

Entrevista

Transcrito por [TurboScribe.ai](#). [Atualize para Ilimitado](#) para remover esta mensagem.

Palestrante 1 – Enfermeira Paula

Palestrante 2 – Aluna Anna Beatryz

[Palestrante 1] (0:29 - 0:35)

Prazer, meu nome é Paula, sou enfermeira aqui da unidade do Cruzeiro.

[Palestrante 2] (0:36 - 0:42)

Então, a gente queria saber, primeiramente, em média, quantas pessoas tem aqui no público?

[Palestrante 1] (0:44 - 3:07)

Pessoas para atendimento, vai depender muito do quê? Do número de médicos e profissionais da saúde que nós temos. Nós atendemos demanda espontânea e agendamento.

80% demanda espontânea, 20% agendamento. Como que nós vamos classificar quem vai ser atendido dentro desse 80% e quem vai ser atendido dentro dos 20%, por exemplo? Se você já é um paciente que tem uma condição, assim, que a gente acompanha, por exemplo, uma pressão alta, uma diabetes, que é uma doença crônica que a gente fala, não tem cura, mas necessita de acompanhamento, nós vamos sempre estar agendando pra você exames, acompanhamento, consulta com o médico ou com o enfermeiro, pra gente não deixar que essa hipertensão, essa diabetes desestabilize, ou seja, vire uma condição aguda que eu preciso intervir na hora, certo? Certo. Então, os 20% são pra avaliação de exames, são pra, por exemplo, uma avaliação, ah, eu quero começar a praticar atividade física, Paula.

Então, você precisa de um laudo do médico. Então, eu posso agendar esse serviço, não é um serviço que eu tenho que atender de forma imediata. Já os 80%, é dor, é febre, pressão alta, taquicardia, que é uma aceleração do coração, ou uma bradicardia, que é um batimento abaixo do normal, oscilação de saturação na época do COVID, nós atendemos muito pacientes com saturação baixa.

[Palestrante 2] (3:08 - 3:16)

Entendi. E a ferramenta da triagem, vocês usam mais em papel ou algum tipo de sistema?

[Palestrante 1] (3:16 - 4:05)

Nós trabalhamos hoje com o PEC, que é um prontuário eletrônico desenvolvido pelo SUS. E nesse prontuário eletrônico.

E qual que é o fluxo de atendimento do paciente? Ele vai chegar na recepção, ele vai mostrar o cartão do SUS dele e vai falar a solicitação dele. Ah, eu preciso de uma consulta médica.

Eu preciso de uma consulta com a enfermagem. Eu quero atendimento com o dentista. Aí, o profissional que é da administração, ou agente comunitário que nos ajuda muito, ele vai colocar o seu nome no sistema.

[Palestrante 1] (5:26 - 8:54)

O paciente pode falar assim, olha, eu verifiquei e deu 38 graus em casa. Eu coloco febre, a ferida em sua residência de 38 graus.

E vou perguntando pra ele o que que ele vai trazendo pra gente, né? Porque ele pode falar assim, ó. Tô com dor de cabeça, mas tô com dor de ouvido.

Tô com dor de garganta. Então, eu afasto o diagnóstico de gripe e vou pensar numa amigdalite, vou pensar numa otite. O nosso atendimento, ele seguia pelo que o paciente traça pra gente.

Posteriormente, a gente vai trabalhar com medidas antropométricas, que é o peso, a altura, a pressão alta. A febre que ele referiu, eu vou verificar aqui no nosso atendimento. Isso, aí eu vou pegar o seu peso, né?

Vou pesar você na balança, vou ver sua altura, vou verificar a pressão, temperatura, frequência respiratória, saturação e frequência cardíaca. Esses outros elementos aqui, ó, não tem necessidade. Não são tão assim de atendimento imediato, tá?

Glicemia. Se você me fala que você é diabética, eu vou me atentar pra sua glicemia. E aí, a glicemia, o ideal é fazer em jejum.

Mas nem sempre o paciente, ele vem em jejum. Então, eu posso verificar a glicemia e colocar. Foi pré-prandial, que é antes de comer.

Foi pós-prandial, foi depois de se alimentar. E aí, a gente tem um padrão se você é diabético ou não. E aí, aqui, ó, se eu fiz um procedimento com você, por exemplo, administração.

[...] . Então, o sistema, ele vai reconhecer tudo isso que a gente conversou.

E aí, verificando aqui a classificação de cores, que é a nossa classificação de risco. Para mim, se você tem uma febre, você vai ter que ser atendido imediatamente. Por quê?

