



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Barão do Rio Branco, 1861 - Centro - CEP: 85301-030
Fone (42) 3635-1030 - e-mail: geral@semusa.pr.gov.br
Laranjeiras do Sul - Paraná



PROTOCOLO PARA ACOLHIMENTO E IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE

ELABORAÇÃO EM: 01/04/18 Enfª Eva Marcanssoni	REVISÃO EM:20/04/18 Enfª Carolina Sangalli	REVISADO EM: 20/04/19	REVISADO EM: 06/2022	REVISADO EM: 05/09/2023 Núcleo de Segurança do Paciente	REVISADO EM: _/_/_
--	--	------------------------------------	-----------------------------------	---	---------------------------------

Sumário

O que é o Acolhimento?.....	3
O Acolhimento como Mecanismo de Ampliação/Facilitação do Acesso	3
O Acolhimento como Postura, Atitude e Tecnologia de Cuidado.....	4
O Acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de Trabalho em Equipe	4
Modelagens de Acolhimento	5
Avaliação de Risco e Vulnerabilidade	11
Identificação Segura do Paciente e Acolhimento – RECEPÇÃO	12
Identificação Segura do Paciente e Acolhimento - ENFERMAGEM	12
Referências.....	14

O que é o Acolhimento?

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que 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 (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica. Unidades básicas de saúde, neste material, é uma denominação genérica que inclui todos os tipos de unidades que realizam ações de atenção básica (unidades de Saúde da Família, postos de saúde, centros de saúde e equivalentes).

O Acolhimento como Mecanismo de Ampliação/Facilitação do Acesso

O acolhimento aparece, aqui, como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses

critérios. Sendo assim, podem ser cuidados na atenção básica, por exemplo, tanto um portador de hipertensão arterial como alguém com gastrite. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos.

O Acolhimento como Postura, Atitude e Tecnologia de Cuidado

Nesse aspecto, o acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leves e duras. Além disso, o acolhimento pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas. Como exemplo, podemos pensar na atitude da equipe quando uma mulher que não leva o filho às consultas programadas de puericultura resolve levá-lo com diarreia ao serviço, num dia não previsto.

O Acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de Trabalho em Equipe

Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes

discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidade e realizar/acionar intervenções.

Modelagens de Acolhimento

Quando falamos do acolhimento como atitude e tecnologia de cuidado, como mecanismo de ampliação do acesso e como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho das equipes, imprimimos sentidos e perspectivas a ele que são fundamentais aos sujeitos em ação que pretendem constituir novos modos de receber e escutar os usuários na atenção básica. No entanto, sobretudo quando estamos falando do acolhimento à demanda espontânea, é fundamental traduzir tais sentidos e perspectivas em arranjos e práticas concretas, mesmo que provisoriamente. Também é importante colocar essa tradução concreta em análise (identificando alcances e limites, problemas e potencialidades) e fazer os ajustes necessários, pois isso faz parte do dia a dia do trabalho. Nesse sentido, apesar de ser frequente o êxito do “Acolhimento pela equipe de referência do usuário”, principalmente em termos de vinculação e responsabilização, cabe dizer que não existe uma única e melhor forma de acolher a demanda espontânea para todos os contextos, a priori. Há, antes, diferentes possibilidades de modelagens, cuja experimentação propicia tanto o ajuste à realidade de cada unidade como o protagonismo dos trabalhadores na implementação do acolhimento, de forma dialogada e compartilhada. A participação dos trabalhadores na análise e decisão sobre os modos de acolher a demanda espontânea é fundamental, também, para a sustentabilidade desse tipo de iniciativa, na medida em que aumenta as chances de autoria e pertencimento coletivos. Como exemplos, listamos algumas modelagens de acolhimento utilizadas em diferentes lugares, a saber:

1) Acolhimento pela equipe de Referência do Usuário: a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. Há diversas maneiras de desenvolver esta modelagem; apenas para citar algumas: a) o enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados; b) mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições; c) em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda. A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta.

2) Equipe de Acolhimento do dia:

Em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia. A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão

“escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda. 3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia): em unidades com mais de uma equipe, estipula-se determinada quantidade de usuários ou horário até onde o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área, bem como uma quantidade de casos agudos encaminhados pelo acolhimento que o médico irá atender de pacientes de sua área durante o turno. Um dos enfermeiros fica a cada dia sem atendimentos agendados, para atender à demanda espontânea de todas as áreas a partir do momento que ultrapasse a quantidade ou horário previamente estipulados para acolhimento das equipes; um dos médicos também sem atendimentos agendados para, independentemente da área, atender aos casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederem a quantidade predeterminada a que cada um dos outros médicos atenderiam. Essa modelagem se apresenta como intermediária entre o acolhimento por equipe e o acolhimento do dia, mas requer comunicação mais intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas. 4) Acolhimento coletivo: no primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde. Para todos os profissionais da equipe poderem estar no acolhimento coletivo e atenderem aos casos agudos identificados, é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados pacientes para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo realizado pela equipe, para garantir acesso a usuários que cheguem durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de

