

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO PRONTO SOCORRO DE PELOTAS: TRABALHANDO A PROPOSTA EM VISITAS DOMICILIARES

BARTEL, Tainã Eslabão¹; OLIVEIRA, Maria José S²; SANTOS, Amanda Amaral dos³; DAL PAI, Daiane⁴; CEOLIN, Teila⁵.

¹ Aluno de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPEL. Bolsista Probec. E-mail: tainabartel@hotmail.com

² Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPEL. E-mail: maria_santos_rs@yahoo.com.br

³ Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPEL. E-mail: amandalovercyps@yahoo.com.br

⁴ Mestre em Enfermagem, Doutoranda PPGEnf/UFGRS. E-mail: daiadalpai@yahoo.com.br

⁵ Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da FEn-UFPEL. E-mail: teila.ceolin@ig.com.br

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu há duas décadas, a partir da publicação da constituição de 1988, tendo como princípios a universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização (BRASIL, 2009). Sendo assim, 15 anos mais tarde foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual tem como objetivo tornar o SUS um sistema acolhedor, ágil e humanizado (BRASIL, 2004).

Por meio da PNH, o Ministério da Saúde propôs a estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, direcionada aos serviços de urgência e emergência com o intuito de subsidiar mudanças no sentido de reorganizar o fluxo da atenção nesses serviços, freqüentemente superlotados. Por meio da nova estratégia, pretende-se atender o usuário de acordo com a gravidade do caso e não mais por ordem de chegada, ou seja, ao chegar ao serviço, o usuário será acolhido e classificado mediante um protocolo clínico pré-estabelecido e por um profissional capacitado para tal função (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o acolhimento deve ser interpretado como ato ou efeito de acolher, expressando uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”. É nessa perspectiva que se pretende afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância. Avaliando o acolhimento nos diferentes níveis de atenção à saúde, pode-se perceber que muitas vezes isto não acontece, ou seja, usuário e profissional são separados por uma repartição com vidros o que não expressa o ato de acolher. Já a classificação de risco é considerada uma ferramenta com o propósito de organizar a fila e propor outra ordem de atendimento para o serviço que não a de chegada, garantindo o atendimento imediato dos usuários com situações graves. Além disso, ainda se requer informar o paciente com menos risco sobre o tempo de espera, pois assim a assistência será humanizada, de acordo com as diretrizes do SUS, principalmente a equidade, a qual preconiza que deverá ser disponibilizada maior atenção aos que mais necessitam (BRASIL, 2009).

Pensando nisso, o Pronto Socorro (PS) de Pelotas no ano de 2009 implantou a estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, tendo como objetivo além de prestar uma assistência humanizada, diminuir a superlotação desse serviço. Por ser um serviço regional, o fluxo de usuários é intenso, e somado a isso, tem-se a questão da compreensão da comunidade sobre

o objetivo do Pronto Socorro. Muitos pacientes possuem pensamentos errôneos com relação ao serviço de urgência e emergência, o qual objetiva o atendimento ao risco eminente a vida e não casos de pronto atendimento ou que podem ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Partindo dessa premissa surge o projeto de extensão “Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Pronto Socorro de Pelotas-RS: problematizando a proposta junto as UBS’s”, o qual trabalha junto aos usuários de UBS de Pelotas, problematizando o atendimento dos diferentes níveis de atenção na rede de saúde do município por meio de atividades em sala de espera, grupos como de hipertensos e diabéticos e geração de renda e também nas visitas domiciliares. Diante disso, o presente trabalho objetiva relatar as ações extensionistas desenvolvidas em visitas domiciliares.

2 MATERIAL E MÉTODOS

As intervenções do projeto de extensão foram realizadas por meio de visitas domiciliares, as quais devem ser consideradas como aspecto central de educação em saúde, pois contribui para mudança dos padrões de comportamento, refletindo conseqüentemente no aumento da qualidade de vida dos usuários, por meio da prevenção de doenças e promoção da saúde (AZEREDO et al., 2007).

Os usuários visitados pertenciam à área da abrangência de uma UBS vinculada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, onde acompanhou-se uma agente comunitária de saúde (ACS), em 10 visitas domiciliares. As visitas ocorreram no turno da tarde, durante dois turnos, totalizando em média 4 horas.

