



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Especialização Técnica em Informação e Saúde



Maria Geneci Macedo da Silveira

ACOLHIMENTO AOS PORTADORES DE ANEMIA
FALCIFORME NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA
SENHORA DA CONCEIÇÃO

Trabalho apresentado como pré-requisito
de conclusão do Curso de Especialização
Técnica em Informação e Saúde.

Orientadora: Aline Triches Dani

Porto Alegre

2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar e depois a minha querida orientadora Aline e também quero agradecer aos meus colegas e a todos os professores que foram muito importantes no meu aprendizado.

As minhas filhas e ao meu amor, que sempre me apoiaram nas minhas escolhas.

Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu.

Fernando Pessoa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 DESENVOLVIMENTO.....	11
3.1 Anemia Falciforme: a doença e seus sintomas	11
3.2 Anemia Falciforme: a doença como uma dimensão racial	12
3.3 A importância da Humanização.....	13
3.4 A importância do Acolhimento.....	15
3.5 Caracterização do local do projeto: Emergência do HNSC.....	16
4 METODOLOGIA	20
5 CRONOGRAMA	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXO A - Foto demonstrativa da planta representativa do espaço físico da Emergência HNSC	26
ANEXO B - Folder explicativo sobre Acolhimento com Classificação de Risco.....	27

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente trabalho é um projeto de intervenção elaborado como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Especialização Técnica em Informação e Saúde. Este projeto é referente à humanização e acolhimento aos portadores de anemia falciforme na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). O referido hospital pertence ao Grupo Hospitalar Conceição, onde no ano de 2003 a Instituição estabeleceu que o atendimento aos usuários seria 100% SUS, ou seja, passou a oferecer a totalidade de seus serviços ao Sistema Único de Saúde. Em consonância com esse processo de mudança foi estabelecido as diretrizes institucionais, contemplando os seguintes aspectos:

- Integralidade da Atenção;
- Democratização da Gestão;
- Operação Sistêmica Interna e Externa;
- Pólo de Formação e Pesquisa;
- Reestruturação Institucional;
- Eficiência e Eficácia Organizacional.

A integralidade além de ser uma das diretrizes do GHC, é também do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual destaca-se aqui como a mais relevante para compor com o assunto deste trabalho. Ela é centrada nas necessidades dos usuários em todas as suas dimensões (não somente na biológica), na importância do trabalho em equipe, na complementaridade dos saberes dos diversos profissionais da saúde e de outras áreas que possam contribuir com a qualidade de vida das pessoas. E garantir o acesso dos usuários aos serviços de qualidade em todos os níveis de atenção, de acordo com a necessidade de cada pessoa é fundamental para contemplar a integralidade do cuidado.

A emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição é a maior emergência do Sul do país e funciona de porta aberta, isso quer dizer que atende todas as pessoas que chegam a esse local. Fica aberta 24 horas e recebe em média 800 usuários por dia, vindos da capital, região metropolitana e interior do estado. Inaugurada em abril de 2006, a nova Emergência do Hospital Conceição trabalha

com os conceitos de Acolhimento, com Classificação de Risco (acesso classificado e priorizado), humanização e integralidade da atenção. O serviço foi pioneiro na implantação da Política Nacional de Humanização e teve o Acolhimento com Classificação de Risco com início em março de 2004. (GHC, 2009).

Um dos grandes problemas da emergência deste hospital é a super lotação, que conforme Cecílio (1997) pode ser explicado porque a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante pra o sistema de saúde, pois a porta de entrada principal continua sendo os hospitais públicos ou privados, através dos seus serviços de urgências e emergências e dos seus ambulatorios. A prova disso é o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades de saúde. Este conjunto de fatores acarreta a super lotação deste setor e a falta de qualidade no atendimento exigindo dos profissionais um maior preparo para lidar com estas situações conflitantes (SMELTTZER e BARE, 2005).

E também devido a escolha dos gestores do GHC por manter a porta da emergência sempre aberta, o atendimento nunca é negado e por receber usuários de todo o estado. Todos os dias pela manhã, é fácil identificar a grande circulação de ônibus que trazem os usuários para atendimento de diversas cidades e que ficam estacionados ao redor do hospital. A solução que os municípios encontraram para que os seus usuários tivessem atendimento a saúde é a de lotar ônibus e vans e levá-los para o HNSC, pois lá eles sabem que sempre serão atendidos não só na emergência, como também no Hospital Conceição, que conta com todas as especialidades médicas.