3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de Acolhimento do dia):

Em unidades com mais de uma equipe, estipula-se determinada quantidade de usuários ou horário até onde o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área, bem como uma quantidade de casos agudos encaminhados pelo acolhimento que o médico irá atender de pacientes de sua área durante o turno. Um dos enfermeiros fica a cada dia sem atendimentos agendados, para atender à demanda espontânea de todas as áreas a partir do momento que ultrapasse a quantidade ou horário previamente estipulados para acolhimento das equipes; um dos médicos também sem atendimentos agendados para, independentemente da área, atender aos casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederem a quantidade predeterminada a que cada um dos outros médicos atenderiam. Essa modelagem se apresenta como intermediária entre o acolhimento por equipe e o acolhimento do dia, mas requer comunicação mais intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas.

4) Acolhimento Coletivo:

No primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde. Para todos os profissionais da equipe poderem estar no acolhimento coletivo e atenderem aos casos agudos identificados, é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados pacientes para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo realizado pela equipe, para garantir acesso a usuários que cheguem durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de autoavaliação dos riscos pelos

usuários, mas apresenta como principal inconveniente o constrangimento das pessoas, que podem se sentir expostas na sua intimidade e privacidade, além de não oportunizar uma adequada avaliação dos riscos não evidentes e da vulnerabilidade, devendo, por isso, ser necessariamente articulada à escuta individualizada (GOMES; MELO; PINTO, 2005). Em alguns casos, pode ser interessante misturar elementos de diferentes modelagens. Por exemplo, sinais evidentes de maior risco ou sofrimento podem ser identificados/percebidos também pelos trabalhadores da recepção, que devem ter a possibilidade de contato direto com as pessoas que estão realizando a primeira escuta do acolhimento, facilitando a priorização desses casos. Em outras situações, os agentes comunitários de saúde, além de perceberem o risco, podem ter contribuição muito valiosa na avaliação da vulnerabilidade. Ainda, as necessidades de saúde bucal também precisam ser apreciadas no acolhimento, podendo os profissionais que atuam no cuidado à saúde bucal também ser inseridos no processo de escuta qualificada, bem como os outros profissionais que realizam a primeira escuta precisam estar atentos para eventuais queixas que podem ter relação com a saúde bucal e necessitariam de uma avaliação específica, tal como uma cefaleia recorrente, que inicialmente se acreditou de origem tensional, mas que está sendo causada por causa dentária. Em síntese, queremos aqui salientar que a realização da escuta qualificada não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe. Mais uma vez, é importante lembrar que há múltiplos formatos de acolhimento da demanda espontânea possíveis, e que vale a pena apoiar a invenção e experimentação de diferentes modelagens pelas equipes, desde que essas tentativas sejam pactuadas e analisadas em seus efeitos, tanto pelos trabalhadores quanto pelos usuários. Este processo, entretanto, precisa se desenvolver de forma solidária por parte de todos os profissionais. Por exemplo, quando um profissional que atende alguém analisado como prioritário por parte de quem está na escuta discordar da sua classificação, ao invés de desencadear uma crítica, pode tomar isto como necessidade para desenvolver processos de educação permanente. Os momentos de implantação ou de mudança na modelagem do acolhimento, certamente, são os que promovem maior tensão em relação ao modo como se organiza o acesso dos usuários à unidade, mas mesmo quando já estamos adaptados a certo *modus operandi*, ainda assim há

diversas tensões que ocorrem no cotidiano e que precisam ser trabalhadas com muita delicadeza e parceria por parte de todos. É necessário também que haja solidariedade entre trabalhadores e usuários: que os trabalhadores compreendam as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários; que os usuários compreendam o esforço dos trabalhadores em organizar o acesso de modo a garantir a melhor qualidade no cuidado a todos. Esta relação solidária com usuários e entre trabalhadores, entretanto, está condicionada à maneira como todos estão participando da gestão da unidade, sendo o modo como se dá o acesso apenas mais uma das dimensões desta relação maior (estes e outros elementos serão ainda abordados no capítulo 4 deste Caderno). Por fim, vale salientar que a maioria das modelagens tem limites e potencialidades, a depender de fatores como o número de equipes da unidade, os profissionais que participam do acolhimento, as particularidades de cada população adscrita, a estrutura física e ambiência da unidade, entre outros. Um critério de avaliação da modelagem mais adequada pode ser, por exemplo, o atendimento satisfatório às necessidades dos usuários que gera menos sofrimento/ sobrecarga para as equipes e que não sacrifica a atenção programada. Talvez esta seja uma equação a ser considerada em cada lugar. Para definir modelagens e realizar avaliações ao longo do tempo, propomos algumas questões norteadoras para serem consideradas em cada realidade:

- Como realizamos o acolhimento em nossa unidade?

