

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES POR CONTATO TELEFÔNICO: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

ALMEIDA VANESSA MEDEIROS¹; VIEGAS ALINE DA COSTA; MAAS TIAGO³;
CASTRO DENISE SOMAVILA PRZYLYNSKI⁴; PINTO RAQUEL OLIVEIRA⁵;
RODRIGUES RENATO LINS⁶

¹Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- nessavma@hotmail.com

²Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – alinecviegas@hotmail.com

³Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – tiago.maas@gmail.com

⁴Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – deprizi@gmail.com

⁵Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – quel_enf@yahoo.com.br

⁶Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – renatolinsfisio@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Com o intuito de qualificar as práticas assistenciais no âmbito da saúde no que tange ao acesso das pessoas, aos fluxos da rede e a integralidade da assistência é fundamental que ocorram modificações (SANTOS; FRANCO, 2018). A utilização do acolhimento com classificação de risco faz parte das ferramentas usadas atualmente no sistema de saúde brasileiro a fim de favorecer a organização dos serviços, prever a demanda de atendimentos, com o objetivo de agilizar a atenção e cuidados às pessoas que mais necessitam (MENDES et al., 2018).

Com essa modalidade de triagem é possível a escuta qualificada, e por conseguinte, considerar aspectos de vulnerabilidade, gravidade e risco, sendo a comunicação efetiva fundamental para que o processo ocorra de modo resolutivo (SANTOS; FRANCO, 2018).

A atenção domiciliar configura-se em um importante ponto da rede de atenção à saúde, ao passo que favorece a desospitalização, evita hospitalizações, colabora com a atenção primária, considerando a acessibilidade, o acolhimento, a humanização, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas atendidas (BRASIL, 2012; SILVA et al 2017). Nesse sentido, acolher e classificar de acordo com critérios bem definidos é essencial para atender o princípio da equidade no sistema público de saúde. Diante do exposto, esse trabalho visa relatar a experiência de profissionais de um serviço de atenção domiciliar ao realizarem acolhimento com classificação de risco de pacientes por contato telefônico.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de profissionais da saúde (enfermeiras, médico e fisioterapeuta) que trabalham em um serviço de atenção domiciliar de um município do sul do Brasil em relação ao estabelecimento de acolhimento com classificação de risco a partir de contato telefônico, metodologia utilizada a partir de

2020. Nos meses de maio, junho e julho de 2021 foram triados por telefone 58, 74 e 81 pacientes respectivamente.

Esse serviço de atenção domiciliar existe desde 2005 e conta com oito equipes assistenciais compostas por enfermeiro, médico, assistente social e técnico em enfermagem e uma equipe de apoio com nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, terapeuta ocupacional e odontólogo. Duas destas equipes atendem exclusivamente pessoas com doença oncológica em final de vida e as demais assistem pessoas com diferentes condições crônicas agudizadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente o serviço de atenção domiciliar recebia encaminhamentos em formulário próprio a partir de documento físico, no qual o profissional de saúde de nível superior da rede de atenção à saúde pública ou privada preenchia as informações e o familiar/cuidador ou até mesmo a própria pessoa com a doença levava até a sede do serviço juntamente com seus documentos para realização de um pré cadastro e posterior avaliação da equipe. Esses formulários eram recebidos e entregues para as equipes pelos profissionais do administrativo, os quais determinavam quem era prioridade para atendimento.

Levando-se em consideração a necessidade de acolher com classificação de risco e de acordo com critérios clínicos e sociais, no ano de 2019 foi instituído um profissional de referência para recebimento das solicitações e acolhimento das pessoas doentes/familiares, intitulado como “enfermeiro(a) da triagem”. No instante em que a pessoa/familiar/cuidador chegava na base com o formulário de solicitação para atendimento domiciliar, o enfermeiro acolhia a demanda e realizava uma triagem a fim de reconhecer a complexidade do cuidado, utilizando estes dados para o preenchimento de outro documento “Escore de Avaliação da Complexidade do Cuidado” (EACC).

Após esse acolhimento inicial, os dados pessoais e de saúde da pessoa eram inseridos em uma planilha do Excel. Posteriormente, o enfermeiro da triagem dialogava com as equipes para verificar a possibilidade de vaga e pré-agendar o atendimento e avaliação no domicílio. Em situações especiais, caso a solicitação chegasse no turno de trabalho inverso ao do enfermeiro de referência, este realizava a triagem por telefone no dia seguinte.

