisa dez integrantes da equipe técnica – as enfermeiras e os médicos – das unidades referidas, que atuam na assistência direta aos usuários. Estes profissionais trabalham no turno da manhã e da tarde, e devem compor a equipe deste Centro de Saúde há, pelo menos, cinco anos.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Antes de sua execução, o presente projeto será apresentado no CS IAPI para a Gerência, Direção, Administração, Coordenação e Equipe Técnica do Ambulatório Básico. Posteriormente, será apresentado em reunião do Colegiado da Enfermagem, que acontece semanalmente.

O instrumento a ser utilizado na coleta de dados será o grupo focal (APÊNDICE I), que apresentará, para orientar um debate, oito questões norteadoras, no sentido de oportunizar e dar a liberdade aos participantes para falarem de suas percepções, bem como fazerem uma análise crítica do IAACR.

O convite para participação será individual. O grupo será marcado conforme a disponibilidade dos sujeitos, em horário conveniente a eles. Será realizado em uma sala de

estudo do CS IAPI. Ele terá duração de aproximadamente 60 minutos, será gravado em áudio e vídeo e transcrito literalmente, para posterior análise.

Segundo VÍctora; Knauth; Hassen (2000), a técnica de grupo focal é bastante usada em pesquisa qualitativa. Para o sucesso da técnica, é fundamental que exista um foco, isto é, um tópico a ser explorado.

Um grupo focal pode abordar um assunto específico, a fim de captar as diferentes visões sobre o mesmo; pode abordar um grupo, a fim de captar sua visão de um determinado tema; ou pode abordar ambos, tema e grupo, quando se pretende entender em profundidade um comportamento dentro de um grupo determinado (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000), que será o caso desta pesquisa.

Esta técnica pode seguir as seguintes etapas: a) Convite aos participantes em potencial; b) Preparação do encontro; c) O encontro propriamente dito, no qual o facilitador busca manter a liderança do grupo, ouvir atentamente os participantes, demonstrar envolvimento, encorajar os participantes, ser flexível a mudanças, sugestões ou interrupções, e garantir a palavra a todos os participantes, não apenas aos mais expansivos; d) Mapeamento dos participantes, a partir de uma breve entrevista com cada um do grupo, coletando dados gerais como idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, ou alguma questão mais específica relativa ao objeto de pesquisa, a qual, por questões éticas, não seria possível abordar em grupo; e) Transcrição das fitas, compilação dos dados, observando sempre a postura e influência do facilitador nas respostas obtidas (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Nesta pesquisa, o foco a ser explorado será o IAACR, a fim de captar as diferentes visões dos participantes sobre o mesmo, possibilitando uma avaliação aprofundada do Instrumento. Considera-se indispensável uma análise sobre a formatação, a organização e a clareza, bem como a importância e vantagem do IAACR para uso na UBS do CS IAPI.

Supõe-se que, deste processo de avaliação qualitativa, surjam outras formas, idéias, práticas, experiências e conhecimentos que possam enriquecer o IAACR. Desta avaliação, poderão surgir sugestões que justifiquem um ajuste do conteúdo do Instrumento, o que não se percebeu durante a elaboração do projeto. Por fim, os resultados coletados podem mostrar até que ponto o Instrumento em experiência pode passar da *informalidade* para a *formalidade*, ou seja, se ele pode ser adotado como instrumento oficial e ser implantado na UBS/CS IAPI.

Concluídas as etapas propostas no projeto, a seguinte será formalizar a apresentação do IAACR no CS IAPI para a Gerência (GD5) da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Direção, Administração, Coordenação e Equipe Técnica da Unidade Básica,

Colegiado de Enfermagem, para assim, finalizar a proposta de implantação do Instrumento na Unidade.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

O relato transcrito das falas dos participantes do grupo focal servirá para a análise e interpretação das propostas em questão do IAACR. Será realizada através do método de Análise de Conteúdo de Bardin (1988) para o tratamento dos resultados obtidos das questões e para expressar os significados captados e lidos nas mensagens analisadas.

Segundo Bardin (1988), Análise de Conteúdo pode ser definida como uma técnica de análise de comunicação com o objetivo de alcançar, por uma série de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para a organização da análise de dados por este método, Bardin (1988) sugere:

- Exploração do material, que é feita através da seleção de unidades de significado no texto transcrito que, após estas operações, constituem-se em unidades de registro, numeradas em uma ordem tal, que se possa retornar ao texto original com facilidade, caso necessário.
- Categorização, a partir de uma desconstrução do texto, para reconstruí-lo analiticamente em categorias, que devem obedecer às regras de exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade.
- Tratamento dos resultados obtidos, que é o momento de expressar os significados lidos e captados nas falas analisadas.
- Interpretação, com base nos objetivos previstos, ou mesmo em outros que não tenham sido previstos, que diga respeito a descobertas não esperadas, a fim de se atingir uma compreensão profunda sobre o conteúdo estudado.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O referido projeto de pesquisa será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, onde será avaliado. O mesmo será iniciado somente após a sua aprovação. Se aprovado, durante a sua execução, serão observadas e respeitadas todas as disposições da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regula normas e diretrizes para pesquisas realizadas com seres humanos (BRASIL, 1996).

