

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FERNANDA DELFINO MIRANDA

**Acolhimento com Classificação de Risco no trabalho da Equipe
Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Distrito Sanitário Especial
Indígena Cuiabá (DSEI Cuiabá).**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FERNANDA DELFINO MIRANDA

**Acolhimento com Classificação de Risco no trabalho da Equipe
Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Distrito Sanitário Especial
Indígena Cuiabá (DSEI Cuiabá).**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof. Orientador: Diego Miranda

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Acolhimento com Classificação de Risco no trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá (DSEI Cuiabá)** de autoria do aluno **FERNANDA DELFINO MIRANDA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência

Prof. Diego Miranda
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014
AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à minha família. Em especial, meu esposo Marco Tetsuo, pelo apoio e incentivo para o desenvolvimento deste trabalho!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
3 MÉTODO.....	8
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS.....	14

RESUMO

Este trabalho aborda uma discussão sobre implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, do Ministério da Saúde, na atenção à saúde dos Povos Indígenas de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá (DSEI Cuiabá). A assistência da atenção básica, realizada pelos DSEIs, é a porta de entrada para toda Rede de Atenção à Saúde dos indígenas residentes em aldeias e realiza, inclusive, atendimentos de urgência e emergência. Entre os profissionais que compõem a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) está o enfermeiro, que possibilita esta implantação, pois a Classificação de Risco deve ser realizada por um profissional de Enfermagem de ensino superior. A utilização de um protocolo de Classificação de Risco permitirá a sistematização da avaliação de cada usuário do serviço de saúde que busca atendimentos de urgência ou emergência. Este trabalho tem por objetivo discutir e avaliar a possibilidade de implantação de Classificação de Risco no DSEI Cuiabá. A metodologia utilizada para seu desenvolvimento foi pesquisa bibliográfica, método qualitativo. Os resultados e análises foram sistematizados em apenas uma categoria: *O processo de trabalho na saúde indígena e o Acolhimento com Classificação de Risco*. Nesta categoria foram levantados meios e benefícios da implantação deste Protocolo, especificando algumas etapas necessárias. A conclusão aponta o Acolhimento com Classificação de Risco como uma implantação possível de ser executada.

Palavras-chave: Classificação de risco. Saúde indígena. Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.

1 INTRODUÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco trata-se de uma proposta do Ministério da Saúde. A assistência da atenção básica prestada aos Povos Indígenas, realizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, é a porta de entrada para toda Rede de Atenção à Saúde. A presença do profissional enfermeiro nas equipes multidisciplinares de saúde indígena possibilita a implantação dessa estratégia de acolhimento. (BRASIL, 2007)

Os Povos Indígenas recebem atendimentos de Atenção Básica dentro das aldeias onde residem, por profissionais que compõe a EMSI. Entre os membros desta equipe encontra-se o enfermeiro, com papel fundamental para o desenvolvimento das atividades e também responsável pelo direcionamento dos trabalhos realizados por todos os membros da equipe. A demanda da atenção básica é significativa para as equipes de saúde. O atendimento ocorre em Postos de Saúde, Polos Base e outros locais de produção de saúde, por exemplo: domicílio, escolas, salões de reuniões e outros eventos. A EMSI trabalha com direcionamento de áreas programáticas do DSEI Cuiabá, que envolvem diferentes áreas de saúde, por exemplo: saúde da mulher, saúde da criança, imunização, saúde do idoso, saúde mental, DST/AIDS, entre outras. As atividades realizadas na rotina de trabalho envolvem atenção básica e encaminhamentos para atenção de média complexidade. (BRASIL, 2002)

Porém, as EMSI's lidam, frequentemente, com situações de urgências e emergências, sendo a atenção básica a porta de entrada para toda a demanda de assistência em saúde dentro de uma aldeia. Há acidentes de trânsito, acidentes por animais peçonhentos, trabalho de parto, queimaduras, entre outros atendimentos. Devido a esta demanda, torna-se importante a inserção de um protocolo de Classificação de Risco, que possibilite um apoio e melhoria na qualidade dessa assistência, uma vez que o mesmo ainda não foi implantado neste DSEI.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente e não com a ordem de chegada no serviço (BRASIL, 2004).

