

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL E APLICADA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

MARCILENE DE PAULA

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÕES PARA O PLANEJAMENTO DE UMA UNIDADE
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**CURITIBA
2014**

MARCILENE DE PAULA

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÕES PARA O PLANEJAMENTO DE UMA UNIDADE
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Karla Crozeta Figueiredo.

**CURITIBA
2014**

Dedico este trabalho aos trabalhadores da
Unidade de Pronto Atendimento do
Município de Fazenda Rio Grande.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu esposo Jefferson e aos meus filhos, Luiz Gustavo, Jhenifer, Marcele e Mateus, pelo apoio durante a realização deste curso e por alegrarem-se com minhas conquistas;

Aos meus pais, especialmente à minha mãe, D. Pedrina, por me ensinar desde pequena o valor do estudo;

À minha equipe de trabalho pela dedicação;

À Coordenadora de Enfermagem do PA, Cristiane Oliveira e à Gestora do Bloco de Alta e Média Complexidade, Thaciane Ulbrich, ambas enfermeiras e modelos de competência;

À Tutora Paloma Sodré Cardoso, sempre buscando resgatar o nosso entusiasmo;

À Orientadora, Prof^a Dr^a Karla Figueiredo pelas valiosas contribui es no desenvolvimento deste trabalho.

“O propósito da gestão dos serviços de saúde (assim como do próprio planejamento) é a saúde, ou seja, a melhoria das condições de saúde das populações ou dos grupos aos quais os programas e serviços são dirigidos.” (KUSCHNIR *et al.*, 2012, pág. 88)

RESUMO

Trata-se de um Projeto Técnico cujo objetivo visa identificar as situações-problema de um serviço de atenção às urgências, explicitar seus nós críticos e propor soluções para as situações-problema identificadas, utilizando a Metodologia para o Diagnóstico de Situações (MDS). O trabalho foi desenvolvido no período de agosto a dezembro de 2013, em quatro etapas: formulação do problema, explicação do problema, elaboração do fluxograma e formulação de um plano de ação. Foi construído um mapa cognitivo, denominado fluxograma explicativo, o qual sintetizou as discussões realizadas, estabelecendo relações de causa e efeito entre suas variáveis. Foram identificadas três cadeias causais e quatro nós críticos. Como última etapa da Metodologia foi elaborado um Plano de Ação, para cada nó crítico identificado foi apresentada uma proposta de intervenção. O trabalho em um serviço de emergência é complexo, pela característica e volume de pacientes ali atendidos e esta análise permitiu ordenar os processos mais críticos para resolução.

Palavras-chave: Administração de Serviços de Saúde; Planejamento Estratégico; Serviço Hospitalar de Emergência.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – ITINERÁRIO PERCORRIDO PELO USUÁRIO.....	19
FIGURA 2 – FLUXOGRAMA EXPLICATIVO.....	20
QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO IDEAL DE PESSOAL DE ENFERMAGEM POR SÍTIO FUNCIONAL.....	23
QUADRO 2: MATRIZ OPERACIONAL.....	26
QUADRO 3 – RESULTADOS ESPERADOS.....	27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	8
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO.....	9
1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO.....	9
2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	10
3. METODOLOGIA	15
4. A ORGANIZAÇÃO	16
4.1 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO.....	16
4.2 DESCRIÇÃO GERAL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	17
4.3 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	18
5 PROPOSTA	20
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	22
5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	26
5.3 - RESULTADOS ESPERADOS.....	27
5.4 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	28
6. CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

Como enfermeira da Unidade de Pronto Atendimento do município de Fazenda Rio Grande há dois anos, tenho observado a grande procura por consulta médica na unidade que não se caracteriza como urgência ou emergência. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) atende em média 450 pessoas ao dia, número maior que a quantidade de consultas realizadas nas 11 unidades de saúde do município, estimado em cerca de 350 pessoas/dia. Ao final de um ano, passa pela UPA quase duas vezes a população da cidade, que é estimada pelo IBGE em 89.037 pessoas (IBGE, 2013).

Uma grande parte das consultas realizadas na UPA não se caracteriza como uma queixa que motivaria a procura pelo serviço de emergência e a tendência é culpar o próprio usuário por esta distorção, porém sabe-se que os mesmos enfrentam diversas barreiras de acesso e encaram a Unidade de Pronto Atendimento como uma porta aberta – local aonde ele poderá solucionar seu problema. Ao culpar o usuário está implícito a não responsabilização, por parte da gestão, pela organização dos serviços de saúde considerando que existe uma demanda reprimida que necessita de cuidados, conforme apontado por Garlet (2009).

A outra face da demanda excessiva é a carga de trabalho (consultas e procedimentos) imposta aos funcionários do serviço de emergência: equipes médica, de enfermagem, farmácia, pessoal de apoio, que estão constantemente sobrecarregadas, situação geradora de conflitos entre usuários e funcionários. De um lado, a equipe sente que não deveria receber toda aquela demanda não urgente, e, de outro, o usuário que procura o serviço quer ter sua necessidade atendida.

O acúmulo de tarefas prejudica a qualidade da assistência, gerando insatisfação de ambos os lados: o usuário, que se queixa da demora em ser atendido, e, o funcionário, que se queixa do volume de tarefas e sobrecarga de trabalho.

Diante do exposto, este estudo pretende sugerir ações para resolução dos nós críticos identificados utilizando-se a Metodologia do Diagnóstico de Situações (MDS).

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Identificar as situações-problema de um serviço de atenção às urgências, explicitar seus nós críticos e propor soluções para as situações-problema identificadas.

