

JAINARA DE OLIVEIRA MULLER

**AGLOMERAÇÃO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: INFORMAÇÃO
COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO**

TUBARÃO, 2018

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA UNIVERSIDADE
ABERTA DO BRASIL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

JAINARA DE OLIVEIRA MULLER

**AGLOMERAÇÃO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: INFORMAÇÃO
COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO**

Projeto de Intervenção submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Professor Orientador: Dr. Antônio Marcos Feliciano

TUBARÃO, 2018

Muller, Jainara

Aglomeración na emergencia Hospitalar: Informação como Estratégia de Enfrentamento / Jainara Muller ; orientação de Antonio Marcos Feliciano. - Florianópolis, SC, 2018.

40 p.

Projeto de Intervenção (Especialização) - Instituto Federal de Santa Catarina, Câmpus Florianópolis. Especialização em Gestão em Saúde. Departamento Acadêmico de Saúde e Serviços. Inclui Referências.

1. Aglomeração. 2. Unidades de Saúde. 3. Emergências . I. Marcos Feliciano, Antonio . II. Instituto Federal de Santa Catarina. Departamento Acadêmico de Saúde e Serviços. III. Título.

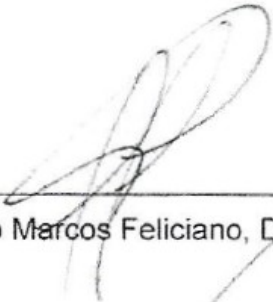
AGLOMERAÇÃO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: INFORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

JAINARA DE OLIVEIRA MULLER

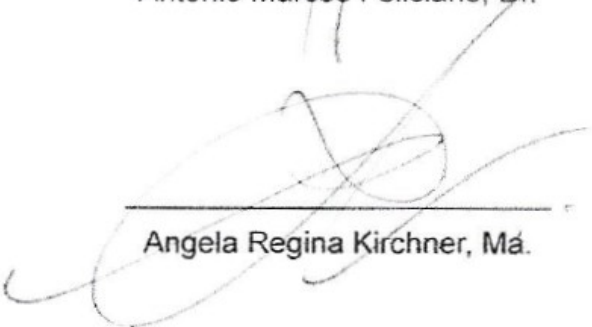
Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do Título de Especialista em Gestão de Saúde e aprovado na sua forma final pela comissão examinadora do curso de Pós-Graduação de Gestão em Saúde do Instituto Federal de Educação Ciencia e Tecnologia de Santa Catarina.

Tubarão, Julho, 2018

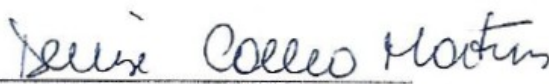
Comissão examinadora:



Antonio Marcos Feliciano, Dr.



Angela Regina Kirchner, Má.



Denise Coelho Martins, Esp.

Este trabalho é dedicado aos meus queridos pais e minha prima Fernanda, ambos "in memoriam".

AGRADECIMENTOS

Ao universo pelas forças positivas para superar as dificuldades.

Ao meu companheiro Alex por toda dedicação e paciência contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante essa fase.

A minha amiga Deisy pelo companheirismo e parceria diária.

Aos meus pais Jaime e Almerinda (in memoriam), que infelizmente não podem estar presentes, mas que não poderia deixar de agradecer a eles, pois se hoje estou aqui, devo a eles os ensinamentos e valores passados. Obrigada por tudo! Saudades eternas!

Aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, em especial ao meu orientador Dr. Antônio Marcos Feliciano e a tutora Maryucha. Agradeço também ao IFSC por ter me dado a chance e todas as ferramentas que permitiram chegar hoje ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

**“É parte da cura o desejo de ser curado”
(Seneca)**

MULLER, Jainara de Oliveira. **Aglomeraco na emergência Hospitalar: Informaco como Estratégia de Enfrentamento**, 2018. 40 folhas. Projeto de Intervenco, Especializaco em Gestão em Saúde, Instituto Federal de Educaco, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, IFSC, Tubarão.

