

Aprimoramento do serviço de triagem por simulação realística na estratégia de saúde da família

Enhancement of the screening service by realistic simulation in the family health strategy

Tatiane Melo de Oliveira¹
Luana Pequeno Vasconcelos Machado¹
Yasmim Emanuelle de Paula Machado¹
Filipe Ribeiro Martins¹
Jacqueline Elene de Farias Tolentino¹
Ricardo Del Negro Barroso Freitas¹

¹Escola Superior de Ciências da Saúde –
ESCS/Fepecs/SES-DF

RESUMO

Objetivo: avaliar a execução do serviço de triagem de pacientes realizada na Clínica da Família de Nova Colina – Brasília, Brasil.

Metodologia: Trata-se de um relato de experiência produzido a partir da vivência de discentes do curso de Medicina na elaboração e execução de uma simulação realística com os servidores da Estratégia de Saúde da Família Nova Colina/ DF com base nas demandas de dúvidas dos funcionários da Clínica da Família sobre a triagem dos pacientes. Aplicaram-se questionários previamente à simulação para levantamento das demandas e posteriormente para avaliação do conhecimento. Após, houve distribuição de material de apoio.

Conclusão: verificou-se que há deficiências técnicas e teóricas dos profissionais da Clínica da Família quanto ao atendimento de triagem preconizado pelo Ministério da Saúde.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Acolhimento, Medicina de Família e Comunidade, Educação em Saúde, Simulação Realística.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the execution of the patient screening service performed at the Nova Colina Family Clinic - Brasília, Brazil.

Correspondência

Method: This is an experience report produced from the experience of medical students in the elaboration and execution of a realistic simulation with the servers of the Nova Colina / DF Family Health Strategy based in demands and questions of the service employees about the triage. Some questionnaires were applied before the simulation to measure preview knowledge of the employees and their demands. Then, a support material was distributed.

Conclusion: Theoric and technical deficiencies of the employees was verified about the triage protocol recommended by Health Ministry.

Keywords: Primary Health Care, User Embracement, Family Practice, Health Education.

INTRODUÇÃO

Por definição, o acolhimento é considerado uma tecnologia leve que potencializa a resposta do serviço à demanda dos usuários e organiza o processo de cuidado da unidade de saúde, de modo que o profissional é o agente responsável por acolher, responsabilizar e resolver, utilizando relações de vínculo e capacidade de escuta eficaz. O acolhimento eficaz depende da interação entre profissional e usuário, sendo essencial a capacidade do profissional de articular e qualificar essa relação por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.¹ Ressalta-se que é uma tecnologia em processo de construção que promove a reorganização diária do trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Ela tem contribuído para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para a melhoria da oferta dos atendimentos de acordo com a demanda dos usuários.⁹

O acolhimento é a maneira preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) de realizar o atendimento inicial ao usuário em âmbito de atenção primária-sistemática de avaliação dos pacientes que define a prioridade, em função do tempo de atendimento, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes no serviço.³ A triagem associada à classificação de risco (triagem estruturada) faz referência a um protocolo de classificação que permite a estratificação dos pacientes, baseado nos diferentes níveis de urgência e de prioridade de assistência, em função da estrutura física e organização profissional e tecnológica adequada do centro de saúde.² “No Brasil, a triagem estruturada assume a designação de avaliação e classificação de risco, que associada ao acolhimento, tem por finalidade identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial

ria em saúde (APS)⁴, ao passo que a triagem é reservada ao serviço de atendimento em urgência e emergência médica.² A percepção geral é que, na prática, o atendimento inicial em APS não se caracteriza como acolhimento, mas sim como triagem (sem referência na literatura).

Triagem é o processo pelo qual se determina a prioridade do tratamento de pacientes com base na gravidade do seu estado. “No Brasil, o uso do termo triagem é ainda pouco aceito, ainda que no resto do mundo esteja consagrado para definir o processo de classificação de risco dos pacientes no serviço. Esse fato é justificado sob a argumentação de que triagem é um termo apropriado apenas para casos de catástrofes”.³ “Assim, para não confundir ou criar resistências, o termo RAC – Recepção, Acolhimento e Classificação de risco – é adotado como sinônimo de triagem”.³

O processo de triagem objetiva minimizar o problema da superlotação, de modo a permitir, em tese, direcionar cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes.³ Triagem é um processo de risco, a partir de um atendimento usuário-centrado, evitando dessa forma práticas de exclusão”.²

A triagem, portanto, é o primeiro atendimento prestado pelo profissional aos usuários dos serviços de saúde e tem por finalidade a avaliação inicial, seleção e encaminhamento dos usuários às áreas adequadas à sua assistência. Entende-se que, em qualquer lugar de uma instituição de saúde onde ocorre um contato entre trabalhador e usuário, existe a produção de um processo de trabalho em saúde que, por meio das relações de vínculo, tem o potencial de produzir forte conteúdo de intervenção terapêutica, prioritária ou não, que é seu objetivo final.