1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

O serviço de atendimento às urgências é essencial e necessita passar por reestruturações para melhoria da qualidade assistencial. Atualmente, enfrenta-se superlotação e suas consequências como: funcionários em número insuficiente frente à demanda, esgotamento de recursos financeiros, conflitos, abastecimento de insumos insuficiente. Ao realizar o diagnóstico da situação, pretende-se propor soluções viáveis para as situações-problema, contribuindo com a gestão municipal na organização do serviço.

2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Com criação do SUS em 1988, através do movimento da Reforma Sanitária, a organização dos serviços de saúde passou a funcionar sob uma lógica de hierarquização e territorialização. No ano de 1994 foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde readequado e denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF deveria consolidar-se como uma estratégia operacional para a reorganização do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (BRASIL, 2001).

A proposta da ESF é levar o serviço de saúde para mais perto da população, com equipes multidisciplinares que trabalham em uma região adstrita e que se responsabilizam pela integralidade das ações naquela área de abrangência. (BRASIL, 2001). Portanto, neste nível de atenção, o usuário deverá ter seus problemas de saúde mais básicos resolvidos e, caso esteja fora da capacidade de resolução da ESF, esta encaminha o caso ao próximo nível de atenção, através de referências e contra referências, sem perder o vínculo com o usuário (BRASIL, 2001).

Apesar desta proposta de organização do serviço, pergunta-se o que leva o usuário a procurar um serviço de emergência para resolução dos casos mais comuns? Nesse sentido, Kuschnir *et al.* (2012), apontam como possível causa a baixa densidade tecnológica deste nível e a noção equivocada de que é possível resolver os problemas apenas atuando de forma preventiva.

Os mesmos autores citados acima apontam que esta distorção não é somente uma realidade brasileira, porém aqui apresenta percentuais mais altos que em outros países. Um fator é a insuficiência da atenção básica em atender a todos os casos, seja por baixa capacidade de resolução ou pela criação de barreiras no acesso, como distribuição limitada de senhas e atendimento apenas em determinados horários. Tratando-se de um serviço de porta aberta, o usuário procura o serviço de emergência com a certeza de que será atendido, mesmo que isso demore várias horas.

Este fato também foi observado por Marques e Lima (2007) em estudo realizado em uma Unidade de Emergência do Rio Grande do Sul. Constatou-se que o usuário procurava o serviço para resolução de suas necessidades por ter enfrentado algum tipo de barreira de acesso na unidade básica e, para resolver

seu problema, deslocava-se pelo sistema até conseguir. A oferta restrita de serviços na unidade de saúde fazia com que o público excedente procurasse o serviço de porta aberta, a unidade de urgência e emergência.

Os conceitos de urgência e emergência foram definidos pelo Conselho Federal de Medicina – CFM (1995): urgência é toda ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida e necessita de assistência imediata. Já em uma situação de emergência, o paciente corre risco iminente de morte ou sofrimento intenso e necessita de tratamento imediato para preservar a vida.

Mesmo existindo critérios bem definidos sobre o que são urgências e emergências, a população usuária tem suas próprias definições sobre casos urgentes, relacionado a outros critérios “mais subjetivos e que estão vinculados à complexidade atribuída por ele a sua experiência de sofrimento” conforme apontado por Barros (2010, pg. 2474).

“Do ponto de vista da gestão, procurar o serviço de emergência em situações que não se caracterizam como emergências é um problema. Entretanto, para o sujeito “doente”, pode ser uma “solução”, pela possibilidade de alívio mais rápido de seu sofrimento” (BARROS, 2010, p. 2474).

Conforme normativa do Ministério da Saúde (2013), os Pronto Atendimentos (PA) ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA) inserem-se como componente da Rede de Urgências e Emergências (RUE). São estruturas de complexidade intermediária entre unidades básicas, unidades de saúde da família e a rede hospitalar e têm por objetivo “garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da rede assistencial (BRASIL, 2013)”. Este encaminhamento pode ser para internamento hospitalar ou para os serviços de atenção básica, ou seja, o paciente que apresenta um quadro que não seja classificado como urgência ou emergência poderá ser referenciado para atendimento em sua unidade de saúde.

A implantação da Rede de Urgências e Emergências por parte do Ministério da Saúde, tem objetivo ampliar e qualificar o acesso de forma ágil e oportuna, acolhendo aos casos agudos. A Rede tem como diretriz o trabalho horizontalizado, tendo a Atenção Básica como coordenador da assistência,

organizando o fluxo dos usuários pelos níveis do sistema. Além da UPA fazem parte da RUE: Vigilância em Saúde, tendo como atribuições o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, como a prevenção de violências doméstica e sexual e diminuição de acidentes de trânsito; Atenção Básica com os objetivos de ampliar o acesso e fortalecer o vínculo com os usuários e dar o primeiro atendimento às urgências; Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), que disponibiliza atendimento precoce e transporte e Salas de Estabilização (SE), com o propósito de estabilizar pacientes graves, para municípios com menos de 50.000 habitantes sem unidades de pronto atendimento (BRASIL, 2013).

Nesse conceito de trabalho em redes, existe também a Rede de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas (BRASIL, 2013), organizada em linhas de cuidado específicas, privilegiando os agravos de maior magnitude: cardiovascular, cerebrovascular e trauma, tendo a Atenção Básica papel primordial no cuidado a estes pacientes, atuando tanto na prevenção quanto na reabilitação.

Como o trabalho em redes ainda é incipiente, o usuário continua superlotando os Pronto Atendimentos. Em relação ao comportamento dos funcionários, incluídas as equipes médica e de enfermagem, estes se ressentem em atender as consultas eletivas, por entenderem que estas não fazem parte do tipo de atendimento que dever ser ofertado na unidade e o usuário acaba tendo que explicar-se até conseguir a consulta, alguns até mesmo simulando uma doença mais grave do que a realidade, gerando conflitos diários entre usuários e trabalhadores. Tal fato também foi observado no estudo de Marques e Lima (2007).

