



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALINE PETERSEN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALINE PETERSEN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof. Orientador: Antônio de Miranda Wosny

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS** de autoria do aluno **ALINE PETERSEN** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014
SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	07
2.1 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA.....	07
2.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	09
2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	12
3 MÉTODO.....	14
4 A HISTÓRIA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NORTE DA ILHA (UPA Norte).....	16
5 PROPOSTAS DE MELHORIAS.....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICE A.....	26
ANEXO A.....	29
ANEXO B.....	30
ANEXO C.....	31
ANEXO D.....	32

RESUMO

Este é um estudo qualitativo que utilizou a observação participante que tem como objetivo descrever, refletir, propor melhorias sobre o funcionamento e atendimento do enfermeiro e equipe de enfermagem na Unidade de Pronto Atendimento Norte da Ilha, localizada no município de Florianópolis. Durante o estudo foram identificadas diversas dificuldades e dentre elas a falta de informação da população referente ao processo de atendimento da unidade e ao final foi proposto material educativo para melhorar a relação população e equipe de trabalho.

1 INTRODUÇÃO

Desde 2002 o Ministério da Saúde (MS) vem percebendo a necessidade da criação de locais de atendimento às urgências e emergências, com acolhimento, primeiro atendimento qualificado e resolutivo de pequenas e médias urgências, sem referencia para estabilização de quadros graves de pacientes atendidos pelos serviços moveis de atendimento pré-hospitalar. Tais unidades foram inicialmente chamadas de Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências (BRASIL, 2002).

Considerando os problemas existentes frente às urgências e emergências o MS percebe a necessidade da criação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em 2003, implantando uma rede regionalizada e hierarquizada dos atendimentos, melhorando a organização da assistência, articulando serviços, definindo fluxos e promovendo os princípios de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2006).

Porém é em 2009 através da portaria nº 1020/2009 que são estabelecidas as diretrizes para implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a qual é definida como “estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas/Saúde da Família e Rede Hospitalar devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências” (BRASIL, 2009).

Como as UPAs são unidades que atendem com as portas abertas, realizando atendimento 24 horas e considerando a dificuldade de acesso à consulta nas Unidades Básicas de Saúde e pela agilidade de resolutividade dos problemas de saúde a população acaba buscando atendimento nessas unidades, sendo que, tal procura acaba gerando o principal problema enfrentado nesses locais de saúde que é a superlotação e isto gera inúmeros conflitos entre população e equipe de saúde.

A classificação de risco vem como ferramenta para organizar a fila de espera, dando prioridade no atendimento daqueles pacientes com maior gravidade ou grau de risco elevado (BRASIL, 2009). Tal processo é realizado por profissional enfermeiro, através de escuta qualificada, observação e aferição de sinais vitais.

Sentiu-se a necessidade da realização desse trabalho por vivenciar a mudança na forma de atendimento que passou de ordem de chegada para classificação de risco e com isso as dificuldades entre equipe de saúde e pacientes, pois esses últimos não compreendem e não foram informados de como se dá a classificação de risco.

Assim, tem-se como objetivo de pesquisa como melhorar o método da classificação de risco da Unidade Pronto Atendimento Norte (UPA Norte).

Como objetivos específicos citam-se:

- Caracterizar a UPA Norte;
- Descrever o método de classificação de risco;
- Avaliar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro na realização da classificação de risco e
- Elaborar folder explicativo sobre a classificação de risco para os pacientes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Unidade de Pronto Atendimento – UPA

As UPAs são consideradas estabelecimentos de saúde com complexidade intermediária entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar. Fazem parte da rede de atenção as urgências juntamente com as Unidades Básicas de Saúde e Rede Hospitalar. Devem ser implantadas em locais estratégicos, ter funcionamento ininterrupto por 24 horas em todos os dias da semana e possuir equipe multiprofissional interdisciplinar levando em consideração com seu porte (Brasil, 2013).

As UPAs 24 horas são unidades de saúde que priorizam o atendimento de emergência. Ali, é a gravidade do caso – e não a ordem de chegada – que determina a rapidez com que o paciente será atendido. Por isso, casos que não seja urgência podem demorar mais a receberem atendimento numa UPA (www.pmf.sc.gov.br/noticias/?pagina=notpagina¬i=5113).

A população a ser atendida deve estar de acordo com um dos 3 (três) portes de UPA estabelecidos pela legislação vigente. Para tanto será considerado a extensão territorial e densidade populacional, outros serviços de atendimento 24 horas, quantidade e duração de população sazonal do território e dados de demanda reprimida de atendimento de urgência e emergência (Brasil, 2013).

A portaria nº 342/2013 redefine as diretrizes de implantação das UPAs dentro da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Assim, estabelece como competência das UPAs na RUE:

- I – Acolher usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;
- II – Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;

III – Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando investigação diagnóstica inicial de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

IV – Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;

V – Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

VI – Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

VII – Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

VIII – Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos;

IX – Manter pacientes em observação, por período até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

X – Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso IX do “caput”;

XI – Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

XII – Contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e

XIII – Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassem a capacidade instalada da unidade.