A utilização de um protocolo de Classificação de Risco permitirá a sistematização da avaliação de cada usuário do serviço de saúde que busca atendimentos de urgência ou emergência. Além disso, fornece uma maior segurança por parte dos profissionais de saúde envolvidos na assistência.

Alguns dos resultados esperados com a implantação da Classificação de Risco são: redução de mortes evitáveis, extinção da triagem por funcionário não qualificado, priorização de acordo com critérios clínicos, obrigatoriedade de encaminhamento responsável do usuário a outro serviço quando houver necessidade, redução do tempo de espera, detecção de casos que se agravarão se o atendimento for postergado, redução da ansiedade e aumento da satisfação de profissionais e usuários. (BRASIL, 2007)

A proposta do Ministério da Saúde de Acolhimento com Classificação de Risco é a estratégia a ser discutida e avaliada neste trabalho com o intuito de implantação no serviço de saúde da população indígena do DSEI Cuiabá. Trata-se de uma forma de inovar o atendimento nos serviços de saúde que propõe mudanças na postura e prática dos profissionais. O Ministério da Saúde (2009) especifica que “Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade.”

Dentro desta possibilidade de inserção da Classificação de Risco será considerada a realidade do DSEI Cuiabá, que atende uma população de aproximadamente 7.052 indígenas, sendo 10 etnias predominantes, 116 aldeias, distribuídas em 18 municípios do Estado de MT. Atualmente, atuam neste DSEI onze EMSI, sendo 28 enfermeiros, incluindo os que atuam nas Casas de Saúde Indígena e na gestão.

Muitas aldeias possuem postos de saúde, das mais variadas realidades de estrutura física e materiais médico-hospitalares. Esta realidade será considerada para uma consideração final desta possibilidade de implantação de Classificação de Risco e possível adaptação à realidade dos atendimentos realizados em aldeias.

Objetivos

Objetivo Geral

Discutir e avaliar a possibilidade de implantação de Classificação de Risco no DSEI Cuiabá.

Objetivos Específicos

Descrever a estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco do Ministério da Saúde.

Identificar pontos relevantes para implantação da Classificação de Risco no DSEI Cuiabá.

Definir se há possibilidade de adequação da Classificação de Risco à realidade do DSEI Cuiabá.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O DSEI Cuiabá tem sua sede no município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso (MT). Sua extensão geográfica é de 2.301.037 hectares no Estado. Nesta área tão extensa, estão distribuídas predominantemente 10 etnias atendidas por este DSEI.

O desenvolvimento do trabalho na área da saúde executado pelo DSEI Cuiabá possui embasamento na Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas que integra a Política Nacional de Saúde.

A Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas foi regulamentada pelo Decreto número 3.156 e “... requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde – que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo”. (BRASIL, 2002)

A história da assistência à saúde perpassa por diferentes estágios desde os primeiros contatos com as populações indígenas no nosso país. Já foram assistidas pelos missionários, pelo Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e atualmente são assistidos pela SESAI.

A situação de calamidade, com indígenas desassistidos, levou a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizadas em 1986 e 1993, respectivamente. Nestas Conferências surgiu a proposta de uma forma inovadora de assistir aos Povos Indígenas, sendo este um modelo diferenciado, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Neste processo de construção de um novo modelo de atenção as comunidades indígenas estiveram envolvidas em todas as etapas de planejamento, execução e avaliação das ações. (BRASIL, 2002)

Atualmente, gestão da atenção à saúde dos povos indígenas é realizada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), dentro do Ministério da Saúde, constituindo um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Sistema Único de Saúde (SASISUS). Este foi criado em 23 de setembro de 1999, pela Lei número 9.836, artigo 19-B, capítulo V, que foi acrescentado à Lei 8.080.