Os participantes envolvidos no estudo não estarão submetidos a qualquer grau de risco. De modo algum provocará constrangimentos ou prejuízos ao sujeito de pesquisa.

Os sujeitos desta pesquisa receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II) para assinatura. O TCLE será apresentado em duas vias e será entregue uma cópia a cada sujeito de pesquisa, após a assinatura. Nesse Termo, consta o objetivo, a justificativa do estudo, a garantia do sigilo das informações, o anonimato do informante, assim como a garantia da guarda dos dados coletados. Os entrevistados da pesquisa receberão uma cópia desse documento.

Conforme define a Resolução 196/96, os dados e as gravações serão guardados pela pesquisadora durante cinco anos e, após, serão destruídos.

6 DIVULGAÇÃO

Como pesquisadora, comprometo-me a divulgar os resultados da pesquisa à equipe técnica de todo o Centro de Saúde IAPI, na forma de um relatório que ficará à disposição de todos para leitura. Além disto, poderá ser apresentado oralmente na reunião de colegiado de enfermagem, que ocorre semanalmente na Unidade.

Uma cópia será igualmente encaminhada para a Coordenação da UBS, para a Gerência Distrital, para a Direção e Administração deste Centro.

O relatório da pesquisa será enviado no formato de artigo para avaliação e possível publicação na revista *Momento e Perspectivas em Saúde* do GHC. Também será apresentado como pôster e tema livre em eventos científicos promovidos pela Prefeitura e pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como em outros eventos da área da enfermagem.

8 ORÇAMENTO

Material	Quantidade (unidade)	Valor Unitário (R\$)	Total
Cartucho para impressora	01	35,00	35,00
Pacote de 500 folhas A4	01	12,00	12,00
Caneta marca texto	02	2,50	5,00
Caneta esferográfica	02	1,50	3,00
Grafite para lapiseira	02	4,50	9,00
Borracha	01	3,00	3,00
Envelope plástico	20	0,40	8,00
Arquivo morto	2	3,00	6,00
Fotocópias	500	0,12	60,00
Encadernação	04	4,00	16,00
Total			157,00

As despesas da pesquisa serão custeadas pela autora do projeto, exceto o uso da área física, móveis, equipamentos eletrônicos da UBS/CS IAPI.

REFERÊNCIAS

BARBIERI, Renato (Org.). **S.O.S. Cuidados emergenciais**. São Paulo: Rideel, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético no fazer em saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo de trabalho de humanização**. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008.

COREN-RS. Acolhimento com resolutividade e humanização. **Coren-RS Enfermagem Gaúcha em Revista**, ano I, edição II, p. 23-25, jan./fev./mar. 2010.

CARPENITO, Lynda J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa**. 8. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2005.

FAGUNDES, Sandra. **Protocolo de suporte básico de vidas nas unidades de atenção de saúde**. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Novembro 2003.

FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderlei S.; MERHY, Emerson E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun.1999.

FREITAS, Ivani B. A. (Org.). **Relatório de Gestão 2001 – 2004**. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência Noroeste Centro de Saúde IAPI, 2004.

GATTI, Maria Fernanda Z. Triagem de enfermagem em serviço de emergência. **Boletim Científico do Instituto de Conhecimento, Ensino e Pesquisa**, n. 5, maio 2003. Disponível em: <http://portal.samaritano.com.br/pt/interna.asp?page=1&idpagina=311>. Acesso em: 16 dez 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Franco. **Minidicionário Houaiss de língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

MACHADO, Sérgio C. E. P. (Org.) **Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência**. Concurso Inovação na Gestão Pública Federal, Ministério da Educação. Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS, 2005.

MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). **Pesquisa social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

PIZZOLATO, Aline C. **Proposta de implantação do acolhimento e avaliação com classificação de risco**. Pronto Socorro do Hospital Universitário Cajuru. Curitiba (PR), s/d. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.098.pdf>. Acesso em 02 janeiro 2010.

RAMOS, Donatela; LIMA, Maria Alice. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

ROGERS, Jean H.; OSBORNE, Harold; POUSADA, Lídia. **Enfermagem em emergência: um manual prático**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SENSSULINI, Vanessa; MACHADO, Mariana; ROCCHA, Erika. **Um olhar humanizado: O programa de acolhimento na unidade básica de saúde do Piracicimir**. 6º Simpósio de ensino de graduação. 6ª Mostra Acadêmica UNIMEP. 30 setembro a 02 outubro 2008.

SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda. **Brunner/ Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

VÍCTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN; Maria de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Roteiro do Grupo Focal

1. Você utiliza o IAACR?
 2. O que pode melhorar na formatação do IAACR?
 3. O conteúdo do IAACR está adequado?
 4. Quanto ao preenchimento dos campos, o IAACR tem funcionalidade?
 5. Quais as vantagens do IAACR?
 6. Qual a importância do IAACR?
 7. Considera necessário criar e adaptar um protocolo de classificação de risco nas situações de urgência clínica, nesta Unidade?
 8. Sugestões, idéias, aspectos que não foram explorados
-

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre o “INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: A HISTÓRIA DE UM PROJETO”, de Dejanira dos Santos Pereira, enfermeira de assistência na clínica médica da área 10 da UBS/CS IAPI, e aluna do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Esta pesquisa tem como objetivo uma análise crítica do modelo de Instrumento de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco dos usuários que buscam por ajuda na UBS/CS IAPI em uso experimental desde 2006. Além de avaliar o Instrumento, a história de sua concepção e ação, esta pesquisa poderá integrar as diferentes áreas de serviços do CS IAPI que ainda não fazem uso deste Instrumento, quando for necessário avaliar um usuário que apresente uma situação aguda nestes locais.

Eventuais dúvidas poderão ser esclarecidas em qualquer momento da realização da pesquisa. Você poderá desistir de participar a qualquer momento, o que não acarretará qualquer prejuízo em sua vida pessoal ou profissional.

Serão assegurados o sigilo e a confidencialidade de todas as informações obtidas na pesquisa, que serão guardados com a pesquisadora responsável, sendo que, ao final de cinco anos, todos os documentos e as gravações serão destruídos.

Não haverá nenhum tipo de pagamento ou reembolso de valores, já que a participação na pesquisa não exige gastos. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Qualquer dúvida relacionada aos aspectos éticos dessa pesquisa poderá ser esclarecida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelos telefones: (51)3289.2899 ou 2105.2899, endereço Av. João Pessoa, n 325.

Também poderá entrar em contato com a pesquisadora: Dejanira dos Santos Pereira, pelos telefones: (51) 3361.4951, pelo email: dejanirapereira@bol.com.br, e pelo endereço: rua 3 de Abril, nº 90, área 10 da Clínica Médica UB/CSI-API – Passo D’Areia – Porto Alegre, ou com a Orientadora desta pesquisa Ana Cláudia S. Meira, pelo email anacmeira@uol.com.br.

Eu, _____, estou ciente deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceito participar dessa pesquisa.

Nome do Sujeito

Assinatura do Sujeito

Nome da Pesquisadora

Assinatura da Pesquisadora

Porto Alegre, _____ de _____ de 2010.

Obs.: O presente documento, baseado no item IV das diretrizes e Normas Regulamentares para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma em poder do pesquisado e outra da pesquisadora.

ANEXO I

CLÍNICA MÉDICA ÁREA 10 UBS/CS IAPI RUA 3 ABRIL N. 90 POA RS. SMS. SIA/SUS

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nome do usuário: _____ Idade: _____ Masc. () Fem. ()

Data: ___/___/___ Hora: _____ N° prontuário _____ Usuário de fora área: () Tel: _____

a) Queixa principal: _____

b) Classificação de dor na escala de 1 _____ 10 () Início súbito () Há um dia () Há mais de uma semana

c) Aspecto geral: () Bom () Regular () Ruim Nível orientação verbal: () orientado () desorientado

<p>d) DOENÇAS PREGRESSAS</p> <p>() Hipertensão sistêmica () Diabetes () Problemas cardíacos () AVC () Asma / bronquite () Hepatites () Enfisema () Epilepsia Outra: _____</p> <p>() Alergia à medicação</p> <p>Qual: _____</p> <p>() Nega alergia à medicação</p> <p>Data da última VAT: _____</p>	<p>e) USO DE MEDICAÇÃO</p> <p>() Não usa medicações () Antihipertensivo () Diurético () Anti-arrítimo () Antidepressivo Outra: _____</p> <p>Medicações usadas nesta data de hoje: _____ _____</p>	<p>f) INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</p> <p>() TA _____ X _____ MMHG () TAX _____ () HGT _____ MG/DL () SATURAÇÃO OXIG. _____ % () FC _____ BPM () Fowler de 90 () Trendelenburg de 30 () ECG (qd. probl. cardíaco) () Acesso venoso (qd. emergência)</p>
<p>AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (A, B, C, D, E, F)</p> <p>() Emergência () Urgência () Não-urgência</p> <p>Téc..Enf.:Enfermeira:.....</p>		<p>TOMADA DE DECISÃO</p> <p>() Atendimento clínico na área 10 () Agendar consulta UBS/IAPI () Orientado a consultar em sua UBS () Enfermeiro e usuário () Médico, enfermeiro e usuário</p>

EQUIPE TÉCNICA

Usuário encaminhado ao: () Pronto-atendimento () Hospital () Remoção SAMU p/ hosp. () Sua UBS c/ IAACR
 Usuário liberado: () Com familiares () Sem acompanhante () Com receita médica () Liberado c/ orientação do enfermeiro
 Assinatura do usuário ou responsável: _____