“A unidade de pronto-socorro possui uma demanda espontânea, muitas vezes maior que a prevista, resultando em condições de trabalho nem sempre adequadas, decorrentes de uma dinâmica intensa de atendimentos necessitando obrigatoriamente de uma equipe de enfermagem estruturada e capacitada, tanto quantitativamente quanto qualitativamente (OHARA, MELO e Laus, 2010, p. 750).

Pool et al. (2008, p. 512) falando sobre as unidades de emergência diz que:

“[...] o que vemos na prática em relação a estas unidades, é que estão, na maioria das vezes, estruturalmente desorganizadas e despreparadas para atender ao que se propõem e, principalmente, sem profissionais suficientemente capacitados e amparados para atuarem e acolherem a população acometida por trauma decorrente de acidente ou

violência. Ou seja, os profissionais têm de enfrentar dificuldades decorrentes da burocratização do serviço e da cristalização das questões organizacionais, com repercussões éticas, tais como: superlotação de usuários, sobrecarga de trabalho, carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos, estrutura física inadequada, precariedade e ausência de equipamentos e de materiais para o necessário atendimento, dentre outros.”

Como o atendimento nas UPAs se faz por livre demanda, todos os pacientes independente do quadro em que se encontram são acolhidos e recebem atendimento médico nestas unidades, indo desde pacientes que por dificuldades de atendimento na Atenção Básica à Saúde até quadros efetivamente de urgência e emergência.

Porém, por outro lado Giglio-Jacquemont (2005) afirma que urgência e emergência pode ter vários significados dependendo de onde buscamos seu conceito, mas que mesmo sem o conhecimento biomédico os pacientes que buscam atendimento nos pronto socorros acreditam que a sua situação é urgente.

Sendo assim, Giglio-Jacquemont (2008, p. 8) diz:

“se uma parte importante das pessoas que vão aos pronto-socorros ou que chamam as centrais de emergência acham que seu caso (ou de alguém) é urgente no momento em que os profissionais de saúde pensam o contrário, é porque certamente solicitante e profissionais têm uma percepção muitas vezes diferente da urgência/emergência. E aí, não é que ‘o povo é ignorante’, ‘não sabe o que é urgente’, como é comum ouvir dos especialistas que atuam na área da urgência/emergência que, com esses comentários, tiram dos leigos usuários qualquer entendimento do que pode ser uma urgência/emergência. Simplesmente é mais provável que ‘o povo’ não compartilhe a mesma concepção técnica, biomédica, da urgência. Dessa, é bem provável que ele seja em parte ignorante. Mas nem por isso deixa de haver representações da urgência que os profissionais da urgência ignoram.”

2.2 Acolhimento com Classificação de Risco

A inadequação entre oferta e demanda de serviços de saúde, assim como a falta de acesso regular à saúde para a população fazem com que os serviços de urgência/emergência fiquem superlotados ocasionando desgastes para a equipe de saúde, desentendimentos entre equipe e população e atendimento das demandas de responsabilidade da Atenção Básica.

Ohara, Melo e Laus (2010, p. 750) já afirmam que

“No Brasil, o fluxo invertido de pacientes entre os serviços de saúde da rede básica e os serviços da alta complexidade resultam frequentemente em situações de superlotação dos pronto-socorros que passaram a ser o principal local de triagem dos serviços de saúde, sobrecarregando a equipe multidisciplinar desses serviços.”

Buscando melhorar a qualidade da assistência e estimulando a participação de gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS o Ministério da Saúde instituiu em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), HumanizaSUS.

Para Rossaneis et al. (2011, p. 651) “humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova ações, campanhas, programas e políticas assistenciais.”.

Dentre as diretrizes de maior relevância no HumanizaSUS está o acolhimento que o Ministério da Saúde define como ação técnico-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). Ainda complementando o conceito de acolhimento Sardá (2013, p.14 citando Gomes e Pinheiro, 2005, p.46) diz,

“o acolhimento é um modo de operar os processo em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos clientes. Implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização.”

Então, podemos concluir que sendo o acolhimento entendido como um processo de escuta do que o paciente vem buscar e em dar resposta que solucionem suas questões, todos os envolvidos com o trabalho daquela unidade devem realizar o acolhimento, portanto ele é responsabilidade de todos os profissionais daquele local de saúde. Para o Ministério da Saúde “o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas o compartilhamento de saberes, angustias e invenções” (Brasil, 2009, p. 18).

Tendo em vista que os serviços de urgência/emergência tem atendimento em livre demanda, onde independente do tempo de espera os pacientes tem seus problemas resolvidos, resultando em superlotação e inúmeros desentendimentos entre população e equipe geralmente devido o grande número de horas para atendimento. Assim, o Ministério da Saúde desde 2002 vem falando da triagem classificatória nas portas de entrada das emergências hospitalares (Brasil, 2006).

Mas é em 2009 que a classificação de risco surge como ferramenta para organizar a fila de espera, propondo uma ordem de atendimento que não a ordem de chegada. Tem como objetivo atendimento mais rápido dos pacientes com grau de risco alto, informar tempo de espera para paciente e familiares dos que não tem risco elevado, trabalho em equipe, avaliação contínua

do processo, melhores condições de trabalho, aumento da satisfação dos usuários, implantação do cuidado horizontalizado, pactuação e construção de redes internas e externas de atendimento (Brasil, 2009).