É nesta realidade, emergência do Hospital Conceição, onde há uma diversidade de pessoas, necessidades e dificuldades, que será o cenário da realização deste projeto.

O desejo pela escolha do tema se deu através de reflexões e discussões feitas durante as aulas do Curso de Especialização Técnica em Informação e Saúde, sobre humanização, acolhimento e as necessidades dos usuários por informação. Onde foi possível refletir sobre o desempenho do meu trabalho e dos profissionais que trabalhavam comigo e na minha experiência de anos de trabalho no hospital Conceição, pois vivenciei situações em que os usuários com anemia falciforme

reclamavam bastante do atendimento e do quanto se sentiram desrespeitados diante do atendimento prestado por alguns profissionais.

Durante o período em que trabalhei como auxiliar de enfermagem na década de 80 no Hospital Conceição, o que me deixava extremamente aborrecida era quando chegava um usuário na emergência com muita dor, suando bastante e com uma aparência estranha, com os olhos avermelhados e que por inúmeras vezes os profissionais o tratavam como um usuário de drogas, principalmente porque na maioria das vezes essa pessoa era negra. Quando esse mesmo usuário era internado e começava a investigação sobre seu quadro clínico, chegava-se a conclusão que era uma pessoa portadora de anemia falciforme. Ao receberem o diagnóstico de portador de anemia falciforme, ficavam até mais tranquilos, porque os profissionais já não os viam mais como usuários de drogas e sim como um doente, que precisa de cuidados.

Essa situação me deixava bastante ansiosa e durante o tempo de internação desses usuários, eu tentava conversar bastante com diversos deles, tentando fazer com que eles se sentissem um pouco melhor, porque se queixavam muito sobre o atendimento que receberam na emergência, onde chegavam com muita dor e necessitando de cuidados. Diziam que os profissionais não davam a devida importância para suas queixas e sentiam-se desrespeitados.

Em conversas que tinha com meus colegas e profissionais de outros setores sobre anemia falciforme, entendi que um dos problemas era a pouca informação sobre a doença, mas isso não era o único motivo, pois ser bem acolhido e respeitado é um direito de todos os usuários, que também não estava acontecendo. O trabalhador da saúde não deve julgar pela aparência, deve ter um olhar amoroso e uma escuta qualificada, conversar com a pessoa, deixá-la tranquila e com a sensação de que foi bem acolhida.

Devido a doença ser pouco conhecida nessa época e também pelo fato de que era associada ao negro, era chamada de “doença de negro”, por esses motivos e por ela não ser potente para a indústria farmacêutica para gerar lucro, não existiam grandes interesses em estudar a doença. Portanto a pessoa portadora de doença falciforme era sofrida, era tratada como drogado, recebia apenas medicação para dor e muitas vezes era mandado de volta para casa.

Hoje em dia, essa situação vem melhorando, principalmente devido a iniciativas do Ministério da Saúde em 1996, ao criar programa Nacional de Anemia Falciforme e em 2004 o Programa Nacional de Humanização, que contribuíram para melhorar o conhecimento dos profissionais sobre esses assuntos e conseqüentemente melhorar também o atendimento. É claro que essas iniciativas são muito importantes, mas elas só são implementadas pelos profissionais, que acreditam e fazem acontecer no cotidiano da realização da suas práticas de trabalho, por isso é fundamental que os profissionais estejam comprometidos com um atendimento humanizado e integral aos usuários.

Atualmente sou representante dos profissionais no conselho gestor do Hospital Conceição e por isso continuo acompanhando o atendimento na emergência e nos demais setores do hospital sobre a questão dos portadores de anemia falciforme, até porque também luto pela igualdade racial e sou uma defensora do SUS. O que vejo e escuto nas reuniões do conselho e em conversas com usuários é que ainda é preciso melhorar o acolhimento na emergência, pois há muitas queixas sobre o atendimento aos portadores de anemia falciforme. Também foi possível identificar nas unidades básicas de saúde do grupo que existe a mesma dificuldade do pouco conhecimento sobre esse tema.