Resumo

Aglomeraco nos Serviços de Emergência Hospitalar  um fator comum no país, o tempo de espera para atendimento  longo o que causa estresse no paciente, na equipe médica e na equipe de enfermagem. O estudo teve como objetivo propor aoes visando minimizar a aglomeraco nos serviços de emergência hospitalar (SEH). Elaborado uma proposta de plano de interveno, através de folder, aplicado no Hospital Santa Teresinha do município de Braço do Norte, localizado no Sul de Santa Catarina, com o intuito de mitigar os problemas com a aglomeraco dos serviços de emergência. O folder, contendo informacoes esclarecedoras quanto as diferenças entre USB e emergência hospitalar, foi distribuído durante sete dias, havendo uma boa aceitaco por parte dos usuários. Cada serviço da saúde deve ser procurado em casos específicos. Saber escolher o serviço adequado contribui para uma otimizacão do sistema de saúde. Trabalho realizado para conhecimento e alerta da populacão.

Palavras-chave: Aglomeraco; emergências; unidades de saúde.

MULLER, Jainara de Oliveira. **Overcrowding in the Hospital Emergency Services and its main causes**, 2018. 40 sheets. Intervention Project, Specialization in Health Management, Federal Institute of Education, Science and Technology of Santa Catarina, IFSC, Tubarão.

ABSTRACT

Agglomeration in the Hospital Emergency Services is a common factor in the country, the waiting time for care is long which causes stress in the patient, the medical staff and the nursing staff. The purpose of the study was to propose actions to minimize crowding in the hospital emergency services (SEH). A proposal for an intervention plan was developed, through a folder, applied at Santa Teresinha Hospital in the city of Braço do Norte, located in the south of Santa Catarina, in order to mitigate problems with the agglomeration of emergency services. The folder, containing informative information about the differences between USB and hospital emergency, was distributed during seven days, with a good acceptance by the users. Each health service should be sought in specific cases. Knowing how to choose the right service contributes to the optimization of the health system. Work done for knowledge and alert of the population.

Keywords: Agglomeration; emergencies; health units.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACR – Acolhimento com avaliação e Classificação de Risco;
CR – Classificação de Risco;
ESF – Estratégia Saúde da Família;
HST – Hospital Santa Teresinha;
PA – Pressão Arterial;
PSF – Programa Saúde da Família;
SEH – Serviços de Emergências Hospitalares;
SC – Santa Catarina;
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida;
SUS – Sistema Único de Saúde;
UBS – Unidade Básica de Saúde;
QualiSUS – Qualificação da Atenção a Saúde do Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Tema	13
1.2 Problemática	13
1.3 Objetivo Geral	14
1.4 Objetivo específico	14
1.5 Justificativa	14
2 Referencial teórico/Revisão de literatura	15
2.1 Definição de Urgência e Emergência.....	15
2.2 Importância dos Atendimentos de Emergência.....	16
2.3 Definição de Função das Estratégias Saúde da Família (ESF)	18
2.4 O SUS e suas Complexidades.....	19
2.5 Protocolo de Manchester.....	21
2.6 Como classificar Utilizando o Protocolo de Manchester.....	25
2.7 Profissional Enfermeiro frente a Classificação de Risco.....	25
3. Metodologia	27
3.1 Público Alvo.....	27
3.2 Cronograma.....	28
3.3 Recursos.....	28
3.4 Parceiros ou Instituições Apoiadoras.....	28
3.5 Resultados Esperados.....	29
4. Considerações Finais	30
Referências	31
Anexo 1.....	36
Anexo 2.....	37
Anexo 3	38
Anexo 4.....	39

1 INTRODUÇÃO

No panorama global de saúde, a procura pelos serviços de emergência hospitalar tem aumentado nas últimas décadas, tornando-se necessária a modificação da organização da assistência prestada aos usuários (JIMÉNES, 2003). Essa procura em grandes proporções pelos serviços de emergência hospitalar tem contribuído para a sua superlotação, a qual pode ser entendida, segundo Hoot e Aronky (2008) e Bullard, et al. (2008), como uma manifestação local de um problema que afeta a todo o sistema de saúde.

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fator comum no país, caracterizado por todos os leitos de emergência ocupados, onde os pacientes acabam ficando nos corredores, o tempo de espera para atendimento é longo e além disso causando alta tensão na equipe médica, na equipe de enfermagem e também nos pacientes que ali se encontram. Pode indicar, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade do atendimento.

