



EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE

NOÉLIA DE HOLANDA PAIVA; THAMIRES COSTA MINGOTE; CIRLIANE DE ARAÚJO MORAIS, DEAN CARLOS NASCIMENTO DE MOURA; FRANCISCO THIAGO PAIVA MONTE

RESUMO

A organização do acolhimento com classificação de risco dos usuários exige que a equipe de saúde reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população. O objetivo deste estudo é relatar um processo de educação permanente realizado em um Centro de Saúde da Família de Sobral-Ce, com objetivo de organização e implementação do fluxo para a organização do acolhimento da demanda espontânea. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de uma atividade de educação permanente realizada por residentes multiprofissionais em saúde da família, da categoria de Educação Física e Serviço Social, juntamente com tutora e gerente do CSF. A Educação Permanente aconteceu durante a reunião mensal do CSF, onde todos os funcionários da unidade estão presentes, e no município de Sobral, essa reunião é chamada de Roda do CSF. O momento foi iniciado com uma acolhida relacionada a importância do trabalho em equipe. Posteriormente o momento de educação permanente foi conduzido pelas residentes. Sendo realizada uma explanação teórica sobre os conceitos de acolhimento, de classificação de risco, posteriormente os participantes foram convidados a escrever em tarjetas as dificuldades que identificavam no atual modelo de organização da demanda espontânea. Ao final apresentado o fluxograma proposto pelo ministério da saúde para acolhimento com classificação de risco a fim de comparar com a organização atual do serviço, e identificar os pontos a serem melhorados. Com a realização da educação permanente, a equipe do CSF mostrou interesse em mudar a organização do acolhimento, porém foram pontuadas muitas dificuldades em relação à estrutura da unidade de saúde, os recursos humanos disponíveis, e principalmente na mudança de cultura dos usuários, já que por vezes por estar resistentes a mudança, e não compreenderiam a implementação da classificação de risco para a demanda espontânea. A principal proposta como base no fluxograma do ministério da saúde, é organizar o processo de triagem para classificar o risco da demanda espontânea, estabelecer um novo fluxo para renovação de receitas. E como estratégia para garantir a adesão dos usuários será a realização de salas de espera diariamente sobre as mudanças para conscientização da população. Por meio da intervenção proposta pelos residentes, almeja-se o alcance de uma maior resolutividade dentro dos serviços na unidade e o aperfeiçoamento dos processos de trabalho em equipe, reconhecendo que é necessário que todos os profissionais se envolvam para que sejam atingidos bons resultados.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Básica; Educação Permanente; Diagnóstico situacional; Humanização

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade desde as mais simples até as mais complexas, exigindo diferentes tipos de esforços de suas equipes. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo

com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade (Brasil, 2013).

As equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave.

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 (Brasil, 2013).

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 (Starfield, 2002)

Com base nisso, foi realizado um diagnóstico situacional em um Centro de Saúde da Família, localizado em Sobral-Ceará por uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família, com objetivo de identificar as fragilidades relacionadas a organização do acolhimento à demanda espontânea, sendo constatado que o acolhimento é um dos principais desafios relatados pelos profissionais, e por isso gera conflitos entre usuários, profissionais, e interfere diretamente no fazer da equipe, pois não existe um fluxo de acolhimento de classificação de risco definido.

Atualmente a organização do CSF, conta com três equipes de saúde da família completas, 17 Agentes Comunitários de Saúde, um auxiliar administrativo para o SAME, equipe de saúde bucal, equipe multiprofissional com Nutricionista, Fisioterapeuta, Profissional de Educação Física e Serviço Social.

Considerando a problemática relacionada ao acolhimento com classificação de risco identificada neste território, o objetivo deste estudo é relatar um processo de educação permanente realizado no CSF Hebert de Sousa, com objetivo de organização e implementação do fluxo para a organização do acolhimento da demanda espontânea, baseado no caderno da atenção básica proposto pelo Ministério da Saúde, na perspectiva de um dispositivo para reorganização de trabalho nesta unidade de saúde.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de uma atividade de educação permanente realizada por residentes multiprofissionais em saúde da família, da categoria de Educação Física e Serviço Social, juntamente com tutora e gerente do CSF.