A Comissão Especial de Políticas Públicas de Igualdade Racial promoveu um seminário com os profissionais das unidades de saúde do GHC sobre esse tema. Houve uma boa avaliação pelos profissionais e os mesmos disseram que seria importante que tivesse uma continuidade e que os demais funcionários da instituição pudessem ter acesso a essas informações.

Assim, torna-se necessário melhorar o atendimento aos portadores de anemia falciforme, no sentido de qualificar o acolhimento, as orientações e informações sobre esse tema com os profissionais da emergência.

Este projeto propõe a realização de rodas de conversa sobre Humanização e Acolhimento aos portadores de anemia falciforme para trabalhadores da emergência do HNSC,

No desenvolvimento do projeto será melhor esclarecido, o que é a doença e suas implicações; a caracterização do local do estudo e a importância da humanização e do acolhimento aos usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ❖ Qualificar o acolhimento e o atendimento aos portadores de Anemia Falciforme na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição

2.2 Objetivos Específicos

- ❖ Oportunizar aos profissionais momentos de conversa sobre o tema Anemia Falciforme e Humanização
- ❖ Esclarecer dúvidas sobre anemia falciforme
- ❖ Qualificar as orientações que os usuários e familiares recebem quanto aos cuidados e serviços que podem ser acessados pelos portadores de anemia falciforme
- ❖ Estimular os profissionais a acolher os usuários de forma humanizada

3 DESENVOLVIMENTO

Neste capítulo do trabalho serão apresentadas algumas informações essenciais para fundamentar este trabalho, entre elas Anemia Falciforme: a doença e seus sintomas; Anemia Falciforme: a doença como uma dimensão racial; a importância da humanização e do acolhimento; a caracterização do local do projeto: emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

3.1 Anemia Falciforme: A doença e seus sintomas

De acordo com o manual da Anemia Falciforme para a População, elaborado pelo Ministério da Saúde (2007), existem dois tipos de anemia: Anemia e Anemia Falciforme. O sangue é formado por hemácias, que são células vermelhas e redondas contendo um pigmento chamado de hemoglobina A, que dá a cor vermelha ao sangue. A hemoglobina e o ferro são responsáveis por levar o oxigênio do pulmão para todo o corpo, para que todos os órgãos funcionem bem.

A anemia é a diminuição da hemoglobina no sangue. Essa diminuição pode ocorrer por falta de ferro no sangue e com isso os órgãos não recebem a quantidade suficiente de oxigênio. A pessoa que não tem uma alimentação adequada ou tem verminose ou perda de sangue por alguma doença, ela pode ter anemia por falta de ferro. A anemia falciforme acontece devido ao fato que algumas pessoas não tem a hemoglobina A e no seu lugar produzem outra hemoglobina, chamada S, que não exerce a função de oxigenar o corpo de forma satisfatória, razão pela qual as pessoas têm sempre uma anemia que não se corrige nem com alimentação com ferro. As hemácias dessas pessoas, em vez de redondas, tem a forma de meia lua ou foice. Essas células afoiçadas têm muita dificuldade de passar pelas veias, que levam o sangue para os órgãos, ocasionando seu entupimento e muitas dores, principalmente nos ossos.(MS, 2007).

Os sintomas das pessoas com anemia falciforme são muito variados. Algumas podem não ter quase nenhum sintoma, necessitando de pouca transfusão de sangue ou mesmo de nenhuma e outras que têm crises muito graves com sintomas de dor forte provocada pelo bloqueio de fluxo sanguíneo e pela falta de oxigenação nos tecidos, dores ósseas e articulares, na barriga, fadiga intensa, palidez, icterícia, atraso no crescimento, feridas nas pernas, cálculos biliares,

problemas neurológicos, cardiovasculares e renais, infecções de repetição às vezes muito graves, podendo levar à morte.

O diagnóstico é realizado através do exame laboratorial eletroforese de hemoglobina. E a presença da hemoglobina S pode ser detectada pelo teste do pezinho quando a criança nasce, que foi instituído a partir da portaria 822 de 2001, que institui a implantação da triagem neonatal para Hipotireodismo Congênito, Fenilcetonúria, **Doença Falciforme** e Fibrose Cística em todo o País.