Quanto a satisfação dos pacientes Azevedo e Barbosa (2007) dizem que o usuário fica satisfeito quando seu problema é resolvido e classifica o serviço de forma positiva, porém se ele sente que seu problema não foi totalmente solucionado acredita que aquele serviço não é de qualidade. Podemos também incluir aqui o tempo de espera, pois quanto mais demora no atendimento menos credibilidade os paciente dão ao serviço.

Para Mafra et al. (2005) os resultados esperados com a classificação de risco são: diminuir o risco de mortes evitáveis, acabar com a triagem por profissionais não qualificados, priorizar pacientes utilizando critérios clínicos e não mais a ordem de chegada, resultando em maior eficácia de atendimento, diminuição do tempo de espera dos casos mais graves.

Atualmente a classificação de risco já se faz presente nas unidades de urgência/emergência, sendo instrumento necessário para implantação das UPAs.

“O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das praticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas” (Brasil, 2009, p. 28).

Para o Ministério da Saúde o enfermeiro é o profissional que deve realizar a classificação de risco já que não se trata de realizar diagnóstico e liberar ninguém sem atendimento médico e geralmente está baseado em protocolos respaldados pela equipe médica (Brasil, 2009). Assim, em 2012 o Cofen (Conselho Federal de Enfermagem) através da portaria nº 423 estabeleceu como atividade privativa do enfermeiro a classificação de risco, por se tratar de um processo complexo, no qual são necessários competência técnica e científica em sua execução. Além de que o enfermeiro deve ser dotado de conhecimentos, competências, habilidades para garantir o rigor técnico-científico do processo de classificação.

Devemos lembrar que durante o Acolhimento com Classificação de Risco o enfermeiro deve estar atento tanto ao sofrimento físico quanto ao psíquico, deve assumir uma postura acolhedora, realizar escuta qualificada, procurando sempre dar encaminhamentos e respostas resolutivas para os problemas dos pacientes e familiares que buscam atendimento (Brasil, 2009). “Assim, os enfermeiros devem considerar que a utilização do sistema de classificação de pacientes deve ser implantada como método de gestão para melhor priorizar e reorganizar o fluxo de pacientes” (Lopes, 2011, p. 27 citando Ohara et al. 2010).

“Estudos de Azevedo e Barbosa referem que a importância do serviço de triagem está, principalmente, em identificar e prevenir os quadros agudos que implicam risco à vida,

assim, tem a finalidade de avaliação inicial, seleção e encaminhamento do cliente às unidades/especialidades adequadas à assistência. A triagem é mais do que classificar doentes, é também garantir o direito à cidadania, é resgatar os princípios do SUS, acolhendo e orientando” (Lopes, 2011, p. 27 citando Azevedo e Barbosa, 2007).

Cada instituição deve criar seu próprio protocolo de classificação de risco de acordo com as necessidades locais, porém podem ser baseados nos protocolos já existentes. Segundo protocolo do Ministério da Saúde a organização dos espaços e seus usos e para clareza no entendimento, sugere a divisão em pelo menos dois eixos: o eixo vermelho, do paciente grave, com risco de morte e o eixo azul, do paciente aparentemente não grave, mas que precisa ou procura atendimento de urgência.

Cada eixo é constituído de diferentes áreas, de acordo com a classificação do paciente, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes (Brasil, 2009).

2.3 Rede de Atenção a Saúde e Rede de Atenção as Urgências

A portaria nº 4279/2010 que estabelece as diretrizes da Rede de Atenção a Saúde nos diz que “a Rede de Atenção a Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

O objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e eficiência econômica (Brasil, 2010).

É caracterizada por relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), compreendido como primeiro nível de atenção, com função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde (Brasil, 2010).

Como pontos de atenção à saúde entende-se os espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, indo desde os domicílios, unidades básicas de saúde a unidades dentro de um hospital, como maternidade, centro cirúrgico, ambulatório, dentre outros setores.

“O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir de oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros” (Brasil, 2010).

Então, viu-se a necessidade de se criar a RAS pela evidente dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (Brasil, 2010).

A portaria nº 1600/2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS fala que

“a organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna”.

“O acolhimento com classificação de risco, a qualidade e a resolutividade na atenção consiste à base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a Rede de atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção” (Brasil, 2011).

A PNAU coloca as unidades básicas de saúde, o programa saúde da família e o programa agentes comunitários de saúde como integrantes do sistema de urgência e emergência, onde devem dar o primeiro atendimento, estabilizando o usuário e posterior encaminhamento a serviço de maior complexidade. Porém essa orientação da PNAU não é aplicada na nossa realidade (Nascimento, 2011).

3 MÉTODO

Acreditando que todo indivíduo deve ter acesso a informação e considerando que a falta desta ocasiona diversos desentendimentos entre população e equipe de trabalho, tem-se como objetivo a elaboração de um folder explicativo sobre a unidade, suas regras e rotinas, que servirá para conscientizar a população sobre o atendimento na UPA Norte (Unidade de Pronto Atendimento Norte).