É amplamente reconhecido que a procura por serviços de urgência e emergência para casos que poderiam ser resolvidos em serviços de menor densidade tecnológica, ocorre independente do nível de desenvolvimento econômico e social dos países.

Observa-se que, apesar da progressiva expansão da rede básica e da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), a demanda pelos serviços de urgência e emergência não vem se modificando. Constata-se divergência no modo de pensar e tratar a urgência pelos gestores, profissionais de saúde e usuários desses serviços. Apesar da disponibilidade de portas de entrada no sistema de saúde hierarquicamente estabelecidas pelos gestores e técnicos, verifica-se a busca da população pelos serviços de urgência, sem que fique clara a compreensão sobre os motivos dessa procura.

Neste projeto de Intervenção idealiza-se uma pesquisa relacionada a diferenciação dos atendimentos de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Unidades de Pronto Socorro. Cada serviço da saúde deve ser procurado em casos específicos. Saber escolher o serviço adequado contribui para melhorar o sistema público. O trabalho seria de conhecimento e alerta para a população.

Desta forma, elaborou-se um folder, o qual foi aprovado pela direção do hospital a ser distribuído durante sete dias na emergência do hospital Santa Teresinha de Braço do Norte, onde mostra a diferença entre as unidades de saúde e a emergência do hospital.

1.1 Tema

Gestão do Conhecimento – Linha de pesquisa onde pode ser estudada a comunicação e difusão do conhecimento referente à gestão dos protocolos de assistência à saúde. Neste pensar realizou-se uma pesquisa/ estudo relacionada a diferenciação dos atendimentos das estratégias de saúde da família e de Unidades de Pronto Socorro, cada serviço da saúde deve ser procurado em casos específicos, saber escolher o serviço adequado contribui para melhorar o sistema público. O trabalho seria para conhecimento e alerta para a população.

1.2 Problemática

A proposta de intervenção visa amenizar a superlotação no setor de Urgência e Emergência do Hospital Santa Teresinha, unidade filantrópica, que fica localizado no município de Braço do Norte – SC. O município de Braço do Norte possui uma população estimada de 31.319 habitantes, ocupa uma área de 221,311 km². O hospital além desses pacientes, atende outros municípios vizinhos, como Grão- Pará, Rio Fortuna, Santa Rosa de Lima, São Ludgero e Gravatal. Totalizando, o hospital atende uma demanda de aproximadamente 93.100 habitantes. Por dia o hospital atende na emergência aproximadamente 90 pacientes. Compõe o quadro de funcionários do setor, 1 médico, 1 enfermeira e 2 técnicos de enfermagem, sendo insuficiente para atendimento de toda a demanda.

1.3 Objetivo geral

Elaborar um folder informacional para ser distribuído no Hospital Santa Teresinha de Braço do Norte, visando mitigar os problemas com a superlotação dos serviços de emergência.

1.4 Objetivos específicos

- Realizar o diagnóstico situacional do setor de emergência;
- Traçar estratégias de solução dos problemas identificados para evitar a aglomeração;
- Informar a população assistida sobre o fluxo e demandas da unidade de emergência em questão.

1.5 Justificativa

A escolha se deu pelo tema ser uma das principais questões que afetam a sociedade, e o Hospital Santa Teresinha de Braço Norte ser o único hospital do município sendo ainda referência para outros municípios vizinhos, desta forma atendendo alta demanda.

Justifica-se a importância deste trabalho por abordar a questão de qualidade no atendimento com intuito de melhor atender os casos os quais realmente se designam a serem atendidos na emergência hospitalar.

2 Referencial teórico/Revisão de literatura

Com intuito de elucidar os temas propostos, abordaremos os conceitos que subsidiem uma melhor compreensão da proposta de intervenção.

2.1 Definição de Urgência e Emergência

A área de Urgência e Emergência, segundo o Ministério da Saúde (2002), constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Portanto, para adentrar nesse tema é necessário definir esses termos utilizados cotidianamente. As definições são as mais diversas possíveis de vários autores, todavia todas concluem os mesmos significados.

Quadro 1: Definições de Urgência e Emergência.