Objetivo principal é avaliar a execução da triagem realizada na Clínica da Família de Nova Colina (CFNC). Secundariamente, procurou-se identificar as principais queixas referidas na triagem da CFNC, avaliar o conhecimento dos profissionais que trabalham no acolhimento no que diz respeito à triagem e compartilhar conhecimento com profissionais sobre o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência produzido a partir da vivência de discentes do curso de Medicina na elaboração e execução de uma simulação realística com os servidores da Estratégia de Saúde da Família Nova Colina/ DF com o fim de aprimorar o serviço de acolhimento/ triagem da unidade.

Primeiramente foi organizado um instrumento de coleta objetivando o levantamento das principais demandas de triagem que chegam a porta da unidade. Diz respeito a uma ficha abordando as principais queixas da atenção básica, conforme escrito no Caderno de Atenção Básica número 28 (CAB 28).⁴ Essa foi disponibilizada para os profissionais da área da saúde que trabalham no acolhimento da clínica, para que eles preenchessem de acordo com o atendimento realizado.

O critério de inclusão é ser profissional de saúde que faz o acolhimento no serviço presente nos dias das atividades executadas. Não houve critérios de exclusão. A coleta ocorreu no período de 21 de julho a 21 de agosto de 2016 e foi respondida após o término de cada atendimento realizado pelos profissionais. Houve, também, uma explicação prévia aos participantes do estudo sobre objetivo do questionário, a importância do preenchimento correto e incentivo a respondê-lo.

Dessa coleta, foram verificados os temas mais recorrentes na demanda do acolhimento, como troca de receitas, cefaleia, hipertensão, febre, vômitos, resultados de exame, tosse produtiva, medicações injetáveis sem queixas momentâneas, queixas dermatológicas, dor torácica, dor de garganta, lesões, feridas e curativos, preventivo ginecológico, dispnéia, dor abdominal, diabetes, marcação e remarcação e exames. Esses dados serviram para maior adequação da atividade às demandas do serviço da clínica.

A partir disso, elaborou-se a proposta de intervenção que se baseou em cinco fases: pré-teste, Simulação Realística, pós-teste, avaliação e entrega de material de apoio.

Aplicação de pré-teste

A partir dos dados obtidos pelos questionários, foram elencadas, por conveniência, as dez principais queixas dos pacientes e, com base nos temas correspondentes, se criaram dez casos clínicos, os quais constituíram o pré e o pós-teste. O pré-teste foi aplicado à população definida e no mesmo dia da simulação, com a finalidade de avaliar os conhecimentos sobre triagem e classificação de risco antes da realização da atividade. As principais queixas foram: troca de receita, cefaleia, hipertensão, febre, vômitos, resultados de exames, tosse produtiva/medicações injetáveis sem queixas momentâneas/queixas dermatológicas/dor torácica, dor de garganta, lesões, feridas e curativos/preventivo/dispnéia/ dor abdominal e diabetes/marcação e remarcação e exames/outros.

Simulação Realística

A intervenção foi realizada a partir da Simulação Realística dos dois casos clínicos definidos como os de maior demanda e relevância pela clínica, que foram a hipertensão arterial sistêmica e febre associada à diarreia, sendo este no paciente pediátrico. Baseou-se em tarefas previamente definidas, onde o ato de simular permite ao discente visualizar parcial ou totalmente uma tarefa a ser replicada, em ambiente controlado e seguro, possibilitando o enfrentamento do problema, o qual requer ações imediatas em momentos de estresse intenso, submetendo-o à busca de soluções.⁹

Um pesquisador elaborou o caso apresentado, outro o representou, um terceiro registrou a atividade e os demais auxiliaram no processo de discussão. Os profissionais participantes se dividiram em dois turnos (matutino e vespertino), e em cada período foram separados em dois grupos. Um membro foi escolhido para fazer o atendimento do paciente modelo e os demais participaram como observadores. O profissional protagonista do caso executou de acordo com a sua experiência prévia e com a conduta que considerou ser a necessária para a ocasião. Após o término da simulação, os observadores puderam opinar, pontuando os aspectos adequados e inadequados da cena, e houve uma discussão com todos os par-

participantes para consolidar o aprendizado adquirido com a atividade.