A Educação Permanente aconteceu durante a reunião mensal do CSF, que acontece na última quinta-feira de todo mês, onde todos os funcionários da unidade estão presentes, e no município de Sobral, essa reunião é chamada de Roda do CSF, baseado no desenho metodológico de operacionalização do Método da Roda, proposto por Campos (2010) para efetivação de colegiados, que propõe quatro dispositivos para indicar um novo horizonte na

maneira de pensar os coletivos, as pessoas, os sujeitos ativos no processo da vida. Trata do sujeito e do objeto como inseparáveis, conforme a teoria do construtivismo social, sendo um espaço importante para co-gestão dentro das unidades de saúde da atenção primária.

O momento foi iniciado com uma acolhida relacionada a importância do trabalho em equipe. Posteriormente o momento de educação permanente foi conduzido pelas residentes. Sendo realizada uma explanação teórica sobre os conceitos de acolhimento, de classificação de risco, posteriormente os participantes foram convidados a escrever em tarjetas as dificuldades que identificavam no atual modelo de organização da demanda espontânea. Ao final apresentado o fluxograma proposto pelo ministério da saúde para acolhimento com classificação de risco (Brasil, 2013), a fim de comparar com a organização atual do serviço, e identificar os pontos a serem melhorados.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Com a realização da educação permanente, a equipe do CSF mostrou interesse em mudar a organização do acolhimento, porém foram pontuadas muitas dificuldades em relação à estrutura da unidade de saúde, os recursos humanos disponíveis, e principalmente na mudança de cultura dos usuários, já que por vezes por estar resistentes a mudança, e não compreenderiam a implementação da classificação de risco para a demanda espontânea.

Todos os profissionais demonstraram que realmente é necessário estabelecer um fluxo de acolhimento, organizar principalmente o atendimento das demandas que podem ser agendadas e não apresentam caráter de urgência, pois da forma como está organizado ocasiona diversos problemas que geram conflitos entre profissionais e usuários, dificultando o processo de trabalho e interferindo na qualidade do serviço ofertado.

Atualmente o fluxo da unidade é a seguinte: o usuário ao chegar no CSF, é direcionado ao SAME, se ele tiver ou não consulta agendada antes passará pelas técnicas de enfermagem, onde será aferido os sinais vitais, e será direcionado para enfermeira de referência do território. Caso a consulta seja agendada ele será direcionado ao consultório médico, de enfermagem, odontologia ou equipe multiprofissional. Entretanto o principal problema enfrentado é em relação a renovação de receitas e retorno para avaliação dos exames, nos quais o usuário passa pelo mesmo processo de triagem dentro da demanda espontânea, sobrecarregando a demanda de atendimentos, e por vezes precisará retornar em outra data que foi agendado.

A principal proposta como base no fluxograma do ministério da saúde, é organizar o processo de triagem para classificar o risco da demanda espontânea, estabelecer um novo fluxo para renovação de receitas. E como estratégia para garantir a adesão dos usuários será a realização de salas de espera diariamente sobre as mudanças para conscientização da população.

4 CONCLUSÃO

Diante do exposto, é perceptível a importância de uma abordagem adequada no processo de acolhimento à demanda espontânea e uma classificação de risco eficaz. Dessa forma se espera que com o apoio da equipe do CSF Hebert de Sousa seja possível um aprimoramento de todos para alcançar a melhoria do fluxo na unidade, visto a atender os usuários de acordo com os princípios da integralidade, equidade e universalidade.

Por meio da intervenção proposta pelos residentes, almeja-se o alcance de uma maior resolutividade dentro dos serviços na unidade e o aperfeiçoamento dos processos de trabalho em equipe, reconhecendo que é necessário que todos os profissionais se envolvam para que sejam atingidos bons resultados.

Este trabalho foi desenvolvido pensando na melhoria da qualidade da assistência à saúde, destacando um acolhimento humanizado, através de uma escuta qualificada e a importância da alteridade neste momento para uma melhor identificação dos problemas de saúde e social, criando e fortalecendo vínculos entre o usuário e a equipe de saúde da família.

O acolhimento desta forma servirá para facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma ética e igualitária. No momento este processo se encontra em construção e servirá para potencializar o fluxo e os atendimentos da unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

CAMPOS, G.W. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2010.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias: Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.