A SESAI foi criada em outubro de 2010, a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no Brasil. A estrutura administrativa da SESAI conta com 3 departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI); 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), além de Polos Base, Casas de Saúde Indígena (CASAI), e postos de saúde. (FERREIRA L.; PORTILLO J; NASCIMENTO W., 2013)

“O DSEI será uma unidade organizacional da FNS/MS e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, reunindo o conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulada com a rede do SUS para referência e contra referência, com autonomia financeira/administrativa, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social através dos Controles Distritais”. (BRASIL, 1999)

Seu modelo de organização propõe uma organização de serviço com delimitação de espaço geográfico, populacional, administrativo e etno-cultural dinâmico. A rede de serviços de atenção básica dentro das aldeias indígenas deve ser organizada por cada Distrito, sendo esta integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2002)

O DSEI Cuiabá segue a Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas. Possui em sua rede de serviços de atenção básica, Postos de Saúde, Polos Base, Casas de Saúde Indígena e equipes compostas por enfermeiros, médicos, odontólogos, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, auxiliares de saúde bucal, técnicos e auxiliares de Enfermagem.

Para o planejamento, orçamento, gestão, avaliação e monitoramento no âmbito dos DSEIs, existe um instrumento, nomeado Plano Distrital, que tem a intenção de se integrar ao Plano Nacional de Saúde/Plano Plurianual 2012-2015 e o Planejamento Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena. (Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Cuiabá 2012-2015).

O acolhimento como uma diretriz de relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem o sentido de “estar com” ou “próximo de”. “Tradicionalmente o sentido do acolhimento pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial que se traduz em recepção participativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento”. (BRASIL, 2009)

A possibilidade de modificar o processo de acolhimento, transformando a forma do profissional escutar o usuário em seus problemas e demandas; a abordagem do usuário para além das suas queixas e doenças; elevação do grau de vínculo e confiança; pactuação com o usuário da resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço, pode levar a um atendimento em saúde resolutivo e responsável. (BRASIL, 2009)

Desta forma, a atenção básica também teria ganhos e aperfeiçoamentos dentro das aldeias indígenas, além de valorizar e possibilitar maior segurança aos profissionais da EMSI.

O objetivo principal do Acolhimento com Classificação de Risco é agilizar o atendimento àqueles que necessitam de atendimento imediato com segurança. Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação, sem realizar diagnóstico prévio e sem excluir a necessidade de avaliação médica, uma vez que a Classificação de Risco é realizada pelo profissional enfermeiro. A intenção é avaliar a gravidade do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. (BRASIL, 2009)

Dentro da área indígena, a Classificação de Risco teria principais objetivos: garantia imediata do atendimento ao usuário com grau de risco elevado; incentivar o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; melhorar a satisfação dos usuários e possibilitar o fortalecimento das redes internas e externas de atendimentos (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde organizou uma estrutura composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco do usuário (BRASIL, 2009). São eles:

- O do paciente grave, com risco de morte, denominado eixo vermelho;
- O do paciente aparentemente não grave, denominado eixo azul.

Cada eixo possui diferentes áreas. Assim, temos a seguinte estrutura organizada:
(BRASIL, 2009)

Número	Eixo	Área
1	VERMELHO: Este eixo está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais;	<p>a) Vermelha: é nesta área que está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos invasivos;</p> <p>b) Amarela: composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos);</p> <p>c) Verde: compostas pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo e idade, a depender da demanda.</p>
2	AZUL: é o eixo dos pacientes aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco. Possui três Planos de atendimento.	<p>Plano 1: espaços para acolhimento, espera e recepção, classificação de risco e atendimento administrativo. A diretriz principal, neste plano, é acolher, o que pressupõe a criação de espaços de encontros entre sujeitos.</p> <p>Plano 2: área de atendimento médico, lugar onde os consultórios devem ser planejados de modo a possibilitar a presença de acompanhante e a individualidade do paciente.</p> <p>Plano 3: áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização). É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho da equipe.</p>

3 MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo exploratório-descritivo de natureza bibliográfica e método qualitativo. Segundo Minayo (2006), o método qualitativo “... se aplica ao estudo da história, das relações, das representações e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem...” e busca a revisão de conceitos e possibilita a criação de categorias durante a investigação. Para Gil (2002), pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado sobre o assunto.