No Grupo Hospitalar Conceição o exame eletroforese de hemoglobina foi incorporado ao laboratório no ano de 1990 e em 2004 após iniciativas de alguns profissionais da instituição e da Comissão Especial de Políticas Públicas de Igualdade Racial (CEPPIR) do Grupo Hospitalar Conceição foi possível adquirir novos equipamentos e articular os demais profissionais das áreas afins para ampliar e qualificar o atendimento dos portadores de anemia falciforme. É realizado também o rastreamento de todos os doadores de sangue do Grupo Hospitalar Conceição para detecção da doença falciforme. Isso representa um volume por volta de 3 mil doadores por mês e atualmente o grupo possui o maior banco de dados de hemoglobinas variantes de todo o país.

Não existe tratamento específico para a anemia falciforme, uma doença para a qual ainda não se conhece a cura. Os portadores precisam de acompanhamento médico constante para manter a oxigenação adequada nos tecidos e a hidratação, prevenir infecções e controlar as crises de dor.

3.2 Anemia Falciforme: a doença como uma dimensão racial

De acordo com a epidemiologia, sabe-se que a população negra é mais suscetível ao surgimento da anemia falciforme. E devido a esse fato essa doença é associada a questão racial.

Acredita-se que as pessoas portadoras de anemia falciforme além de já estarem sofrendo com as conseqüências da doença, sofrem também devido a discriminação racial e que só quem vivenciou essa situação é quem pode entendê-la realmente.

As questões raciais devem ser tratadas como mais atenção principalmente quando se trata da saúde das pessoas. E por isso a implementação de políticas públicas com enfoque racial era de grande importância nos campos da saúde, educação e trabalho. A partir de 1996 o Ministério da Saúde cria o Programa de Anemia Falciforme e em 2007 o Manual da Anemia Falciforme para a População.

Um outro exemplo de iniciativa pública para a diminuição do preconceito racial foi o fato de que uma das primeiras medidas tomadas pelo Presidente Lula, no início do seu governo, foi assinar a Lei 10.639 que torna obrigatório o ensino da história da África e da cultura afrobrasileira no currículo escolar. Com isso os estudantes passaram a aprender a contribuição dos negros ao longo da nossa história e a valorizar a cultura afro no nosso país. E a entender que o nosso país tem uma grande miscigenação e que essa é a explicação de porque existe um grande número de portadores da anemia falciforme por aqui. O manual da Anemia Falciforme para a População, traz a explicação do porque essa doença é tão comum no Brasil:

Há muitos anos, na África, a malária matava muitas pessoas. Por tal motivo, a natureza resolveu proteger seus filhos da morte pela malária, provocando neles uma alteração genética que chamamos de mutação, alterando a informação que vem no gene (DNA). Com a alteração, essas pessoas passaram a produzir a hemoglobina **S**, em vez da hemoglobina **A**. Assim, quem tivesse na hemácia a hemoglobina S não seria infectado pela malária. Com isso, diminuiu muito a morte pela malária. Em virtude da imigração forçada, isto é, do tráfico de escravos e dos movimentos populacionais em busca de melhores condições de vida, essa mutação se espalhou pelo mundo. No Brasil, pelo fato de o país ter recebido uma grande população de escravos e por apresentar alto grau de mistura de raças, existem muitas pessoas portadoras da anemia falciforme, principalmente os afrodescendentes. (MS, 2007)

3.3 A importância da Humanização

Humanização é a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, que estabelecem uma relação de igualdade, respeito, afeto e trocas de informação e conhecimento. É importante destacar que a escuta do profissional de saúde para com o usuário é fundamental na humanização.

Humanizar o atendimento em saúde é fortalecer o desejável comportamento ético, com os cuidados dirigidos às necessidades existenciais dos pacientes. Humanizar é, também, investir em melhorias nas condições de trabalho dos

profissionais da área, é alcançar benefícios para a saúde e qualidade de vida dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

Em 2004, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH), mais conhecido como Humaniza SUS. Segundo essa política:

O HumanizaSUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS.

Os profissionais de saúde são os principais educadores responsáveis por assegurar segurança e confiança no processo de tratamento dos usuários. Devem prestar esclarecimentos, com uma linguagem fácil e apropriada, pois os usuários têm o direito de conhecer e entender seus problemas de saúde e receber todas as informações necessárias, que possam ajudá-los a participar das decisões relacionadas a sua saúde.