A UPA Norte é uma unidade que atende sob livre demanda todas as pessoas que chegam até ela, conta com profissionais na área de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, odontologia, serviço social e enfermagem. O atendimento é feito exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as demandas atendidas vão desde situações ambulatoriais da Atenção

Básica à Saúde, problemas sociais até situações de urgência/emergência. Está localizada ao lado do TiCan (Terminal de Integração de Canasvieiras) o que facilita a chegada/deslocamento da população a unidade.

Para o desenvolvimento desse projeto foi utilizada toda experiência profissional na prática diária desde 2009, já que o pesquisador está inserido na rotina da unidade. Para coleta de dados também foi utilizado o sistema de informação/prontuário eletrônico do paciente adotado pela secretaria municipal de saúde (Infosaúde), além das conversas com a equipe de profissionais e as dificuldades encontradas durante a realização do trabalho diário.

Cabe lembrar que, por não se tratar de pesquisa, onde não foram utilizados dados sobre sujeitos ou descrição sobre atendimentos assistenciais, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Trata-se de um projeto com abordagem qualitativa, onde se trabalha com dados subjetivos procurando apreender o cotidiano dos pesquisados.

Jacobsen (2011, p. 60-61 apud Roesch, 1999, p.155) diz que a pesquisa qualitativa é ideal para realizar uma

[...] avaliação formativa, quando se trata de melhorar a efetividade de um programa, ou plano, ou mesmo quando é o caso da proposição de planos, ou seja, quando se trata de selecionar metas de um programa e construir uma intervenção, mas não é adequada para avaliar resultados de programas ou planos.

Para Barbosa e Campos (201, p.754)

A necessidade em compreender a existência de fenômenos que cercam o processo entre a saúde e o adoecer, vivenciados pelos pacientes/clientes em seu completo significado, torna tal método muito eficaz, pois consegue trazer o que antes era subjetivo à realidade contextual e interpretativa da ciência.

A abordagem qualitativa refere-se a estudos que buscam significados, a representações, as simbolizações, as percepções e o ponto de vista do sujeito estudado, o que a torna uma abordagem com pressupostos conceituais muito diferentes dos assumidos pelos métodos pautados pelo paradigma quantitativo.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a observação participante, onde o pesquisador está inserido no ambiente pesquisado e utiliza-se dessa experiência e das relações estabelecidas nesse meio para coletar os dados.

Para Jacobsen (2011, p.76 apud Roesch, 1999, p. 158-168) na “observação participante os dados são obtidos através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado”.

A observação participante é uma das técnicas muito utilizadas pelos pesquisadores que adotam a pesquisa qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento ao qual fomos formados [...] (Queiroz et al., 2007, p. 278).

4 A HISTÓRIA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NORTE DA ILHA (UPA Norte)

A UPA Norte está localizada no bairro Vargem Grande ao lado do TiCan, foi inaugurada em 2009 com uma área física de mais de 900 m², passando por reforma em 2012 para ampliação da área física. É classificada de acordo com a legislação de implantação das UPAs como porte II.

Apesar de receber a classificação de porte II esta unidade sempre atendeu acima da sua capacidade, conforme notícia publicada no Portal Saúde em fevereiro de 2009 referente a inauguração da UPA, diz que a unidade funcionará com o objetivo de acabar com a superlotação dos hospitais e reduzir as filas para atendimento. A capacidade diária de atendimento é de 500 pacientes e com área física de 900 metros quadrados. O quadro de funcionários será de cerca de 100 profissionais.

Considerando que em 2009 pela portaria nº 1020 uma UPA de porte II deveria atender em 24 horas entre 151-300 pacientes, de acordo com dados do Infosaúde no primeiro mês de atendimento da UPA Norte a média de atendimentos diário foi de 386 pacientes (anexo A). Em janeiro do corrente ano foi publicada a portaria nº 104 e nela afirma-se que a média de atendimento em 24hs para uma UPA porte II é de 250 pacientes, porém no mês de janeiro de 2014 a média de atendimentos diários na UPA norte foi de 829 pacientes (anexo B), ultrapassando, e consideravelmente, inclusive a média de atendimentos para UPA porte III.

Inicialmente o atendimento era realizado por ordem de chegada, porém no inverno de 2009 em meio à pandemia de gripe A e conseqüente aumento da demanda, sentiu-se então a necessidade de iniciar a classificação de risco para ordenar a fila de espera, porém não houve treinamento dos profissionais e nem mesmo informação à população sobre a implantação de tal processo. O que conseqüentemente gerou e ainda gera conflitos entre população e equipe.

Como o processo de classificação era novo e de acordo com o protocolo municipal criado, toda a equipe de enfermagem era responsável por realizar a classificação de risco. Mas, a partir de 2012 passou a ser atividade exclusiva do enfermeiro após a publicação da portaria Cofen nº 423.

Por estar localizada em uma região de praias contamos todo o ano durante o verão com grande aumento da população adstrita, além do que percebemos também que a população local vem crescendo e a equipe de profissionais pouco mudou nesses 5 (cinco) anos. A equipe médica até foi ampliada, porém a equipe de enfermagem continua praticamente a mesma.