Com o intuito de minimizar os atritos entre usuários e trabalhadores e organizar o atendimento, priorizando os casos mais urgentes, adequando-se à Portaria nº 2.821, de 28 de novembro de 2011, a Unidade de Pronto Atendimento adotou no início deste ano o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, proposto pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização no ano de 2009. Este protocolo pretende propor outra forma de organização do atendimento que não a ordem de chegada. Os objetivos da proposta são:

“garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento” (BRASIL, 2009).

Ao chegar ao serviço, o usuário é encaminhado para a pré-consulta, é recebido por um técnico de enfermagem que verifica seus sinais vitais e um enfermeiro, que avalia o grau de risco e direciona seu atendimento. Segundo o protocolo de acolhimento e classificação de risco (BRASIL, 2009), a avaliação não trata de diagnósticos médicos e também não exclui nenhum paciente sem que este seja avaliado pelo médico. Esta avaliação deve sempre ser realizada por profissional de enfermagem de nível superior, conforme disposto na Resolução COFEN nº 423/2012:

Art. 1º No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão;
Parágrafo único. Para executar a classificação de risco e priorização da assistência, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.” (COFEN, 2012).

Essa sistemática propõe a identificação do paciente por cores conforme a gravidade do caso, sendo a cor azul para casos não urgentes, com tempo médio de espera de quatro horas; verde para casos urgentes, mas que não corre risco de morte, com tempo médio de espera de duas horas; amarelo para casos urgentes com risco grave para a saúde, com tempo médio de espera de uma hora; laranja para pacientes que correm risco de morte iminente, devendo ser atendidos em até dez minutos e vermelho, para pacientes graves que necessitam de intervenção imediata.

Na prática, a adoção da classificação de risco e a presença do enfermeiro para avaliar os pacientes melhorou o atendimento para os casos mais urgentes, no entanto, não resolveu o problema da superlotação, já que mesmo as queixas eletivas não devem ser dispensadas sem o atendimento médico, sendo estas a maior parte dos atendimentos realizados no serviço.

Ao trabalhar em unidade de emergência, os profissionais enfrentam uma demanda que ultrapassa o que os serviços estão organizados para reconhecer e intervir. Nesse sentido, Garlet (2009) aponta para o fato de que o sistema tenta culpar o próprio usuário por não saber utilizar o serviço. Esse discurso protege os profissionais que, de certa forma, tentam recusar-se a atender casos considerados não urgentes e protege o gestor, que esquia-se da responsabilidade em organizar o sistema de atendimento às urgências nos municípios. Tal organização deve considerar a existência da demanda reprimida que chega ao pronto atendimento e que necessita de resposta às suas necessidades (GARLET, 2009).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto técnico, realizado no período de agosto a dezembro de 2013, em quatro etapas: formulação do problema, explicação do problema, elaboração do fluxograma e formulação de um plano de ação. Os dados foram abstraídos da minha vivência prática e embasados em literatura científica para análise da relevância.

Empregou-se a Metodologia do Diagnóstico de Situações (MDS), conforme descrita por Dagnino (2012), a qual trabalha com situações-problema que derivam do ambiente socioeconômico e político. A formulação do problema depende da percepção do ator social que o declara. Identificado o problema, este foi descrito por intermédio de fatos verificáveis e em seguida o ator explica a situação-problema, momento em que reflete sobre o problema, suas causas, descrição e consequências.

Com base nas situações-problema identificadas foi construído um mapa cognitivo denominado 'fluxograma explicativo', o qual sintetizou e estabeleceu as relações de causa e de efeito entre suas variáveis. No fluxograma foram identificados os nós críticos da situação-problema, locais onde se pode atuar de maneira prática para a solução dos problemas identificados.

No Plano de Ação, para cada nó crítico identificado foi elaborada uma proposta de intervenção. Como contribuição ao cenário de estudo, esse Plano de Ação será apresentado ao gestor para apreciação.

4. A ORGANIZAÇÃO

4.1 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

Fazenda Rio Grande localiza-se na Região Metropolitana de Curitiba, limítrofe dos municípios de Mandirituba, Araucária, São José dos Pinhais e Curitiba. Foi elevada à categoria de município independente de Mandirituba no dia 26/01/1990. Trata-se de uma cidade jovem e de crescimento acelerado. O fenômeno de ocupação urbana se confunde com a expansão industrial e populacional de Curitiba, fenômeno que se repetiu em todos os municípios da Região Metropolitana, que receberam migrantes principalmente do interior do estado à procura de um lugar para morar perto da capital.

Segundo o IBGE (2013), no ano de 1996 a cidade possuía 45.198 habitantes, no ano 2000 62.877 e no ano em curso conta com 89.037 pessoas. No ano de 2001 houve um movimento da gestão municipal para que fosse realizada uma nova contagem populacional, porque se estimava que a população era pelo menos 25% maior. Procurava-se atualizar a população oficialmente porque as verbas repassadas para o município eram realizadas com base na população residente. Ainda hoje discute-se que o número oficial está aquém do real pois a cidade continua recebendo grandes investimentos imobiliários e atraindo novos moradores a cada dia.

O crescimento populacional não foi acompanhado de investimentos em infraestrutura de saúde. No ano de 1996, o município possuía três unidades básicas de saúde e um Hospital e Maternidade de baixo risco. As urgências eram atendidas em um pequeno espaço localizado no hospital. No ano de 1997, o novo gestor manteve a mesma quantidade de unidades de saúde, porém o atendimento às urgências era realizado na Unidade de Saúde localizada no Centro de Atendimento Integral à Criança (CAIC), que funcionava parte como unidade básica e parte como pronto atendimento. Em meados de 1998, o atendimento às urgências passou a ser realizada na Unidade de Saúde Arlete Richa, que também funcionava como unidade básica.