	Urgência	Emergência
Dicionário Aurélio	Do latim <i>urgentia</i> , que significa qualidade de urgente; caso ou situação de emergência, de urgência.	Do latim <i>emergentia</i> , que significa ação de emergir; situação crítica, incidente; caso de urgência.
Ministério da Saúde	Quando há ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessite de assistência imediata.	Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Fonte: Dicionário Aurélio (2010) e Ministério da Saúde (2010).

O Ministério da Saúde determina que os procedimentos dos serviços de urgência e emergência devem ser caracterizados em três modalidades, considerando como critério a gravidade e a complexidade do caso a ser tratado (BRASIL, 2009).

Segue abaixo as modalidades:

- a) Urgência de baixa e média complexidade:** quando o paciente não corre risco de morte;
- b) Urgência de alta complexidade:** O paciente apresenta um quadro crítico ou agudo,

porém não há risco de morte;

c) Emergência: casos em que há risco de morte.

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pela Portaria 1863/GM, de setembro de 2003, para garantir a organização dos sistemas regionalizados, a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (BRASIL, 2009, p.256).

Segundo Santos et al (1999), a emergência é uma propriedade que uma dada situação assume quando um conjunto de circunstâncias a modifica. A assistência em situações de emergência e urgência se caracteriza pela necessidade de um paciente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo. A emergência é caracterizada com sendo a situação onde não pode haver uma protelação no atendimento, o mesmo deve ser imediato.

2.2 Importância dos atendimentos de Emergência

Os casos de emergência se caracterizam pela avaliação de todas as especialidades, pois o risco de vida é eminente e o início do tratamento terá que ser imediato, há no setor a sala de Politrauma, local que possui suporte completo e equipe sintonizada aos procedimentos necessários ao atendimento. Após o quadro clínico estabilizado o cliente é removido as unidades básicas de apoio, onde receberá continuidade ao tratamento (PUCPR, 2009).

Os casos de rotina são casos que podem aguardar até o dia seguinte, onde será acompanhado pela Unidade Básica de Saúde mais próxima (PUCPR, 2009).

A necessidade da formação do enfermeiro em atuação nas unidades móveis apresenta a importância dos procedimentos teóricos que aprendemos como enfermeiros que o socorro nos momentos após um acidente, principalmente as duas primeiras horas são os mais importantes para se garantir a recuperação ou a sobrevivência das pessoas feridas.

Os casos de urgência se caracterizam pela necessidade de tratamento específico, o paciente será encaminhado para a especialidade necessária, ortopedia, cirurgia geral, neurologia e clínica médica. Neste caso o risco de vida é pouco provável (PUCPR, 2009).

Através das unidades básicas de saúde são priorizadas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema. Criado no Brasil na década de 90, inspirado em experiências advindas de outros países cuja Saúde Pública alcançou níveis de qualidade, com investimento na promoção de saúde, como Cuba, Inglaterra e Canadá (BRANDÃO, 2003).

Este serviço foi idealizado para aproximar dos serviços de saúde da população e cumprir o princípio constitucional do Estado de garantir ao cidadão seu direito de receber atendimento integral à saúde, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde, permitindo que os responsáveis pela oferta dos serviços de saúde, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir. A estratégia destas unidades reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, através dos conselhos locais, municipais e estaduais.

Quanto à atenção hospitalar às vítimas de acidentes, violências, agravos clínicos como IAM, AVC, aneurisma, sepse, choque, sara, dentre outros reúne-se de forma complexa a estrutura física, a disponibilidade de insumos, o aporte tecnológico e os recursos humanos especializados para intervir nas situações de emergência decorrentes destes. As emergências são as principais portas de entrada desses pacientes no hospital; considerando a gravidade das lesões, a assistência demandará ações de diferentes serviços e poderá exigir um tempo considerável de internação, acarretando um custo elevado.

2.3 Definição de Função da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A ESF foi implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde do Brasil, como estratégia do SUS. Ela é responsável por conduzir a política de saúde para a atenção primária em todo o Brasil, objetivando a reorganização da prática assistencial, substituindo então o modelo tradicional de assistência, centrado na cura de doenças e no hospital (PEREIRA, 2006).

Esse modelo tradicional de atenção à saúde, em que se tem como foco a doença, centraliza a assistência médica de modo que o indivíduo passa a ser atendido através de práticas fragmentadas, ou seja, a intenção é somente curar a doença, não considerando ações que visem a prevenção de qualquer outra enfermidade. O foco principal é a população que procura os serviços de saúde através de demanda espontânea (REBELLO; KOOPMANS; ROMANO, 2012).