Se eu deixar você com febre, você pode convulsionar, você pode evoluir de uma forma negativa. Então, eu preciso te atender rápido. Mas vamos supor que você fala pra você, Paula, eu tava com febre em casa, mas eu tomei tipirona e vim no postinho, porque eu não tô aguentando a dor de garganta.

Eu verifiquei a febre, tá 36, você pode esperar um pouquinho. Aí, eu vou colocar você como verde. Por quê?

Porque, às vezes, vão ter outros pacientes que vão se enquadrar num atendimento mais grave, que eu preciso priorizar. Certo? E aí, aqui embaixo, ó, eu vou mandar você pro médico.

A gente trabalha, por exemplo, com... Ontem, nós trabalhamos com o Dr. Lucas. Então, eu coloco aqui, ó, Lucas.

E aí, vai aparecer o nome do médico aqui. Aí, eu vou selecionar ele, vou pôr a demanda espontânea, que é você chegou e precisou do atendimento imediato, e tiro a minha escuta

inicial, finalizo encaminhando para o profissional. Ele vai ver a sua cor, depois eu delete aqui, ó.

Ele vai ver a sua cor, ó, você tá vendo aqui, ó. Azul, ó, tudo pode esperar até 48 horas pra ser atendido. São os quadros de agendamento.

Verde precisa ser atendido. Olha lá, a gente classificou você como verde. Mas eu poderia ter colocado amarelo, poderia ter colocado outra cor.

Certo.

[Palestrante 2] (8:55 - 10:06)

O nosso sistema, a gente tá com a intenção de fazer, essa, tipo, ajudar a integrar nesse protocolo que você faz, um sistema que inicialmente faria uma classificação, de acordo com o MTS, que eu vi que vocês usam, o MTS, e de acordo com o deles, ajudaria a classificar, obviamente, com o enfermeiro tendo essa, esse tratamento, né? Aí o enfermeiro poderia, tipo, colocar, ter todos os sintomas, tem aí, ter os sintomas, faz uma tabelinha pra marcar, de acordo com a gravidade, essas coisas, e o sistema sugerir, falar assim, ó, vai pra área de vacina, vai pra psicologia, vai pra fisioterapia, esse aí, colocar numa listinha igual essa, que no caso, nesse sistema já tem, e o sistema falar, ó, provavelmente esse, essa pessoa é azul, provavelmente essa pessoa é verde, mas o enfermeiro que dá a palavra final.

[Palestrante 1] (10:06 - 10:17)

Ok. É como se fosse um sistema autodidático, você só vai conferir, né? Ó, realmente, acho que é gripe, pode esperar.

Ah, não, é infarto, pode, tem que ser vermelho, tem que atender rápido.

[Palestrante 2] (10:17 - 10:31)

Porque a gente tava pensando, tipo assim, num dia que tem muita gente, pra tentar ajudar o enfermeiro da triagem, ajudar o médico, até essa ficha um pouco mais rápida. Seria uma coisa usada pra vocês?

[Palestrante 1] (10:32 - 11:58)

Então, hoje, como nós trabalhamos com o instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde, eu acredito que seria mais um instrumento, não iria substituir o instrumento que a gente tem, porque quer queira, quer não, como eu te falei, o nosso sistema, ele já faz essa classificação de risco, levando em consideração a autonomia do profissional. Demanda grande nós temos todos os dias, porque a gente tá trabalhando hoje em dia com uma população adoecida, né? Infelizmente, a nossa população ainda tá muito adoecida.

O que eu acredito que poderia ajudar a gente seria mais questão de profissional, porque pode ter um instrumento sim, só tem que ter mais profissionais pra agilizar esse atendimento. Porque se você for parar pra pensar, olha, eu troco o meu PEC por outro aplicativo, por outro sistema, eu vou continuar sendo uma profissional com a demanda espontânea grande. Então, eu vou trocar o que?

Só o método de avaliação, né? E, às vezes, pra eu dar conta dessa demanda, eu vou precisar do que? De mais profissionais pra agilizar o atendimento.

E isso, às vezes, quando tá muito lotado, a gente liga pra coordenação, a coordenação orienta a gente, manda profissionais pra gente, a gente vai conseguindo fazer dessa forma. Assim, instrumentos sempre são válidos. Seria assim?

[Palestrante 2] (11:59 - 12:10)

E alguma coisa muito essencial da gente colocar, só pra finalizar, uma coisa que necessariamente precisaria na visão de profissional?