A Política Nacional de Humanização Hospitalar (PNH) propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, a PNH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. (BRASIL, 2004).

A humanização é um processo bastante amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Acredito que cada profissional, cada equipe, cada

instituição terá seu processo de humanização, não importa como, o que importa é que ela deve existir começando com cada um de nós.

Acredita-se que a humanização necessária, é um fazer coletivo, efetivamente compartilhado por profissionais de saúde, enquanto equipe de trabalho, para além de suas categorias profissionais e seus saberes específicos e também por gestores e usuários. Grupo este que em uma relação mais horizontal no modo de organização no SUS trará a tona não só a cooperação mútua, mas também uma visão de saúde pautada na promoção da mesma e prevenção de doenças.

3.4 A importância do Acolhimento

Segundo Carvalho e Campos (2000), acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com objetivos de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região.

O acolhimento na saúde, para Franco, Bueno e Merhy (1999), deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com a escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. O acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre depois de ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro de profissionais e usuários, dá-se uma negociação visando a identificação de suas necessidades, um busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde (MATUMOTO, 1998).

O Acolhimento é uma estratégia para a reorganização do serviço de saúde, e deste modo, passa a garantir o acesso universal, a resolutividade e ao atendimento humanizado. Acolhimento é a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários. Garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

Pode ser considerado um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo todas suas colocações e assumindo uma postura capaz de suprir suas carências. Isso implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (HUMANIZASUS, 2004).

Portanto, acolher é valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de trabalho em saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; identificação das demandas sociais; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento e responsabilizar-se pela solução adequada do problema de saúde do usuário.

3.5 Caracterização do local do projeto: Emergência do HNSC

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é vinculado ao Ministério da Saúde e conta com uma rede de quatro unidades hospitalares: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmina e com 12 Unidades básicas de saúde. É uma instituição pública que presta atendimento 100% SUS.

As ações do GHC seguem diretrizes baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas políticas do Ministério da Saúde, com orientação estratégica do Governo Federal, no qual a saúde é tratada como um direito institucional. Todas ações desenvolvidas nas unidades do grupo, buscam promover a cidadania, inclusão e justiça social (GHC, 2009).

O Setor de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), será o cenário deste projeto.

Considerada a maior Emergência do Rio Grande do Sul, recebeu novas instalações inauguradas em abril de 2006, através de investimentos do Ministério da Saúde pelo programa QUALISUS, com o intuito de melhorar e humanizar o atendimento à população. Trabalhando com o conceito de acolhimento e com

classificação de risco (acesso classificado e priorizado), humanização e integralidade a atenção. O serviço foi pioneiro na implantação da Política Nacional de Humanização (GHC, 2009). O Acolhimento com classificação de risco teve seu início em março de 2004.

Em média, 800 pacientes/dia são recebidos no Setor de Emergência do HNSC, vindos da capital, Região Metropolitana e interior do Estado.

Área Física e estrutura do Serviço:

Sua estrutura física atual é de 1.430m² incluindo áreas distintas.

Área Azul compõem: 5 consultórios clínicos, 1 consultório cirúrgico, 2 consultório odontológico, 1 consultório ginecológico, 2 sala de procedimentos, 1 sala de medicação / inalação e Ambulatório de Pronto Atendimento com serviços de diagnósticos com raio X, ecografia, eletrocardiograma.

Área Amarela com 14 leitos de observação com monitorização e 2 plantonistas clínicos.

Área Vermelha com 5 leitos de terapia intensiva; 01 box de estabilização com desfibrilador, monitorização e respirador e 01 plantonista clínico.

Nas classificações de risco se dividem:

Nível 1- EMERGÊNCIA- Cor Vermelha - prioridade zero, necessidade atendimento imediato;

Nível 2- URGÊNCIA- Cor Amarela - prioridade 1 – urgências atendimento mais rápido possível, porém não correm risco imediato de vida;

Nível 3- URGÊNCIA RELATIVA - Cor Verde - prioridade 2 – maior tempo de espera pela estabilização dos sinais e sintomas, sala de observação.

Nível 4- NÃO URGÊNCIA- Cor Azul – prioridade 3 – condições agudas atendidas no Pronto Atendimento por ordem de chegada.