No ano de 2001, eleito novo gestor, este ampliou o número de unidades de saúde e adotou a Estratégia Saúde da Família em todas elas. O município

passou a contar com seis unidades de saúde da família, sendo duas em área rural. A Unidade de Saúde Arlete Richa passou a funcionar exclusivamente para atendimento às urgências e emergências, passando a denominar-se Pronto Atendimento Arlete Richa. Em 2002, foi inaugurado um novo prédio construído especificamente para funcionamento de uma unidade de atendimento às emergências, denominado pela gestão como Centro de Atenção às Urgências e Emergências, porém esta denominação não foi amplamente adotada e a unidade sempre foi conhecida com Pronto Atendimento ou Posto 24 horas.

Em 2006 não havia tido mudança de gestor na última eleição. A estrutura de saúde já contava com dez Unidades de Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS tipo II, um Hospital Maternidade de baixo risco, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, uma unidade do Programa Farmácia Popular e um Pronto Atendimento.

No ano de 2009, iniciou uma nova gestão que se mantém até hoje. Na estrutura de saúde foi inaugurada mais uma Unidade de Saúde da Família. O restante da estrutura permanece a mesma. Em 2014 será inaugurada a Unidade de Pronto Atendimento – UPA porte II, sendo esta a quarta mudança da unidade de atendimento às urgências e emergências. De acordo com a Portaria GM/MS 2648/11, a UPA deve contar com: 1000 m² de área construída, atender 300 pacientes nas 24 horas, possuir quatro médicos por plantão, dispor de 11 leitos para observação e equipe interdisciplinar em número suficiente.

4.2 DESCRIÇÃO GERAL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

No atendimento pré-hospitalar, a rede de atendimento às urgências do município conta com uma ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) para as emergências clínicas e psiquiátricas, unidade composta por um condutor-socorrista e um Técnico de Enfermagem.

O Corpo de Bombeiros realiza os atendimentos às vítimas de trauma através do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências

(SIATE). A concessionária da Rodovia Régis Bittencourt também realiza atendimento às vítimas em caso de acidentes ocorridos dentro de sua área de domínio. Todos os serviços tem o Pronto Atendimento do município como referência. No caso do trauma, são recebidos apenas os casos menos graves.

Recebem-se também casos encaminhados pela assistência social, como usuários de drogas que procuram ajuda para internamento, moradores em situação de rua enquanto aguardam um local para serem encaminhados, entre outros. O município não possui local para abrigar estas pessoas e a alternativa é ocupar um leito no setor de internamento do PA.

Atualmente o PA possui 124 funcionários sendo: 24 Auxiliares de Enfermagem, 13 Técnicos de Enfermagem, 08 Enfermeiros Assistenciais, 01 Enfermeiro Coordenador, 08 Auxiliares Administrativos, 05 Auxiliares de Farmácia, 01 Farmacêutico não exclusivo, 03 Médicos por turno diurno de terça a domingo e 04 na segunda-feira, dia de maior fluxo, 02 médicos no turno noturno, 04 Guardas Municipais, 12 Auxiliares de Serviços Gerais, 09 Motoristas de Ambulância por turno, 04 Técnicos de Radiologia. O laboratório é terceirizado e atende em quatro horários no período diurno.

A unidade conta com exames de radiologia em período intermediário (9:00 às 21:00), eletrocardiograma 24h, exames laboratoriais das 8:00 às 18:00 horas realizados por laboratório contratado. Existem seis macas para observação adulto, cinco berços para observação pediátrica, nove leitos para internamento, sendo dois de isolamento, uma sala de suporte avançado de vida com duas macas, uma sala para sutura e curativos, um espaço para medicação rápida e inalação com dois ambientes.

4.3 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O PA de Fazenda Rio Grande é o único serviço de urgência e emergência 24 horas da região. Dentre os casos que atende, estão os pacientes crônicos agudizados, pacientes com doenças agudas, traumas e com queixas que poderiam ser encaminhadas para as unidades básicas de saúde, sendo esses últimos a maioria.

O número de pessoas trabalhando é insuficiente para atendimento da demanda, o que causa superlotação e conflitos interpessoais. A taxa de absenteísmo é alta, agravando a sobrecarga de trabalho. Não existe controle eletrônico de ponto, dificultando o controle da pontualidade na entrada e saída dos colaboradores.

A sala de Classificação de Risco não dispõe de equipamentos para verificação mais rápida dos sinais vitais dos pacientes, como esfigmomanômetro digital e termômetro infravermelho.

Em casos de emergências no período noturno não se dispõem de exames laboratoriais, tampouco de radiografias. O atendimento de cada paciente é feito segundo a lógica de cada médico, inexistindo protocolos clínicos.

Devido à complexidade do serviço, não se tem clareza qual é o ponto central de intervenção, assim este projeto técnico propõe essa análise.

Na figura 1 está descrito o itinerário percorrido pelo paciente ao procurar a unidade para atendimento.