Fonte de dados

A seleção das fontes foi realizada a partir de busca na base de dados eletrônica SCIELO e Google acadêmico. O período da coleta de dados se deu nos meses de janeiro e fevereiro de 2014. As fontes de dados principais foram teses e dissertações, periódicos científicos e anais de encontros científicos.

O produto deste trabalho tem a intenção de propor um Projeto a ser desenvolvido junto aos enfermeiros do DSEI Cuiabá, considerando sua rotina de trabalho, a assistência realizada na atenção básica e atendimentos de urgências e emergências. O espaço onde devem se desenvolver as ações deste projeto são os Postos de Saúde, Polos Base e CASAIs, que são os locais de atuação dos enfermeiros.

Para que o projeto se efetive será necessária a busca de instrutores capacitados em Acolhimento com Classificação de Risco para a formação dos enfermeiros que atuam neste Distrito, discussão com os próprios profissionais para identificação de fatores que possam facilitar a implantação deste Protocolo, além de fatores condicionantes e prejudiciais.

Considerando o trabalho realizado nas áreas indígenas, após leituras de outros Protocolos de Classificação de Risco, podemos considerar o Modelo de Acolhimento com Classificação de Risco aquele que pode ser possível de se realizar em Unidades de Saúde das áreas indígenas.

A composição das EMSI varia de acordo com o número de população assistida, espaço geográfico e condições etno-culturais. Todas as equipes possuem enfermeiros, que podem ser inseridos num processo de educação continuada pra a implantação da Classificação de Risco na assistência à saúde dos povos indígenas. As Unidades de Saúde em processo de adequação e melhorias em suas estruturas físicas favorecem a Atenção Básica, foco do atendimento pelas EMSIs em aldeias, porém propõe-se neste Trabalho uma avaliação e definição se há possibilidade de adaptação do Protocolo do MS, uma vez que este possui Eixos específicos para os atendimentos.

Organização e análise dos dados

Os dados foram coletados por meio de leitura preliminar e atenta dos resumos, buscando avaliar se o material era pertinente ou não, a partir dos objetivos propostos.

Os principais textos norteadores desta pesquisa foram Ministério da Saúde – HumanizaSUS – humanização com acolhimento e classificação de risco: um paradigma ético e estético no fazer em saúde (2004), Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência (MS, 2009), Textos Básicos de Saúde do Ministério da Saúde, Saúde Indígena: a invisibilidade como forma de exclusão (2003) e Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (MS, 2002).

4 RESULTADO E ANÁLISE

O processo de trabalho na saúde indígena e o Acolhimento com Classificação de Risco.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde. (BRASIL, 2002)

A presença do profissional enfermeiro na EMSI associado às demandas de atendimentos de urgência e emergência, certamente torna a Classificação de Risco uma importante capacitação para profissionais do Subsistema de Saúde Indígena. Tal forma de organização levaria a uma melhoria da qualidade de serviço. (BRASIL, 2009)

O Acolhimento e os níveis da Classificação de Risco apontados (vermelho, amarelo, verde e azul), uma proposta do Ministério da Saúde, favorece a construção da relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços na lógica de atendimento. (BRASIL, 2009) A atenção básica, dentro das aldeias, é a porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde, devendo funcionar em perfeita articulação com serviços de referências.

Desta forma, o ponto principal da Classificação de Risco dentro das Unidades de Saúde nas aldeias encontra-se nos atendimentos dos níveis verdes e azuis. Porém, o serviço e profissionais de saúde deverão estar previamente preparados, dentro de suas condições de atenção básica, a realizar os primeiros atendimentos, a considerar todos os níveis.