Nas abordagens realizadas, foi explicada a atual forma de atendimento do PS de Pelotas, evidenciando a importância desta mudança para melhor atendimento da população e reorganização do fluxo de atendimentos na rede de saúde do município. Os usuários abordados ainda foram orientados quanto à opção de atendimento da Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), sendo esta uma unidade de Pronto Atendimento, a qual funciona como serviço intermediário entre a UBS e o PS. Por fim, orientou-se quanto à necessidade dos usuários frequentarem a UBS, problematizando as vantagens desta sobre o PS no atendimento de baixa complexidade, as quais foram ilustradas em folder explicativo construído pelos participantes do projeto de extensão.

Todas as interações ocorridas nas visitas domiciliares foram registradas em diário de campo para posterior análise e discussão junto aos integrantes do projeto, a fim de subsidiar as ações posteriores do projeto. Assim, os resultados a seguir apresentados fazem parte dos registros em diário de campo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte das intervenções 8 mulheres e 2 homens, estando a maioria acima dos 60 anos de idade e aposentados. Nenhum dos usuários tinha conhecimento da atual forma de atendimento do PS de Pelotas, no entanto apenas referiram ser um serviço desumano devido a superlotação e demora no atendimento. Quando informados da estratégia implantada no PS mostraram-se satisfeitos expressando uma grande expectativa acerca da reorganização da rede de saúde de Pelotas. Os usuários, por serem em grande maioria hipertensos e diabéticos, possuem um bom vínculo com a UBS, pois realizam a retirada de medicação e

atualização de receitas mensalmente, além de participarem do grupo de hipertensos e diabéticos (HiperDia); porém reclamam do número de consultas médicas disponibilizadas pela unidade e também da falta de médico de uma das áreas de abrangência da mesma. De acordo com um estudo realizado em uma unidade de Pronto Socorro do estado de São Paulo, o qual analisou os usuários que procuram o PS com maior frequência, identificou-se que o principal motivo é a demora no agendamento das consultas médicas da UBS (SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010).

Diante disso, ressalta-se a necessidade de permanecerem com o vínculo, pois na UBS, diferente do PS, os usuários mantêm um acompanhamento, além dos profissionais conhecê-los e possuírem o prontuário, no qual consta toda história do paciente na unidade. Um estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul mostrou que há necessidade dos usuários na criação de vínculo com a UBS, no entanto, o vínculo estabelecido na atenção básica, visa conhecer as pessoas e seus problemas, não referindo-se ao vínculo com possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização do serviço, sendo reforçado pelos autores que o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois assim será possível atender de fato as demandas e necessidades dos usuários (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Com relação à UBAI, criada recentemente no município, grande parte dos usuários estava ciente desta, porém não sabiam qual a forma de atendimento. No entanto, ao informarmos, ficaram satisfeitos e relataram que deveriam existir mais locais de atendimento como este, pois assim iria diminuir a superlotação do PS. Informou-se quanto à necessidade dos usuários frequentarem a UBS mesmo em alguns casos mais complexos, pois a equipe da unidade irá avaliar e se for necessário encaminhar para outro serviço. No entanto, os usuários ficaram surpresos, pois achavam que não seria possível realizar este encaminhamento.

4 CONCLUSÃO

Diante deste trabalho pode-se concluir que ainda falta informação dos usuários com relação a nova organização de atendimento do PS, e que a demora na eficácia desta estratégia pode, entre outros fatores, estar relacionada a pouca divulgação. Outro ponto importante é a organização da rede de saúde em Pelotas, ou seja, muitas vezes não há comunicação entre os serviços, o que dificulta o fluxo do usuário no sistema. Contudo, acreditamos que foi de grande valia as intervenções realizadas e esperamos que estes usuários atuem como multiplicadores desta nova proposta, pois assim todos iremos trabalhar junto para melhor atenção a saúde da população pelotense.

5 REFERÊNCIAS

AZEREDO et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v.3, n.12, p.743-53, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município garantindo saúde para todos**. 2ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SOUZA, Mariana de Figueiredo; FIGUEIREDO, Luana Alves de; PINTO, Ione Carvalho. Análise da Utilização do Serviço de Pronto-Socorro na Percepção do Usuário. **Cienc. Cuid. Saúde**. São Paulo, v.9, n.1, p.13-20. 2010.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.6, n.20, p.1487-1494. 2004.