Ainda que exista a sazonalidade e esta deva ser considerada para ampliação da equipe, conforme citado na legislação (portaria nº 342/2013), o que acontece na nossa prática é exatamente o contrário. Mesmo quando durante o verão em alguns dias tivemos mais de 1000 (um mil) atendimentos em 24 horas não houve ampliação das equipes. Porém, tal atitude gera aumento de trabalho para a equipe, diminuição da qualidade atendimento prestado, estresse para a equipe, aumento do tempo de espera para atendimento, desmotivação da equipe, afastamento dos profissionais por motivo de doença e conseqüente conflitos entre população e equipe.

Além das dificuldades com os recursos humanos, ainda temos que conviver com a escassez e/ou falta de recursos materiais básicos para a realização do adequado atendimento a população. O sucateamento dos equipamentos também está presente no dia a dia da unidade, pois muitas vezes não são realizadas manutenções preventivas, porém isso resulta algumas vezes na retirada do equipamento do local deixando a população sem acesso a tal atendimento. O caso clássico da unidade é quanto ao aparelho de eletrocardiograma (ECG), como a unidade conta com apenas 1 (um) aparelho de ECG muitas vezes ele deixa de funcionar e alguns pacientes deixam de ter um diagnóstico completo na unidade pela falta de equipamento.

Apesar de a unidade está há quase 5 (cinco) anos utilizando a classificação de risco como ferramenta para ordenação de atendimento, em nenhum momento houve treinamento e/ou capacitação da equipe de profissionais. Foi-nos passado o protocolo municipal, que deveria ser aplicado em todas as instituições de saúde do município, para leitura. Na mesa da sala de acolhimento e classificação de risco foi colocado um resumo das situações de risco de acordo com a cor de classificação para que os profissionais se embasem.

O grande problema enfrentado pelos enfermeiros na realização da classificação de risco é que algumas situações, descritas no resumo encontrado na sala de acolhimento, tem uma interpretação subjetiva onde cada enfermeiro se utiliza dos seus conhecimentos, crenças, bom senso e observação para realizar a classificação. Portanto, o que se observa é que a mesma situação recebe classificação de risco diferente dependendo do enfermeiro que esteja realizando tal atividade, gerando assim conflitos entre enfermeiros, enfermeiros e equipe de enfermagem e

enfermeiros e equipe médica, já que não existe um protocolo bem delimitado para que não ocorram múltiplas interpretações (Anexo C).

Além da falta de treinamento para realização da classificação de risco percebe-se que não existem capacitações, treinamentos e muito menos educação continuada para o serviço de urgência/emergência, porém é sabido que o município oferece esse recurso para Atenção Básica. Tal atitude faz com que se observem profissionais despreparados, desqualificados, desinteressados, desmotivados e desestimulados a buscar melhorar-se profissionalmente. Não existe interesse por parte da secretaria, em oferecer e/ou estimular a qualificação profissional, o que gera baixa na qualidade do serviço ofertado e estímulo para profissionais.

O protocolo municipal utilizado foi baseado em outros protocolos já existem e segue o fluxo abaixo



Figura 1: Fluxograma de atendimento paciente na chegada a UPA Norte
Fonte: Florianópolis (2014)

Apesar de o Ministério da Saúde sugerir que a área física conte com áreas diferentes para as diferentes cores de classificação, a nossa unidade não dispõe de tal recurso, o que ocorre é que aqueles considerados vermelhos entram direto para a sala de reanimação e os demais pacientes aguardam na recepção para acolhimento com classificação de risco. Após a

classificação aqueles que receberam a cor amarela aguardam atendimento sentados em frente aos consultórios dos clínicos ou em maca, dependendo da situação. Porém se recebem a cor verde ou azul retornam para a recepção e aguardam por sua vez para atendimento médico. Nos dias em que a unidade conta com 3 (três) clínicos os classificados em verde aguardam no 1º andar a sua vez de atendimento. Não existe nenhuma forma de identificação de cor para ou nos pacientes, o que muitas vezes os fazem acreditar que um está passando na frente do outro pela falta de informação sobre o método de trabalho utilizado (Anexo D).

Além de todo o trabalho referente aos atendimentos diários da unidade nos finais de semana e feriados ainda são assumidas demandas da Atenção Básica como realização de curativos, aplicação de medicamentos e entrega de medicamentos (antibióticos) para os pacientes moradores de Florianópolis atendidos na UPA. Também é comum a procura de atendimento para situações que não deveriam estar nessas unidades como solicitação de atestados, troca de receitas, para mostrar exames externos, realização de exames de rotina, entre outros; e a principal queixa dos pacientes é a dificuldade para agendar consulta ou falta de profissionais médicos nas unidades básicas.

5 PROPOSTAS DE MELHORIA

Diante do exposto existem alguns pontos relevantes a serem discutidos, assim como propostas para a melhoria do serviço e qualidade do atendimento.