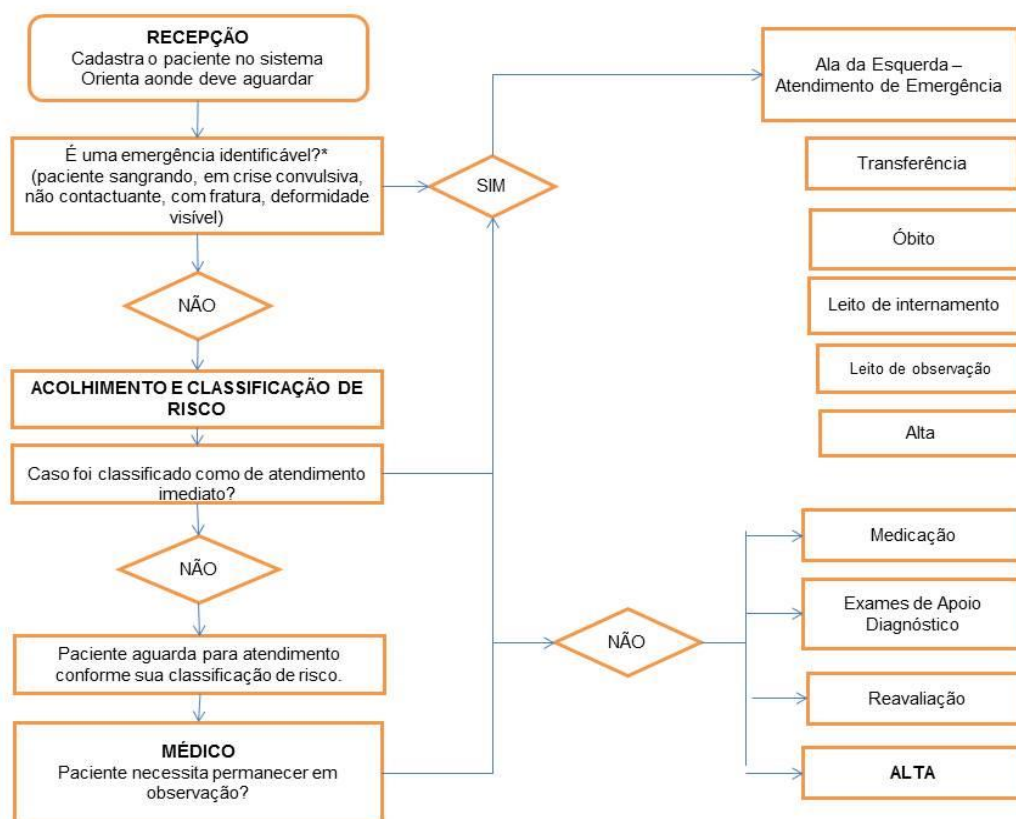


FIGURA 1 – ITINERÁRIO PERCORRIDO PELO USUÁRIO
FONTE: O AUTOR (2013)

5 PROPOSTA

Mediante o exposto, devido à complexidade do serviço não se tem clareza qual é o ponto central de intervenção. Para tanto, propõe-se a construção de um Fluxograma Explicativo, identificação de nós críticos e proposição de um Plano de Ação a partir das situações-problema identificadas a partir da minha experiência profissional vivenciada ou como ouvinte das experiências compartilhadas pelos demais profissionais da equipe.