Número de funcionários dentro do setor da emergência computa um quadro de 20 enfermeiros divididos em turnos manhã, tarde, noite 1 e noite 2, 150 técnicos e auxiliares de enfermagem, 56 médicos, 21 auxiliares administrativos, 20 auxiliares de serviços gerais, mais serviço de apoio (ECG, RAIO X, Laboratório).

A apresentação do espaço físico dividido da Emergência HNSC está demonstrado no anexo A.

Acolhimento na Emergência do HNSC

Segundo o Ministério da Saúde Brasil (2004), os Princípios Necessários, devido à grande demanda de atendimento na emergência do HNSC, são:

- A classificação de risco, buscando minimizar os efeitos do aumento do número de atendimentos e diferentes graus de complexidade;
- Avaliação de enfermagem, identificando os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Seus objetivos:

- Avaliar o paciente na chegada à emergência personalizando e humanizando o atendimento;
- Descongestionar o fluxo de pessoas na emergência;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, promovendo que o paciente seja visto precocemente de acordo com a gravidade;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo;
- Informar os tempos de espera e retornar informações a familiares

Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe, hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções”.(HUMANIZASUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco, 2004, p.9).

O acolhimento é uma opção tecno- assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

O acolhimento não é um espaço ou um local, e sim uma postura ética que não pressupõem hora ou profissional específico para fazê-lo, implica

compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias. Deste modo é o que diferencia da triagem (BRASIL, 2004).

Classificação de Risco

A crescente demanda pelos Serviços de Emergência torna a Classificação de Risco necessária para minimizar os efeitos do aumento do número de atendimentos e diferentes graus de complexidade dos pacientes. A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A prioridade da assistência médica e de enfermagem será feita categorizando os pacientes em níveis e representado por cores, conforme poderá ser observado no folder do Acolhimento com Classificação de Risco no anexo B.

Na emergência a distribuição dos pacientes é feita inicialmente através de Agentes de Triagem (ou acolhimento) que encaminharão os pacientes às áreas específicas seguindo um protocolo baseado na situação/ queixa. Os pacientes que necessitarem de assistência imediata serão encaminhados diretamente ao acesso à Área Vermelha (área de recebimento, avaliação e estabilização de pacientes).

A antiga idéia de triagem está sendo abolida com os novos conceitos atribuídos ao acolhimento. A recepção solidária (acolhedora) do paciente e sua família encaminhar os pacientes para o atendimento de acordo com protocolos pré-estabelecidos (pré-classificação), orientar os pacientes nas demandas não assistenciais, comunicar tempos de espera para paciente e familiares, identificar prontamente urgências e emergências - risco de perder a vida, organizar processo de trabalho e espaço físico do PA, diminuir superlotação, informar os pacientes e familiares o fluxo de atendimento e tempo de espera. Esclarecer à comunidade a forma de atendimento de urgências e emergências, um encaminhamento responsável, adequado referenciamento pactuado na rede de atendimento, priorizando sempre o usuário com um trabalho multidisciplinar.

Os objetivos da Classificação de Risco são: avaliar o paciente logo na sua chegada humanizando o atendimento; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua

gravidade; determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo; informar os tempos de espera; retornar informações a familiares.

4 Metodologia: A construção das Rodas de Conversa

Para atingir o objetivo proposto será utilizada como metodologia as Rodas de Conversa, que é uma metodologia que possibilita aos participantes o compartilhar do conhecimento e oportuniza as pessoas momentos de trocas, reflexões e construções. Os participantes são convidados a construir um diálogo, onde podem se expressar de uma forma mais livre, despojada e de igual para igual. A palavra circula entre todos e não fica somente com uma pessoa, como o que acontece em palestras por exemplo.

Como o nome já diz, rodas de conversa, as pessoas ficam sentadas em roda e isso é fundamental para a realização dessa estratégia, pois favorece a comunicação e a igualdade entre os participantes, que podem ter níveis de formação e conhecimentos diferentes, mas que nesse momento estão em nível de igualdade. E conversa, é trocar idéias, experiências, levantar questionamentos, conhecer, adquirir informações, entre outros.

O sentimento de pertencimento ao grupo é importante para que os participantes possam estar abertos a mudanças, rever valores e atitudes até então introjetados e também para que haja um comprometimento futuro com as questões discutidas nesses momentos.