Essa atividade teve duração média de uma hora e teve como objetivo instigar os profissionais a seguir os fluxogramas presentes no CAB28⁺, que se apresentam como um eficaz instrumento para a avaliação dos pacientes na triagem e acolhimento.

Aplicação de pós-teste

Após a intervenção, o mesmo teste múltipla escolha foi reaplicado, com o intuito de avaliar os profissionais de saúde pela diferença de desempenho entre os pré e pós testes, de modo a comparar o ganho de conhecimento a partir dos acertos entre eles e certificar a validação da simulação.

Avaliação da equipe

Percepção da equipe acerca do processo e resultados – nesse momento, os profissionais puderam discorrer sobre os pontos positivos e negativos da atividade e refletir sobre suas posturas e ações diante dos casos simulados.

Entrega de material de apoio

Foi disponibilizado para todos os participantes um material de consulta com fluxogramas e protocolos das dez principais queixas identificadas, com o objetivo de facilitar o acesso ao conteúdo do CAB28 em caso de dúvida quanto à conduta a ser adotada no acolhimento. Espera-se que o material constitua um incentivo para o contínuo aprimoramento do acolhimento no serviço.

RESULTADOS

Ao todo, foram coletados 204 questionários. Dentre esses, 196 foram validados e 8 foram descartados. Os descartes foram feitos devido ao preenchimento inadequado das fichas- erros no preenchimento, ficha em branco, leitura ilegível.

A partir dessa coleta, as dez demandas mais recorrentes foram definidas ([tabela 1](#)).

No primeiro caso apresentado na simulação realística, uma mãe levou ao serviço sua filha de dois anos, que apresentava diarreia, vômitos e febre há dois dias. A maioria dos participantes realizou a escuta ativa e acolhimento de forma qualificada,

considerando que se tratava de uma mãe jovem, sem o auxílio da família para os cuidados de sua filha. Na anamnese, caracterizaram os sintomas e questionaram fatores de risco. Informou-se aos participantes que poderiam solicitar a informação do exame físico que gostariam de obter, porém o único sinal vital abordado pelos participantes no exame físico foi a temperatura axilar, sendo negligenciados frequência cardíaca e respiratória e pressão arterial. Tiveram dificuldade de classificar o grau de desidratação da paciente. Todos os grupos acertaram a classificação de risco - atendimento prioritário-amarelo. Em todos os grupos, como resultado, a conduta foi encaminhar ao médico para o atendimento posterior, por insegurança técnica.

No segundo grupo, foi abordado o tema de hipertensão arterial sistêmica. A paciente do caso tinha 83 anos, morava sozinha e apresentava cefaleia, tosse, dispneia, dor torácica e edema de membros inferiores. A maioria dos participantes abordou o contexto social e efetuou escuta ativa, considerando o fato de a paciente ser idosa e morar sozinha, levantando a necessidade de avaliação pela assistência social e denúncia de violência contra idoso por abandono. A anamnese foi satisfatória em todas as simulações, já que houve descrição dos sintomas, cronologia e fatores de risco (como tabagismo, alcoolismo e idade). Já o exame físico foi bastante deficitário, haja vista que o único sinal vital aferido foi a pressão arterial, tendo-se negligenciado os demais sinais vitais (temperatura, frequência respiratória e cardíaca). Alguns afirmaram que não faz parte de sua prática diária avaliar frequência cardíaca e respiratória e que a temperatura só é aferida quando o paciente tem queixa de febre. Outros relataram falta de conhecimento técnico para aferição dos sinais vitais. Em todos os grupos foi notório o desconhecimento quanto aos valores de referência para cada um dos sinais, com nenhum dos servidores tendo acertado o valor de referência para a classificação de baixo, normal e aumentado para cada sinal vital corretamente. Quanto à classificação de risco, apenas um grupo acertou que seria classificação de risco - atendimento prioritário-amarelo, os demais consideraram que seria vermelha (alto risco). Em todos os grupos, a conduta foi encaminhar ao médico para discutir a melhor forma de abordar o paciente, justificando-se pela falta de qualificação e receio de cometer algum equívoco.

O pré-teste e o pós-teste foram realizados antes e depois, respectivamente, de cada simulação. Ao todo foram respondidos 15 de cada teste. Entre os participantes, oito eram técnicos em enfermagem (TE), quatro agentes comunitários de saúde (ACS), dois técnicos em higiene bucal (THB) e um enfermeiro.