[Palestrante 1] (12:15 - 14:18)

Deixa eu pensar aqui, ó. Porque, por exemplo, o que que acontece? Ali a gente vai ter a classificação o mais rápido possível.

Então, é o básico das informações. Então, tem que ser um instrumento rápido, né? Poderia ser, por exemplo, assim, ó, só que vai dar trabalho isso?

É, você colocar, por exemplo, assim, ó, quais são as principais demandas daqui do postinho? Sempre vem gestante, sempre vem fumante, sempre vem hipertenso, diabético e tal. Então, quando a gente lançasse o código, já aparecesse pra gente os sinais e sintomas, a gente desse só o tique pra poder clicar nos sinais.

Então, ó, esse tá com gripe, tá com febre, tá com isso, tá com aquilo. E já colocar a cor, ele já meio que estabilizar a cor, né, mediante ao que apareceu e mandar. Porque, por exemplo, se fosse uma COVID.

Tem o COVID que ele é assintomático, ele tá só com nariz correnta, sem paladar, nem sem olfato. Mas tem um COVID que chega dessaturando. Então, eu não posso ter a mesma classificação de risco para os dois pacientes pelo diagnóstico.

Então, eu acho que o instrumento tem que ser bem criterioso nesse sentido, de separar a gravidade. Isso que eu acho que é importante. Aí evita da gente fazer a digitação da consulta, né.

Isso, eu acho que o mais é opções de clicar e tchau, ao invés da gente ter que ficar digitando. Só que, ao mesmo tempo, tem que ter um campo pra gente colocar quando o paciente é agressivo com a gente, quando ele não aceita a triagem que acontece, essas questões. Porque o fluxo enxerga que o paciente chega, é triado e vai pro atendimento.

Só que tem paciente que não quer esperar, tem paciente que tá em surto, tem paciente que é agressivo. Então, o PEC acaba sendo um instrumento de proteção também para o profissional, pra gente não sofrer agressões, pra gente se respaldar legalmente. Então, isso também é muito importante de vocês se atentarem quando elaborar um instrumento.

Um instrumento que seja eficaz e respalde o trabalho do profissional.

[Palestrante 2] (14:19 - 14:24)

Perfeito, perfeito. Eu queria agradecer de novo. Muito obrigada.

[Palestrante 1] (14:24 - 14:25)

De nada, eu que agradeço.

[Palestrante 2] (14:26 - 14:31)

Quando surgir um protótipo mais palpável posso trazer para que vocês deem uma olhada?

[Palestrante 1] (14:32 - 14:37)

Pode, claro. Vai ser um prazer. Uma coisa que eu deixei de falar é que esse instrumento, ele surgiu na Segunda Guerra.

[Palestrante 2] (14:38 - 14:39)

Como assim?

[Palestrante 1] (14:39 - 16:00)

É. A triagem, antes, ela não era feita desta forma. Você apenas ia atendendo, né?

Só que o que aconteceu? Começou, assim, a enfermagem, os médicos começaram a ver que tinha pacientes da Segunda Guerra que iam morrer. Então, ele não poderia investir tempo naquele atendimento, sendo que o risco de morte era iminente.

Ele ia morrer, entendeu? Ele perdeu uma perna, ele tava ali com uma hemorragia, não tinha método pra estancar o sangue, então ele ia morrer. Então, o que eles fizeram essa triagem?

Ela surge pra eu ver quem tem mais chance de vida e quem tem mais chance de morte. Inicialmente foi nesse sentido, de você não gastar energia com o paciente que ele ia evoluir pra óbito. Pra eu me preocupar com aqueles que teriam uma possibilidade de vida.

Foi pra organizar a morte na guerra. E aí, depois, eles foram melhorando, né? Trazendo pra nossa realidade do SUS, a realidade do sistema de saúde.

Mas antes, ele era dessa forma e surgiu na cidade de Manchester, por isso que ele chama. Foi o primeiro tipo de protocolo que surgiu e agora os demais. E isso tem uma variabilidade grande de formas de fazer a triagem.

Só que todos são baseados nesse, pela classificação de cores.

[Palestrante 2] (16:00 - 16:01)

Muito interessante.

[Palestrante 1] (16:02 - 16:23)

Eu queria trazer essa informação pra vocês, pra vocês poderem estudar mais a fundo também. Que vai melhorar a visão do instrumento com o protótipo que vocês vão criar. Legal, muito legal.

[Palestrante 2] (16:34 - 16:36)

Muito obrigada.

Transcrito por [TurboScribe.ai](#). [Atualize para Ilimitado](#) para remover esta mensagem.