1. Elaboração de um protocolo bastante delimitado onde não se possam gerar múltiplas interpretações, criando assim uma homogeneidade no atendimento.
2. Treinamento para os profissionais envolvidos na classificação de risco para que sejam estabelecidos critérios de classificação e todos utilizem a mesma linguagem na unidade.
3. Estímulo e oferta de capacitações e treinamentos referentes a urgência/emergência para a equipe de profissionais para que os mesmo se sintam estimulados quanto a ampliação de seus conhecimentos.
4. Iniciar educação continuada dentro da unidade, melhorando assim as relações de trabalho e interpessoais.
5. Ampliação do número de equipamentos e recursos materiais, realização de manutenção preventiva com rotina pré-estabelecida e não somente quando os equipamentos apresentam algum problema, para que o atendimento seja sempre de qualidade.
6. Elaboração de material informativo para a população sobre o funcionamento da UPA e a classificação de risco, tornando assim a população consciente de como será realizado seu atendimento.
7. Criação de identificação dos pacientes de acordo com a sua classificação para que os mesmo identifiquem entre si as diferenças de risco para atendimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão acerca do atendimento de urgência/emergência e a observação participante na UPA Norte foi necessária para se constatar a importância de tal unidade dentro do setor saúde. Embora inúmeras dificuldades terem sido percebidas durante a elaboração desse projeto como a falta de treinamentos e educação continuada, dificuldades equipamentos, recursos humanos e matérias, falta de informação para a população, podemos destacar que o empenho dos profissionais que atuam na unidade buscando sempre realizar um trabalho de qualidade é muito gratificante.

Considerando a informação parte importante do trabalho na área da saúde e como contribuição para esse projeto, foi elaborado um material informativo sobre a forma de trabalho e rotinas da unidade (Apêndice A).

REFERÊNCIAS

_____. **PORTARIA COFEN nº 423/2012**. Disponível em http://novo.portalcofen.gov.br/Resoluo-cofen-n-4231012_8956html acesso em 24/01/2014 às 11:48hs.

AZEVEDO, A. L. de C. S.; LEMOS, A. P. P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. **Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(4):736-45. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6585/8497>. Acesso em 17/03/2014 às 15:58hs.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. **Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários**. R. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 33-39, 2007. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a05.pdf>. Acesso em 10/02/2014 às 14:05hs.

BASSORA, J. B.; CAMPOS, C. J. G. **Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 out/dez; 12(4): 753-760. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.5804>. Acesso em 18/03/2014 às 21:50hs.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed., 5 reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**/Ministério da Saúde. 3. Ed. Ampl. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde inaugura primeira UPA em SC**. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-anteriores-agencia-saude/461>-. Acesso em 13/01/2014 às 12:20hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servicos_2009.pdf. Acesso em 24/01/2014 às 15:50hs

BRASIL. **Portaria nº 1020**, 15 de maio de 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html. Acesso em 09/04/2014 às 09:48hs.

BRASIL. **Portaria nº 104**, 15 de janeiro de 2014. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt_0104_15_01_201.html. Acesso em 09/04/2014 às 09:41hs.

BRASIL. **Portaria nº 1600**, de 7 de julho de 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm.../2011/prt1600_07_2011.html. Acesso em 13/01/2014 às 17:49hs.

BRASIL. **Portaria nº 2648**, de 07 de novembro de 2011. Disponível em <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110386-2648.html>. Acesso em 13/01/2014 às 12:00hs.

BRASIL. **Portaria nº 342**, de 4 de março de 2013. Disponível em http://bvsmms.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em 13/01/2013 às 10:30hs.

BRASIL. **Portaria nº 4279**, de 30 de dezembro de 2012. Disponível em <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>. Acesso em 13/01/2014 às 16:55hs.

FLORIANÓPOLIS. **Saiba como funciona o atendimento nas UPAs 24 horas**. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/?pagina=notpagina¬i=5113>. Acesso em 24/01/2014 às 11:42hs.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. da S.; SANTOS, J. L. G. dos; MARQUES, G. Q.. **Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 266-72. Disponível em <http://www.sciel.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>. Acesso em 17/03/2014 às 16:18hs.

GIGLIO-JACQUEMONT, A. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

JACOBSEN, A. de L. **Metodologia do trabalho científico**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/CSE/UFSC: Editora: Fundação Boiteux, 2011. – (Gestão da Saúde Pública).

LOPES, J. B. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de saúde**: revisão integrativa. Porto Alegre: 2011. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/37529>. Acesso em 17/03/2014 às 16:22hs.

MAFRA, A. A.; BELEZIA, F. B., SHIMAZATI, M. E.; BARBOSA, Y. R.; RATES, S. M. M.; NORONHA, R.; ROCHA, M. O. C. **Protocolo acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada de urgências e emergências do Sistema Único de Saúde em Belo**

Horizonte. Minas Gerais: 2005. Disponível em http://www.gbacr.com.br/images/stories/Documentos/protocolo_de_acolhimento.pdf. Acesso em 21/01/2014 às 09:13hs.

NASCIMENTO, E. R. P. do et al. **Classificação de risco na emergência:** avaliação da equipe de enfermagem. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011, v. 19, n. 1, p. 84-88. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>. Acesso em 17/03/2014 às 17:00hs.