Um Protocolo de Classificação de Risco, baseado na avaliação primária do paciente, entre outros benefícios, tem o objetivo de agilizar o encaminhamento de pacientes. Desta forma, o profissional de Enfermagem de nível superior, a partir de consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Trata-se de uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais cuja compreensão fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de saúde. O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para avaliação do seu potencial de agravamento. (BRASIL, 2009)

Na organização dos serviços de saúde, o DSEI Cuiabá, conta com Postos de Saúde Indígenas e Polos-Base. “Os Polos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde

que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade sócio-econômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.” (BRASIL, 2009)

O DSEI Cuiabá atende aldeias em 18 municípios diferentes do Estado de Mato Grosso. A articulação com estes municípios e suas diferentes Redes de Atenção à Saúde deve ser considerada para o sucesso da implantação de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando que a Rede deverá estar preparada para receber os diversos encaminhamentos.

A construção de um Protocolo de Classificação de Risco adaptado ao perfil da população atendida pelo DSEI Cuiabá abre uma oportunidade de facilitação de interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores. A organização desse processo de trabalho com Classificação de Risco deve estar associada ao mapeamento e a construção das redes locais de atendimento.

Trata-se importante a elaboração e a análise do fluxograma de atendimento, identificando os pontos onde se concentram os problemas e promover uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho. A ferramenta do fluxograma de atendimento deve desenhar fluxos percorridos pelos usuários, das entradas no processo, das etapas percorridas, das saídas e dos resultados alcançados, identificando a cada etapa os problemas no funcionamento. Outra ferramenta significativa é a análise de casos que ilustrem os modos de funcionamento. Associadas, estes dois instrumentos promovem a reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia-a-dia. Esta elaboração e análise realizada em conjunto com representantes de todas as categorias profissionais que trabalham no serviço, a identificação de problemas torna-se muito mais ampla e a proposta de mudanças mais criativas, mais legítimas e mais aceitas. (BRASIL, 2009).

Para a legitimidade e perenidade deste processo, são sugeridas algumas etapas importantes a serem consideradas dentro da realidade da saúde indígena. Entre elas, a sensibilização dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários; realização de oficinas de trabalho de trabalho para implementação do Acolhimento com Classificação de Risco; capacitação específica da enfermagem para utilização do protocolo de classificação de risco;

acompanhamento, monitoramento e avaliação sistemática das ações para melhorias e correções de rumo que se façam necessárias; capacitação técnica – incluindo suporte básico e suporte avançado de vida – para todos os profissionais; envolver os gerentes dos serviços e as equipes no processo de reflexão crítica sobre as práticas. (BRASIL, 2009)

Para que ocorram todas as etapas necessárias faz-se necessário o investimento em capacitação, conjuntamente com trabalhadores do Ministério da Saúde que atuam na Política Nacional de Humanização, além de recursos para melhorias das Unidades de Saúde das aldeias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios para o atendimento às populações indígenas são enfrentados diariamente pelos profissionais de saúde que vivenciam esta realidade dentro das aldeias, sendo estes indígenas ou não indígenas.

O Acolhimento com Classificação de Risco trata-se de uma ferramenta significativa para aumentar a segurança destes profissionais e possibilita uma melhoria na qualidade da assistência prestada aos Povos Indígenas atendidos pelo DSEI Cuiabá. Certamente, os investimentos necessários trariam resultados significativos para esta população.

As condições das estruturas físicas de Unidades de Saúde de aldeias indígenas, ainda em processo de adequações, poderiam dificultar a prática dos profissionais de saúde, na busca pela Classificação de Risco. Porém, todas as vantagens apontadas se sobrepõem aos investimentos apontados, refletindo em redução da mortalidade evitável e outros benefícios.

As etapas descritas neste trabalho, seguidas de forma sistemática, associadas à busca de parceiros especialistas e da Política Nacional de Humanização, adequação de Postos de Saúde e Polos Bases, certamente possibilitariam a implantação deste Protocolo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília-DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS – humanização com acolhimento e classificação de risco: um paradigma ético e estético no fazer em saúde**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Brasília-DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas**. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta do Ministério da Saúde para reorganização da atenção a saúde dos povos indígenas**. Brasília-DF, 1999.

FERREIRA L.B.; PORTILLO J.A.C.; NASCIMENTO W.F. A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Rev Tempus-Acta de Saúde Coletiva*, dezembro de 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada – São Paulo:Hucitec, 2006.