Comparando de forma geral o resultado dos dois instrumentos, temos uma taxa de acerto total de 43% no pré-teste e de 49% no pós-teste. Observando o desempenho por tema da questão, temos uma taxa de acerto de 40% da questão de febre no pré-teste e de 33% no pós-teste, de 53% e 66% na questão de dispneia, de 20% e 46% na questão de diarreia, 53% e 60% na de dor de garganta, 40% e 33% na de vômito, 6% e 33% na de hipertensão arterial sistêmica, 60% e 80% na de cefaleia, 86% em ambos na de lesões, feridas e curativos, 20% e 13% na de dor abdominal e 46% e 33% na questão de diabetes (Gráfico 1).

Ao final de cada período, foi feita uma roda para avaliação da atividade realizada. A maioria dos participantes relatou insegurança quanto à classificação de risco, que foi considerado por eles o elemento mais importante para o atendimento adequado do paciente. *“Tenho medo de errar, então conversei com o médico para ver o que ele acha.”*, disse participante. *“É uma responsabilidade muito grande!”*, disse outro participante. Outra questão levantada foi a falta de qualificação, principalmente pelos ACSs. *“Não é a minha realidade. Não fui preparada para isso.”*, disse uma delas. *“Essa função não é minha”*, fala de um ACS que disse que tal responsabilidade não compete ao agente comunitário.

Em todas as avaliações permaneceu o sentimento de que atividade foi motivadora e que possibilitou o empoderamento por parte dos profissionais sobre temas vistos no cotidiano. *“A partir do momento que você tem o conhecimento, você se sente mais seguro para atender as pessoas”*, disse enfermeira. Técnicos de enfermagem e enfermeiros, profissionais que detêm maior conhecimento na área, mostraram-se solícitos com os demais e ofereceram ajuda sempre que necessário. Eles reforçaram o fato de que os ACSs, apesar de não estarem tão bem preparados para o acolhimento, trazem informações importantes sobre as condições de vida do paciente que passam despercebidas na maioria das vezes. Muitos perceberam que nem sempre é necessário chamar o médico, pois muitas questões podem ser resolvidas ali mesmo no acolhimento. Os participantes relataram que as simulações

os fizeram repensar as respostas assinaladas no pré-teste e que o conhecimento adquirido vai refletir de forma positiva na prática de cada um. Relataram também que sentiam falta de um fluxograma padronizado para classificação de risco no cenário e elogiaram o material entregue ao final das atividades.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a principal demanda da CFNC é a troca de receitas, seguida pela cefaleia, hipertensão e febre. Esse perfil pode ser correlacionado com outras séries brasileiras^{11,13,15}, nas quais a troca de receitas, cefaleia, febre, tosse e hipertensão arterial foram identificadas como temas centrais de vital importância no cotidiano da sala de triagem. Nesse sentido, as demandas nas variadas Clínicas da Família parecem seguir um arquétipo semelhante.

Foi observado progresso no desempenho do pós-teste (49%) em relação ao pré-teste (43%) e averiguou-se que, em relação ao desempenho por questões, houve aumento na taxa de acerto dos temas abordados na simulação realística, o que demonstra um impacto positivo da atividade nos grupos participantes.

Conforme os resultados apresentados, a maioria dos participantes relatou falta de qualificação técnica para avaliar os sinais vitais e desconhecimento dos valores de referência, fatores essenciais para a triagem adequada do paciente.² Isso se reflete na conduta dos profissionais e na insegurança quanto à classificação de risco, já que a coleta de dados e o exame físico do usuário embasam a tomada de decisão do profissional.² Os estudos mostram que é fundamental que a triagem e a classificação do risco sejam feitas de forma precisa, pois definem a prioridade de atendimento conforme a ordem de gravidade, influenciando, portanto, a dinâmica do serviço de saúde.¹⁴

Nesse sentido, os participantes que referiram maior dificuldade em realizar a classificação de risco por falta de conhecimento técnico foram os ACSs. Sabe-se que as atribuições específicas do agente comunitário são cadastrar as famílias, mapear a área de atuação, fazer visitas domiciliares e proporcionar um vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde.⁵ Por isso, eles não se sentem responsáveis por realizar a triagem e a classificação de risco e afirmam não ter tido capacitação para

tal. Contudo, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, é atribuição comum a todos os profissionais de saúde participar do acolhimento dos usuários, realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde e procedendo à primeira avaliação, que inclui classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos.⁶ Dessa forma, fica clara a necessidade de alterações no curso de capacitação, no sentido de qualificar os agentes e instruí-los ante as atribuições do cargo, uma vez que os profissionais se restringem aos encargos específicos da categoria e negligenciam as responsabilidades gerais comuns a todo profissional de saúde.