OHARA, R.; MELO, M. R. A. da C.; LAUS, A. M. **Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro.** Rev. Bras. Enferm. [online] 2010, vol. 63, n.5, pp. 749-754. ISSN 0034-7167. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500009>. Acesso em 17/03/2014 às 17:49hs.

POLL, M. A.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. **Atendimento em unidades de emergência:** organização e impressões éticas. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000300021&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 17/03/2014 às 18:15hs.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. **Observação participante na pesquisa qualitativa :** conceitos e aplicações na área da saúde. R. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2): 276-283. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>. Acesso em 18/03/2014 Às 21:15hs.

ROSSANEIS, M. A.; HADDAD, M. C. L.; BORSATO, F.G.; VANNUCHI, M.O.; SENTONE, A.D.D. **Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público.** Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10182/10195>. Acesso em 17/03/2014 às 18:39hs.

SARDA, M. E. **Acolhimento de Enfermagem com Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto Atendimento.** In: PEREIRA, Maurício Fernandes et al. (Org). Contribuições para a gestão do SUS. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. P. 13-24. (Coleção Gestão da Saúde Pública, vol. 13). Disponível em <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Volume-13-Artigo01.pdf>. Acesso em 24/01/2014 às 13:10hs.

APÊNDICE



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NORTE DA ILHA UPA NORTE



Fonte:

<http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=6544>

<http://bvsmis.saude.gov.br/>

Elaborado por:

Aline Petersen

Enfermeira da UPA Norte

- Para retirada de pontos;
- Para troca de sondas;
- Para realizar curativos, medicações e nebulização durante a semana quando os Centros de Saúde estão em funcionamento;
- Para verificar/controlar pressão e glicemia (diabetes), os mesmos devem ser realizados SOMENTE nos Centros de Saúde;
- Para consultas ambulatoriais/acompanhamento com pediatra;
- Para solicitar leite para crianças;
- Para orientação sobre alimentação para bebês/crianças;
- Para limpeza de dente;
- Para extração (arrancar) dentes.

A Unidade de Pronto Atendimento Norte da Ilha (UPA Norte) foi inaugurada em 2009, é a unidade de saúde que está entre a Atenção Básica à Saúde (Centro de Saúde) e a Rede Hospitalar (Hospitais).

Conta com equipe capacitada para atender urgências/emergências 24 horas todos os dias

Quando **NÃO** procurar a UPA Norte

- Para pegar atestado;
- Para mostrar exames realizados fora da UPA;
- Para consultas de rotina;
- Para realizar exames de rotina;
- Para trocar receitas;

da semana, inclusive feriados. A equipe é composta por profissionais nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, enfermagem, odontologia, farmácia, radiologia e serviço social. Além dos serviços terceirizados no setor de vigilância e higienização.

A unidade realiza classificação de risco para ordenar a fila de espera onde a gravidade do caso apresentado pela pessoa que procura a UPA vai determinar a sua classificação e conseqüente tempo de espera.

A classificação de risco é realizada pelo (a) enfermeiro (a) e considera sinais e sintomas citados pelo paciente, observação e escuta qualificada e sendo necessário aferição de sinais vitais (pressão, temperatura, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, frequência respiratória e glicemia).

Quais as cores utilizadas na classificação de risco?

Vermelho

NÃO será submetido à classificação de risco. Irão e serão atendidos imediatamente na sala de emergência

Amarelo

O paciente que recebe essa classificação tem seu caso

Verde

O paciente com essa classificação tem seu caso considerado uma urgência menor, aguardará atendimento médico em cadeira, sendo atendido após os vermelhos e amarelos.

Azul

São considerados casos ambulatoriais, aguardaram atendimento médico em cadeira. São atendidos após os casos classificados em vermelho, amarelo e verde.

Rotinas da UPA Norte

É permitido 1 (um) acompanhante **SOMENTE** para os pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 anos, os demais acompanhantes devem aguardar na recepção. Na sala de medicação para adultos devido à pequena área física NÃO são permitidos acompanhantes, os mesmo devem aguardar na sala de espera.

Nos finais de semana e feriados são realizados curativos **SOMENTE** das 8:00 às 11:00hs.

m são administrados

medicações (exceto anticoncepcionais), realizadas nebulizações, todos com apresentação de prescrição médica. Nos finais de semana e feriados são entregues antibióticos para os pacientes moradores de Florianópolis e atendidos na UPA Norte.

Os exames laboratoriais realizados na UPA Norte devem ter resultado retirado em um prazo de 24 horas.

Todos os pacientes para atendimento na clínica médica são atendidos pela classificação de risco, exceto os casos de urgência que são prontamente atendidos e os trazidos pelas ambulâncias do SAMU ou Bombeiros.