As rodas de conversa que este projeto propõe caracterizam-se sobre a discussão do tema Anemia Falciforme como forma de trazer o assunto para o cotidiano do trabalho dos profissionais da emergência do HNSC, a fim de identificar as possíveis dificuldades em relação a essa temática e ao cuidado com esses usuários, também como forma de integrar a equipe e melhorar as informações e as relações entre os trabalhadores, com o objetivo de qualificar o acolhimento a esses usuários.

As rodas de conversa serão realizadas primeiramente por mim, para os profissionais da emergência e possíveis convidados. E posteriormente por profissionais de outros setores, membros da CEPPIR e convidados que dialoguem sobre essa temática e que demonstrem o desejo de conduzir as próximas rodas. É importante a existência da pessoa que irá conduzir ou facilitar esse momento, sendo

que essa pessoa deverá ser de fora do contexto do grupo, para poder atuar com autonomia e isenção na coordenação das atividades da Roda de Conversa.

O local a ser utilizado poderá ser as salas da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) e terá duração de aproximadamente 1 hora. A sala deverá ter cadeiras móveis para que sejam dispostas em círculo. Os dias e horários serão definidos de acordo com a disponibilidade dos profissionais da emergência tentando fazer com que os profissionais de todos os turnos possam participar. Por isso elas serão realizadas no turno da manhã e da tarde.

Propomos que as rodas de conversa possam se dividir em 3 momentos:

1º - Problematização:

Momento em que as pessoas vão falar das suas dúvidas e dificuldades sobre o tema Acolhimento aos portadores de Anemia Falciforme e também das suas experiências e questionamentos. O facilitador poderá utilizar primeiramente alguma dinâmica de grupo para deixar o grupo mais integrado e descontraído. Após o tema Acolhimento aos portadores de Anemia Falciforme poderá ser colocado na roda de diferentes formas: a partir de uma pergunta, uma notícia, uma situação problema ou deixando aberto para quem queira começar a falar. É importante que os aspectos centrais do tema sejam abordados

2º Troca de Informações:

Nessa etapa da Roda as dúvidas trazidas serão respondidas por mim no primeiro momento e após por outros profissionais que queiram complementar a resposta. Sempre uma conversa com base no diálogo e na garantia de que a palavra circule e que todos tenham o direito de falar.

3º Reflexão para ação/proposições:

Nessa etapa da Roda a ideia é que o grupo construa estratégias para resolver e/ou melhorar os problemas identificados na conversa e realizar um plano de ação para qualificar o acolhimento aos portadores de anemia falciforme.

Sugere-se que o grupo a partir das conversas e da necessidade possam vir a contruir uma cartilha de orientações e cuidados sobre anemia falciforme.

5 CRONOGRAMA

Atividades	Jul 2009	Ago 2009	Set 2009	Out 2009	Nov 2009	Dez 2009
Definição do tema	x	x				
Desenvolvimento do Projeto			x	x	x	x
1º seminário de apresentação				x		
Finalização da escrita do projeto					x	
Entrega do Projeto					x	
2º seminário de apresentação						x

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Série B. textos Básicos de Saúde. Brasília-DF, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização (PNH). Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual da anemia falciforme para a população.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 20 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____, Ministério da Saúde. *Portaria MS 951 de 10/05/96* Cria o Programa Nacional de Anemia Falciforme.

_____, Ministério da Saúde. *Portaria MS n.º 822 de 06/06/01* Determina a implantação da Triagem Neonatal para Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Doença Falciforme e Fibrose Cística em todo o País.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad Saúde Pública**: v.16, 2000, p.507-15.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, 469-478, jul-set, 1997.

FRANCO, T.; BUENO, W.; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr-jun, 1999.

GHC, Grupo Hospitalar Conceição. **Apresentação**. Disponível em:
<http://www.ghc.com.br/default.asp/idmenu=1>. Acesso em outubro de 2009.

MATUMOTO S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [**dissertação**]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1998.

SMELTZER, C. S; BARE, G.B: Tratado de **Enfermagem Médico Cirúrgica**. 9 ed, Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2005. V3

APÊNDICE A: Foto demonstrativa da planta representativa do espaço físico da Emergência HNSC.

APÊNCIDE B: Folder explicativo sobre Acolhimento com Classificação de Risco