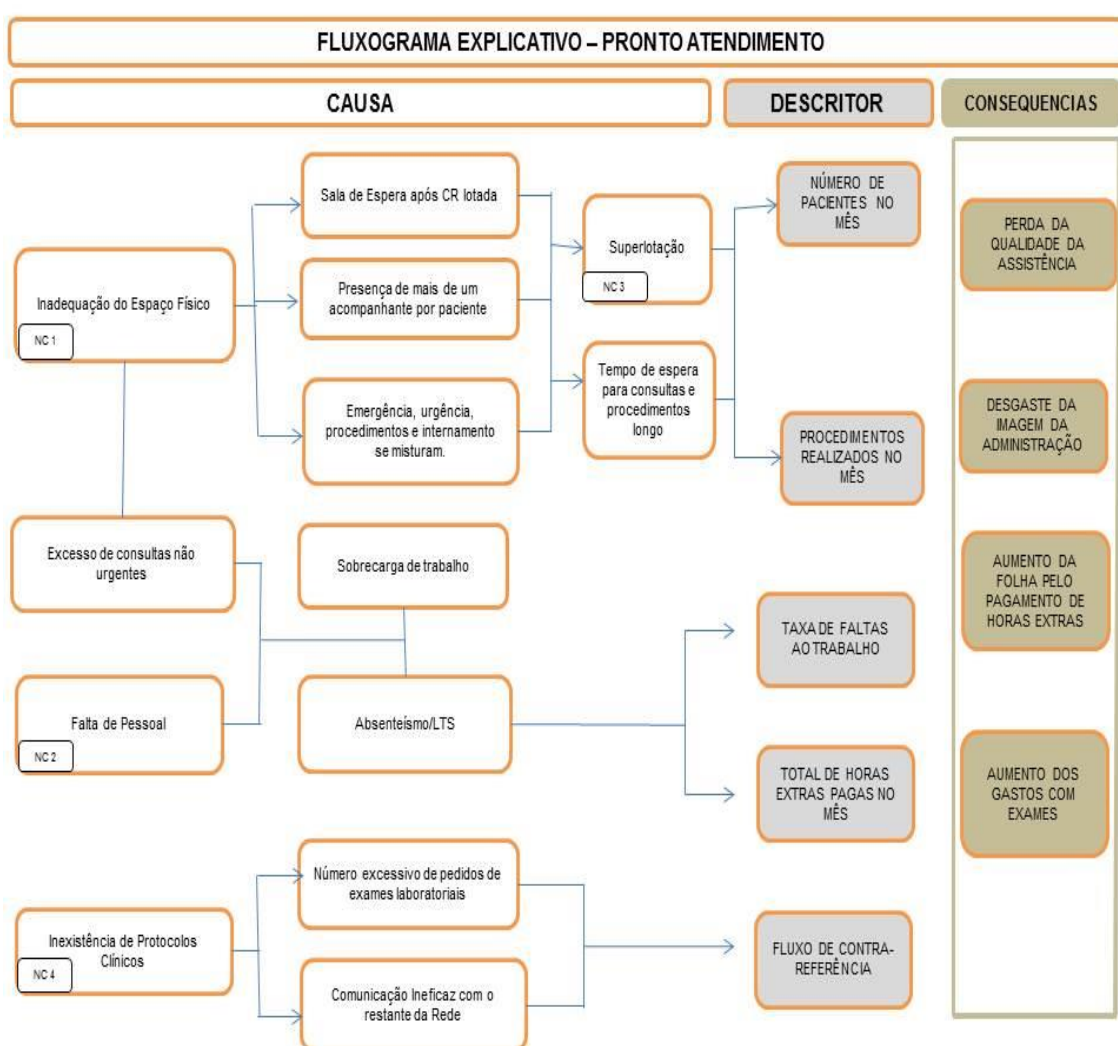


FIGURA 2 – FLUXOGRAMA EXPLICATIVO
 FONTE: O AUTOR (2013)

Identificadas as causas dos problemas, refletiu-se sobre suas consequências, definida como o impacto produzido pelo problema. Em

seguida, foram definidos os descritores para verificação do problema, conforme proposto por Dagnino (2012). A partir deste diagnóstico, foi elaborado um Plano de Ação para resolução dos nós críticos. No fluxograma obtido foram identificadas três cadeias causais e quatro nós críticos.

O primeiro nó crítico trata da inadequação do espaço físico. O modelo de construção do Pronto Atendimento não favorece que sejam feitas adequações para melhor distribuição das salas de atendimento e, com a proximidade de inauguração da UPA, a gestão não pretende realizar nenhuma mudança na estrutura atual.

Da maneira como está estruturado atualmente, as salas de atendimento estão lotadas e mal divididas, misturando procedimentos diversos em um mesmo local. Os espaços são abertos à livre circulação e não há como impedir que esteja presente mais de um acompanhante por paciente, agravando a superlotação.

O segundo nó crítico refere-se à falta de pessoal e deve ser analisada sob os aspectos quantitativos e qualitativos. As equipes vem trabalhando com o mínimo de funcionários para cobrir a escala, causando sobrecarga frente à demanda. Tratando-se de um serviço de emergência, conforme a resolução COFEN nº 293/2004, devem ser lotados nesse local apenas Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, pela complexidade do trabalho.

A falta de pessoal aliada à superlotação (terceiro nó crítico) causam sobrecarga de trabalho, conseqüentemente aumentando as taxas de absenteísmo e licenças para tratamento da saúde. Tem impacto direto na folha pelo pagamento pelo número de horas extras solicitadas para suprir a falta de pessoal.

O PA atende em média 450 pessoas por dia, dos quais existe um número significativo que poderia ser encaminhado ou ter seu problema resolvido pela Unidade Básica de Saúde.

Os resultados da superlotação são sentidos na carga de trabalho, nos conflitos diários vivenciados pela equipe, tempo longo de espera do usuário por uma consulta ou procedimento e aumento dos gastos com estrutura de apoio ao diagnóstico.

Diante da inexistência de protocolos clínicos (quarto nó crítico), cada profissional atua de um modo diferente, o que é observado quando situações

idênticas são resolvidas de maneiras diferentes. Isso também dificulta a comunicação entre os diversos componentes da Rede, no que diz respeito ao fluxo de referência e contra referência.

5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

5.1.1 Nó crítico 1: Inadequação do espaço físico

Existe a previsão para mudança de prédio para o início do ano de 2014. A nova planta é mais adequada e permite uma distribuição equitativa dos sítios funcionais e controle de entrada, saída e permanência de acompanhantes.

Na planta da UPA o espaço parece ser mais bem distribuído, porém deve-se ficar atento para que não ocorra despadronização. Isso pode ocorrer em caso de quantitativo insuficiente de pessoal, situação em que se aloca mais de uma atividade em um mesmo local. Para a nova estrutura deve-se pensar em controle do número de acompanhantes por paciente, definição de horários de visita para pacientes que ficarem em períodos maiores em observação.

5.1.2 Nó crítico 2: Falta de pessoal

Optou-se por focar o pessoal de enfermagem por ser esta a categoria com maior número de profissionais e com maior número de atividades sob sua responsabilidade. A falta de pessoal está relacionada à sobrecarga de trabalho, ao afastamento para tratamento da saúde e faltas injustificadas.

Para realizar o correto dimensionamento de pessoal, utilizou-se a resolução COFEN nº 293/2004. Após o processo de dimensionamento, tem-se a exata noção da quantidade de funcionários para lotação na UPA. Esta proposta será elaborada para lotação na UPA e não na atual estrutura.

O dimensionamento para unidades especiais, como é o caso de uma Unidade de Pronto Atendimento, é elaborada por sítios funcionais (COFEN,

2004). A UPA é composta por 11 setores, distribuídos conforme sítios funcionais detalhados no quadro 1.

Área	Cat	De 2ª a 6ª feira x 5 (Dias de semana)				Sábado e Domingo x 2 (Finais de semana)				Total de SF	
		D	T	N1	N2	M	T	N1	N2	NS	NM
ACR	NS	1	1	1	1	1	1	1	1	28	-
ACR	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
Supervisão Ala Verde	NS	1	1	1	1	1	1	1	1	28	-
Sala de ECG	NM	1	1	-	-	1	1	-	-	-	14
Sala de Procedimentos	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
Sala de Medicação Rápida	NM	2	2	2	2	2	2	2	2	-	56
Nebulização	NM	1	1	-	-	1	1	-	-	-	14
Supervisão Ala Amarela	NS	1	1	1	1	1	1	1	1	28	-
Observação Feminina	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
Observação Masculina	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
Observação Pediátrica	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
Sala de Estabilização	NS	1	1	1	1	1	1	1	1	28	-
Sala de Estabilização	NM	2	2	2	2	2	2	2	2	-	56
Expurgo	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
Remoção	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
TOTAL DE SÍTIOS FUNCIONAIS										112	336

QUADRO 1: DISTRIBUIÇÃO IDEAL DE PESSOAL DE ENFERMAGEM POR SÍTIO FUNCIONAL

FONTE: O Autor (2013).