Seguimos o protocolo para identificação segura do paciente, realizamos a escuta em grupos e/ou individualmente em sala reservada avaliando a necessidade de cada usuário.

- O que ofertamos no acolhimento?

Informações sobre o fluxo da ESF e sobre o que é a estratégia de saúde da família. Oferecemos consultas multiprofissionais, grupos de promoção de saúde e prevenção de agravos, exames e agendamentos para facilitar o acesso.

Avaliação de Risco e Vulnerabilidade

A fila e a cota de “consultas do dia” (senhas limitadas), além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada. Dessa forma, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas. Como fazer isso no cotidiano dos serviços, onde muitas vezes chegam, ao mesmo tempo, várias pessoas com necessidades distintas? Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas priorizações. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, uma atendente, um porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso. Por exemplo, uma criança com febre alta, um adulto com cólica renal, um usuário agitado, uma pessoa com dificuldade de respirar, um idoso com dor no peito. O reconhecimento desses e de outros sinais de risco pelos trabalhadores que comumente circulam ou permanecem nas áreas de recepção/esperas pode e deve ser apoiado. Além disso, é recomendável que os demais profissionais façam ativamente esse tipo de observação, sobretudo nos horários em que a unidade de saúde estiver mais cheia. As atividades de “sala de espera”, por exemplo, são também oportunidades de identificação de riscos mais evidentes. Mas é importante garantir espaços mais reservados para escuta e identificação de riscos, como o atendimento individual de enfermagem. Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas (nem sempre o risco é facilmente reconhecível), quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários.

Identificação Segura do Paciente e Acolhimento – RECEPÇÃO

Na recepção são realizados os seguintes serviços: acolhimento inicial, agendamentos de consultas e exames, entrega de resultados de exames, informações em geral.

1. Recepcionar o usuário cordialmente com empatia e questionar o mesmo sobre o que necessita.
2. Solicitar documento com foto e cartão SUS: e
 - Caso não tenha cartão SUS realizar o cadastro, fazer a impressão do mesmo e entregar ao usuário.
 - Caso já possua cadastro verificar se está completo e atualizado.

OBS: Ficar atento ao endereço, vinculação com equipe, telefone, CPF e/ou cartão SUS.

3. Recepcionar o usuário no sistema IDS Saúde, usando mais de um parâmetro para selecionar prontuário.
Exemplo: Nome e nome da mãe ou nome e data de nascimento.
 - Se demanda aguda/espontânea ou previamente agendada – recepcionar ao profissional adequado à demanda.
 - Se demanda programada – realizar agendamento via sistema.
4. Direcionar o usuário ao setor de atendimento estabelecido.

OBS: Ao identificar pessoa com deficiência ou com prioridade de atendimento por lei, repassar informação ao setor subsequente.

Identificação Segura do Paciente e Acolhimento - ENFERMAGEM

1. Chamar o usuário pelo nome completo de forma compreensível.
2. Realizar verificação dos sinais vitais e medidas antropométricas (técnicos em enfermagem).
3. Classificar risco (enfermeiros).
4. Em seguida encaminhar ao médico, enfermeira ou outro profissional para atendimento.

Fluxograma de atendimento – Unidade de Saúde da Família

Usuário chega a Unidade – Realizar identificação segura conforme protocolo

Usuário tem atividade agendada?

Sim

Encaminhar usuário para atividade agendada (consulta médica, de enfermagem, odontológica, etc)

Não

Precisa de atendimento específico de rotina da Unidade

Sim

Encaminhar para setor requerido

Procedimentos

Grupos

Vacinas

Farmácia

Não

Escuta da demanda do usuário, avaliação de risco e vulnerabilidade. Definição da oferta do cuidado com base nas necessidades e classificação de risco

O problema é agudo?

Sim

Atendimento imediato

Atendimento prioritário

Atendimento no dia

Ofertas possíveis:
Atendimento médico, enfermagem, dentista, equipe multidisciplinar
Permanência em observação se necessário;
Remoção ou encaminhamento

Não

Usuário é da área de abrangência da Unidade?

Não

Orientação e encaminhamento com responsabilização

Usuário é da área de abrangência

Sim

Não

Sim

Orientação sobre serviços da unidade; Inclusão em ações programáticas; Agendamento de consultas conforme a necessidade; Encaminhamentos para outros pontos de atenção conforme necessidade.

Avaliação da necessidade da continuidade do cuidado, com programação oportuna de ações. Discussão de caso com a equipe, se pertinente

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.