Além da qualificação dos profissionais, poder-se-ia lançar mão dos fluxogramas para atendimento de demanda espontânea do CAB 28⁴ em uma tentativa de aprimorar o serviço de triagem. Todavia, apesar de importantes, os fluxogramas isolados não garantem o sucesso da tomada de decisão.¹⁴ Segundo Gudrum, a experiência clínica do profissional é relevante no sentido de subsidiar essa prática. Esse aspecto se baseia no chamado modelo de “reconhecimento principal”, que descreve como as pessoas usam suas experiências para tomar decisões sob pressão, em curto espaço de tempo, com informações escassas, o que se aplica à triagem e à classificação de risco.¹⁰

Outro ponto a ser ressaltado foi o hábito de interromper a triagem a fim de consultar o médico sobre qual deve ser a conduta adequada a

ser tomada. Estudo realizado no Estado de Santa Catarina também referiu o mesmo problema e ainda o apontou como um importante fator para o atraso na tomada de decisão. Assim como no presente trabalho, no estudo citado, a postura adotada foi a tentativa de empoderamento dos profissionais de modo a fazer com que eles tomassem as decisões de forma independente, recorrendo aos médicos e enfermeiros somente em casos excepcionais.⁷

CONCLUSÃO

O presente estudo expõe as deficiências técnicas e teóricas dos profissionais da presente unidade de saúde quanto ao atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde. Diante da relevância da triagem como avaliação inicial do paciente, é fundamental o aprimoramento dos profissionais de saúde, de modo a enfatizar o empoderamento e estimular a qualificação continuada.

Logo, estimular e melhorar a capacitação dos profissionais de saúde, adaptando-se ao modelo de atenção primária; utilizar os dados apresentados no trabalho com a coleta de dados para programar e organizar mais simulações realísticas que propicie a prática e a melhoria do atendimento já oferecido pela Estratégia de Saúde da Família da Clínica e, por fim, conscientizar os profissionais sobre a importância e as obrigações deles no acolhimento para se ter um bom atendimento e uma boa dinâmica de funcionamento da clínica.

REFERÊNCIAS

1. Garuzi M, Cecília M, Achitti DO, Sato CA, Alves S, Stella R. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica* 2014 Feb; vol.35 n.2.
2. Costa A, Duro C, Lima M. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm* 2012 Dec; 33(4):181–90.
3. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco : Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arq Catarinenses de Med* 2007; 36:70–5.
4. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
5. Ministério da Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2009.

6. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 22 out.
7. De Melo T. Classificação de risco, triagem e/ou demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde. Décimo segundo WONCA-World Rural Health Conference; 2014 July 2-5; Lisboa.
8. Faria R, Penna, C, Rezende G. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? Rev Mineira de Enf 2014; 18(4):815–22.
9. Ferreira C, Carvalho JM, Luís F, et al. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada à educação nos cursos de saúde. [Apresentação no II STAES- Seminário de Tecnologias Aplicadas a Educação e a Saúde; 2015; Bahia, Brasil].
10. Gudrum R, James A. Application of theory to triage decision-making. Int Emerg Nurs 2013 Apr.; 21(2):97-102.
11. Landsberg G, et al . Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. Ciênc. saúde coletiva 2012 Nov; 17 (11): 3025-3036.
12. Martinello D, Nicola G, Kerber N, Vaghetti H, Mendes D, Terra A, et al. A PRÁTICA DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO. II Jornada Internacional de Enfermagem; 2012 May 29-31; Santa Maria, Brasil.
13. Silva V, et al. Morbidity in users of Family Health teams in the northeast of Minas Gerais based on the International Classification of Primary Care. Rev. bras. Epidemiol 2014 Dec; 17 (4): 954-967.
14. Souza C. A tomada de decisão do enfermeiro na classificação de risco: qual o embasamento teórico para a prática neste cenário de cuidado?. Rev Min Enferm. 2015 Abr/Jun; 19(2):9-13.
15. Torres R, Marques K, Leal K, Filho P. Principais motivos de consultas médicas em unidades de saúde da família do Recife, Brasil: um estudo transversal. Sao Paulo Med. J. 2015 Aug; 133 (4): 367-370.