Já em abril de 2020, devido a pandemia do Coronavírus e a necessidade de informatizar os dados do serviço, foi construído um formulário de solicitação de atendimento domiciliar online no site do Hospital em que o serviço é vinculado, onde o profissional da rede de atenção à saúde realiza o encaminhamento de modo online, o qual chega para o enfermeiro da triagem através de uma planilha de dados.

Logo, o profissional realiza o acolhimento com classificação de risco (verde, amarelo ou vermelho) por meio de contato telefônico para realização do Escore de Complexidade do Cuidado, no qual se considera as necessidades pessoais (condição crônica e/ou necessidade de cuidados paliativos, lesão por pressão ou outras lesões cutâneas e antibioticoterapia); suporte familiar (insuficiência familiar, desorganização familiar, sobrecarga familiar ou nenhuma complexidade) e Escala de Funcionalidade (deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão de alimentos e nível de consciência). Este documento também é feito de forma online, sendo que a partir disso a pessoa aguarda o atendimento em uma lista de espera conforme o escore estabelecido e o tempo ideal para o atendimento das suas necessidades.

Nesse contexto, observam-se potencialidades, como a possível agilidade nos atendimentos de acordo com a necessidade das pessoas e a escuta qualificada por profissional capacitado e com formação clínica. Além do mais, a informatização das informações possibilita o registro do tempo de espera e de internação, o que pode promover reflexões nas equipes a fim de encontrar caminhos para melhorar os indicadores. O contato constante do enfermeiro da triagem com os profissionais da rede também é positivo, sendo possível dialogar sobre as pessoas e suas condições, fazer a referência e contrarreferência, dentre outros assuntos pertinentes.

Dentre as fragilidades encontradas nesse processo de acolhimento telefônico está o fato de a avaliação ser subjetiva, uma vez que as situações clínicas não podem ser perfeitamente mensuradas de forma remota. Além disso, há dificuldade de dimensionar a real situação da pessoa sem conhecer o real cenário de vida. Portanto, a classificação é passível de equívoco, visto que a triagem é realizada em um único momento e a pessoa pode apresentar melhora ou piora da sua condição no decorrer dos dias.

Não obstante, o enfermeiro da triagem depara-se com outro percalço, a dificuldade de contato com os colegas da rede que desconhecem os protocolos de elegibilidade do serviço de atenção domiciliar e encaminham pessoas que não preenchem os critérios de admissão. Em uma investigação realizada no Ceará/BR também foi identificado que a comunicação do serviço de atenção domiciliar com a rede de atenção à saúde apresenta dificuldades, existindo carência de apoio entre os pontos de atenção (SANTOS; FRANCO, 2018).

4. CONCLUSÕES

Diante do que foi apresentado, observa-se uma evolução significativa no processo de acolhimento com classificação de risco ao passar dos anos, com maior agilidade nos atendimentos, prioridade de casos complexos e esclarecimentos e orientações individualizadas para cada condição durante a triagem telefônica realizada pelo enfermeiro responsável.

Além disso, a informatização dos dados e a construção do banco de informações do serviço de atenção domiciliar configura-se em um avanço para a unidade, permitindo avaliar as estatísticas, refletir sobre o processo de trabalho, ser referência para outros serviços e também colaborar com a construção científica sobre o tema.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

SANTOS, C. F.; FRANCO, J. Avaliação do Serviço de Atenção Domiciliar em Maranguape - Ceará: Um olhar na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores do serviço. **Revista Internacional em Língua Portuguesa**, n.34, p. 187-207, 2018. Disponível em: <http://www.rilp-aulp.org/index.php/rilp/article/view/RILP2018.34.10> Acesso: em 03 jul. 2021.

MENDES, T. J.M.; SILVEIRA, L. M.; SILVA, L.P.; STABILE, A. M. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore Mews. **REME – Rev Min Enferm**, v.22, p1-5, 2018. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1077.pdf>> Acesso em: 07 ago. 2021.

SILVA, K. L.; SILVA, Y. C.; LAGE, É. G.; PAIVA, P. A.; DIAS, O. V. Por que é Melhor em Casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, p.1-9, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483654880001>> Acesso em: 07 ago. 2021.