LEGENDA: Cat (Categoria), NM (Nível Médio), NS (Nível Superior), SF (Sítio Funcional), M (Manhã), T (Tarde), N1 (Noite 6 horas), N2 (Noite 6 horas).

Para calcular o quadro de pessoal, utiliza-se a seguinte fórmula (COFEN, 2004):

$$QP (SF) = Km (SF) \times TSF$$

Onde: QP = Quantitativo de Pessoal

Km = Constante de Marinho

TSF = Total de Sítios Funcionais

Aplicando-se a fórmula temos:

$$QP (NS) = 0,3833 \times 112 = 42,9 = 43$$

$$QP (NM) = 0,3833 \times 336 = 128,79 = 129$$

O Km é pré-calculado e para unidades em regime de trabalho de 12x36 horas o valor é igual a 0,3833. Neste cálculo está inserido o índice de segurança técnica de 15%, sendo 8,33% para cobertura de férias e folgas e 6,67% para a cobertura da taxa de absenteísmo (COFEN, 2004).

A taxa de absenteísmo atual é de 13,33% para nível superior e 15,49% para nível médio. Considerando neste cálculo as horas afastadas sem justificativa e faltas abonadas com amparo legal. Ressalta-se que este cálculo é apenas aproximado, tendo em vista que não há controle eletrônico de ponto. Como proposta adicional, sugere-se que se implemente esse controle eletrônico, já que da forma atual não há meio de aferir a fidelidade de registro dos horários por parte dos servidores.

Espera-se que ao suprir os setores com quantitativo suficiente de pessoal as taxas de faltas ao trabalho diminuam, admitindo que a grande maioria destas ocorre devido estresse físico e mental, já que esta categoria desenvolve atividades que exigem esforço físico, causando problemas osteomusculares, porém esta constatação é apenas empírica e deve ser validada com estudos envolvendo os servidores para gestão do absenteísmo.

5.1.3 Nó crítico 3: Superlotação

Tendo em vista o tamanho da estrutura, é adequada a implementação de painel eletrônico com o nome do paciente que está sendo chamado para a Sala de Classificação de Risco. Para agilizar o atendimento os funcionários necessitam dispor de equipamentos que permitam a verificação rápida dos sinais vitais, como esfigmomanômetro digital e termômetro eletrônico (infravermelho) que verifica a temperatura em poucos segundos.

Alguns usuários procuram o PA referindo que enfrentaram barreiras de acesso nas unidades de saúde. Estas barreiras iniciam na forma de organização do atendimento à demanda espontânea, que funciona sob a lógica das filas. A Unidade de Saúde trabalha com a promoção da saúde e prevenção de agravos para grupos com necessidades específicas, porém existe uma grande parcela da população, composta por adultos jovens predominantemente, que não se encaixa em nenhum programa da unidade, mas que também necessita ser inserida no sistema de saúde.

Uma parte do fluxo seria desviada do PA a partir do momento em que se façam tentativas de organizar o atendimento à demanda espontânea na Unidade de Saúde, centrado nas necessidades dos usuários. Deve-se pensar em estratégias que vão além das filas que se iniciam nas madrugadas disputando poucas consultas disponibilizadas pela manhã.

Em relação aos casos agudos ou doença crônica agudizada, a equipe da unidade de saúde deveria ter condições de prestar os primeiros cuidados, porém, verifica-se que a unidade de saúde não possui estrutura física, equipamentos, materiais e capacitação para presta-lo, muitas vezes encaminhando casos considerados leves ou moderados, que poderiam ser solucionados na Unidade Básica.

A Atenção Básica, como parte integrante da Rede de Atenção às Urgências, deve participar das discussões dos fluxos da rede, auxiliando na elaboração de protocolos de fluxo do sistema, facilitando as referências e contra referências entre os níveis.

5.1.4 Nó crítico 4: Inexistência de Protocolos Clínicos

A gestão queixa-se de que os médicos solicitam exames laboratoriais em excesso, estes se queixam de que não querem ter sua atuação cerceada. Os usuários queixam-se de que saem do PA e não conseguem continuidade no seu tratamento. Estes são diversos aspectos de um mesmo problema: a inexistência de protocolos clínicos. Segundo o Ministério da Saúde (2010), os protocolos clínicos tem como objetivo estabelecer os critérios de diagnóstico e o algoritmo de tratamento e sua monitorização.

O protocolo clínico, além de definir o fluxo interno, também organiza a definição dos fluxos após a consulta de urgência. Como o PA apenas realiza o primeiro atendimento é necessário definir-se o contra referenciamento para movimentação do usuário pela Rede.

Ao definir os protocolos, a equipe técnica também terá subsídios para esclarecer à gestão a necessidade urgente da implantação de atendimento laboratorial no período noturno para as emergências.

5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

A Matriz Operacional detalha os procedimentos a serem adotados para atingir os resultados esperados. A implementação do plano não depende apenas do gestor local. Este vai necessitar de apoio de diversos atores e será necessária habilidade política para negociar com os demais gestores para o êxito das propostas.