ANEXOS

ANEXO A – TABELA NÚMERO DE ATENDIMENTOS FEV-MAR/2009



PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
86 - UPA NORTE DA ILHA

Número de Consultas

Por Especialidade
Período: 04/02/2009 à 05/03/2009

ESPECIALIDADE	AGENDADAS	REALIZADAS	NÃO ATENDIDAS POR FALTA DO PACIENTE
Assistente Social	0	23	0
Cirurgia Geral	0	1.426	56
Cirurgia Plastica	0	187	0
Clínico Geral	0	5.456	593
Enfermagem	0	289	1
Odontologia	0	779	3
Pediat/ Neuro	0	190	41
Pediat/ Nutri	0	312	8
Pediatria	0	2.080	139
Total :	0	10.742	841

Fonte: Florianópolis (2014)

ANEXO B – TABELA NÚMERO DE ATENDIMENTOS JAN/2014



PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
86 - UPA NORTE DA ILHA

Número de Consultas

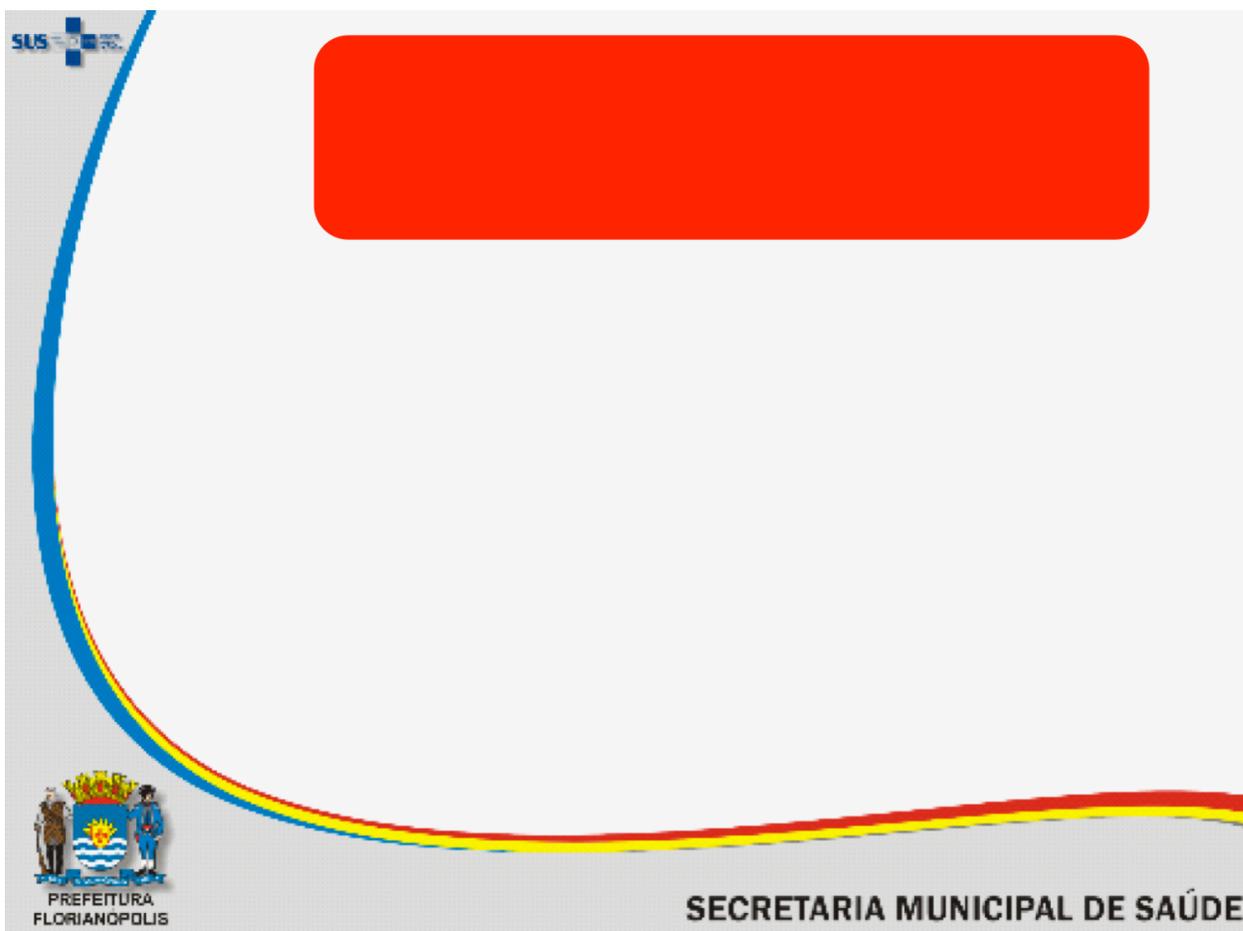
Por Especialidade

Período: 01/01/2014 à 31/01/2014

ESPECIALIDADE	AGENDADAS	REALIZADAS	NÃO ATENDIDAS POR FALTA DO PACIENTE
Assistente Social	0	42	0
Cirurgia Geral	0	1.812	60
Clínico Geral	0	7.460	708
Enfermagem	0	8.499	466
Farmácia	0	432	0
Gastroenterologia	0	271	66
Médico Família	0	235	40
Odontologia	0	683	14
Pediatria	0	4.793	129
Total :	0	24.227	1.483

Fonte: Florianópolis (2014)

ANEXO C – SITUAÇÕES DE RISCO E SUA RESPECTIVA CLASSIFICAÇÃO



Fonte: Florianópolis (2014)

ANEXO D – CORES UTILIZADAS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fonte: Florianópolis (2014)