Nó crítico	Ação	Responsável	Recursos	Apoio	Prazos
Nó crítico 1 – Inadequação do Espaço Físico	Controle do acesso dos usuários às áreas de consultas/internamentos	Guarda Municipal	Não necessita recursos adicionais	Comando da Guarda Municipal	Na inauguração
	Painel eletrônico na recepção	Gestor local através de solicitação ao nível central	Incluir no orçamento anual	Gerente de Gestão da SMS	A depender da abertura de orçamento
Nó crítico 2 – Falta de Pessoal	Alocação de pessoal em número suficiente por sítio funcional	Gestor local	Contratação ou permuta de profissionais	Gerente de RH Gerente de Gestão da SMS	Até a inauguração
	Controle eletrônico de ponto	Gestor local através de solicitação ao nível central	Solicitar à SMS	Gerente de RH	A depender de orçamento
	Dimensionamento de Pessoal	Gestor Local	Não necessita recursos adicionais		Realizado
	Estudo das causas do	Gestor local	Não necessita	Gerente de RH	Imediata

	absenteísmo		de recursos adicionais	Medicina Ocupacional	
Nó crítico 3 - Superlotação	Equipamentos digitais na Sala de Classificação de Risco	Gestor local através de solicitação ao nível central	Gestão da SMS		A depender de orçamento
	Investimento em capacitação e equipamentos para atendimento de pequenas urgências na unidade de saúde	Gestor da Atenção Básica	Incluir na previsão de cursos de capacitação	Equipe Técnica da UPA para treinamento da Atenção Básica	A depender da definição dos protocolos clínicos
	Criação de fluxos de referência/contrareferência	Gestor local Gestor da Atenção Básica	Não necessita de recursos adicionais	Gestor da Atenção Básica Direção Clínica	Imediata
Nó crítico 4 – Inexistência de Protocolos Clínicos	Elaboração de protocolos clínicos	Gestor local	Não necessita de recursos adicionais	Direção Clínica Direção Técnica Auditoria	Imediata

QUADRO 2: MATRIZ OPERACIONAL
FONTE: O Autor (2013)

5.3 - RESULTADOS ESPERADOS

Para verificar se os resultados esperados estão dentro do previsto, deve-se ficar atento a diversos indicadores, permitindo a reavaliação do plano. Alguns exemplos de indicadores:

Resultados	Indicadores
Diminuição da taxa de absenteísmo	Taxa de faltas ao trabalho
Diminuição do recurso gasto com exames laboratoriais	Relatório físico-financeiro
Diminuição das horas extras	Valor da folha de pagamento
Diminuição do fluxo de pacientes	Número de atendimentos no mês
Diminuição do tempo de espera por atendimento	Média do tempo de espera
Aumento da qualidade da assistência	Queixas registradas na Ouvidoria

QUADRO 3: RESULTADOS ESPERADOS
FONTE: O AUTOR (2013)

5.4 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

É urgente a necessidade de pensar a unidade de emergência além do atendimento ininterrupto de consultas. A superlotação do PA é um reflexo da desordem dos fluxos e das barreiras na assistência enfrentadas pelo usuário na Atenção Básica. Não é possível pensar o atendimento em saúde de maneira unilateral, porque corre-se o risco do plano funcionar apenas no papel. O estabelecimento da Rede de Atenção às Urgências, incluindo a Atenção Básica nas discussões é essencial para a elaboração e manutenção dos fluxos.

A mudança da atual estrutura para um novo prédio e o credenciamento como Unidade de Pronto Atendimento (UPA) exige a reorganização dos processos de trabalho interno e a atuação do gestor local como elemento de ligação entre as quatro equipes, tornando o trabalho mais coeso. A capacidade de articulação também deve ser exercida junto aos demais gestores, essenciais para o sucesso do Plano de Ação.

6. CONCLUSÃO

Este projeto técnico teve por objetivo construir um fluxograma explicativo e selecionar os nós críticos para enfrentamento. O trabalho no Pronto Atendimento é complexo, pela característica e volume dos pacientes atendidos e esta análise foi válida para ordenar os processos mais críticos, que, se resolvidos, resolverão uma boa parte dos problemas enfrentados diariamente.

Reflexão supõe ação e espera-se que o Plano desenvolvido seja o início de um movimento em direção a processos de trabalho melhor planejados, objetivando uma gestão mais confortável e pensada em longo prazo, antecipando-se a possíveis problemas.

REFERÊNCIAS

BARROS DM. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2473-2482, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.648, de 07 de novembro de 2011**: Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em <<http://www.brasilsus.gov.br/legislacoes/gm>>. Acesso em 17/11/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2821, de 28 de novembro de 2011**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em <<http://www.brasilsus.gov.br/legislacoes/gm>>. Acesso em 17/11/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** - 3 ed. rev. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas** - v. 1. 2 ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM n. 1451 de 10 de Março de 1995. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995.htm>>. Acesso em 11/09/2013.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 293 de 21/09/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do

Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde. Disponível em http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html. Acesso em 03/12/2013.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 423 de 09/04/2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos Disponível em http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html. Acesso em 03/12/2013.

DAGNINO, RP. **Planejamento Estratégico Governamental** – 2 ed. Reimp. - Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2012.

GARLET, ER; LIMA, MADS; SANTOS, JG; MARQUES, GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: Concepções de Profissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2009, vol.17, n.4, pp. 535-540.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Caderno Estatístico Cidades**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 11/09/2013.

KUSCHNIR, RC; CHORNY, AH; LIRA, AML. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde** – 2 ed. reimp. - Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; CAPES UABS, 2012.

MAGALHAES, AMM; RIBOLDI, CO; DALL'AGNOL, CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev. bras. enferm**. 2009, vol.62, n.4, pp. 608-612.

MARQUES, GQ; LIMA, MADS. Demandas de Usuários a um Serviço de Pronto Atendimento e seu Acolhimento ao Sistema de Saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2007, janeiro-fevereiro. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 11/09/2013.