A ESF vem sendo destaque entre os serviços de saúde do SUS, a partir do momento em que busca atender de maneira humanizada e resolutiva as necessidades da população, quer seja sociais ou relacionadas à saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

O acolhimento tem se mostrado, na ESF, uma instância potente para a organização do serviço, quando articulado a outras práticas que busquem a definição e o reconhecimento das necessidades de saúde da população/área de responsabilidade da UBS (MEDEIROS et. al., 2010).

Como ponto central, a ESF elege o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população abrangente (MARIN et. al., 2011).

No município de Braço do Norte contamos com oito unidades básicas de Estratégias Saúde da família, distribuídas entre os bairros. Evidenciado a presença da equipe completa em todas essas unidades, incluindo médico. Ou seja, a população está bem respaldada. O que falta a população é informação. Saber qual lugar procurar em caso de doença, emergência ou até mesmo um mal estar.

Conforme mostram os fotos no anexo 5, notamos que a emergência do Hospital em uma sexta-feira pela manhã está com a sala de espera já lotada, em contrapartida no mesmo dia e período uma das unidades do município foi fotografada também no mesmo horário, cujo dois médicos estavam em atendimento, poucas pessoas estavam ali para atendimento. O atendimento nos ESFs funciona por agendamento antecipado, porém também são atendidas quando necessário as consultas de emergência.

2.4 O SUS e suas Complexidades

O Sistema Único de Saúde (SUS) é complexo e formado por uma série de unidades que se complementam e buscam atender as pessoas de acordo com a demanda e de maneira eficiente.

Antes de surgir o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde no Brasil não era prioridade, a intervenção na saúde só era designada em casos de epidemias e endemias que afetavam a economia da época, ou para aqueles cidadãos que estavam vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada. De acordo com Brasil (1988, Art. 196), a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser definida como um direito.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988 CF artigo 196).

A criação do SUS se estabeleceu a partir da Constituição Federal de 1988, unificada pelas propostas do movimento da Reforma Sanitária que eram a universalidade do direito à saúde e tendo marco no debate da VIII Conferência Nacional de saúde.

Verifica-se que a regulamentação como garantia do direito à saúde se deu através das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, notória como Lei Orgânica de Saúde. Essas leis são essenciais para as condições de participação da população nas decisões de prática e atenção das políticas públicas de saúde.

O art. 198 da Constituição de 1988 estabelece que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

Um dos avanços estabelecimentos pela Constituição foi a Seguridade Social, no que se menciona a proteção social e no atendimento à classe trabalhadora. No Art. 194 da Constituição Federal, destaca-se que a Seguridade Social “compreende um conjunto

integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social” (BRASIL, 1988). Estas leis irão assegurar os direitos sociais de muitos cidadãos com o objetivo de preservar a cidadania e a dignidade humana.

Segundo Aguiar (2011), o SUS é composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde das esferas municipal, estadual e federal, além dos serviços privados, como complementação. Então, é de responsabilidade de todas as três esferas a concretização da promoção das diretrizes e programas do SUS.

A saúde é destacada como um direito social, implicando no conceito de que todos os sujeitos sociais têm a garantia universal à saúde, direito erguido em um processo de embates, de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem um rompimento da desigualdade também na saúde. Sendo garantido pela Lei Orgânica de Saúde (LOS). O SUS prevê um sistema de princípios doutrinários e organizativos. Verifica-se de acordo com a Lei nº 8.088/90.

Tais princípios são caracterizados por Universalidade, que é um direito de toda a população e é assegurado ao Estado oferecer esse direito à saúde, pois o acesso à saúde deve ser garantido, sem nenhum privilégio ou preconceito (AGUIAR, 2011).

Diante de aspectos como esses, e com o intuito de aperfeiçoar o atendimento à população através de diversos princípios e diretrizes do SUS, foi posicionada a Estratégia Saúde da Família, ampliando, portanto, a atenção primária à saúde, oferecendo respostas resolutivas para a maioria dos problemas de saúde das comunidades.

O primeiro contato da população com o SUS deve ser através de uma UBS. Considerada a porta de entrada do cidadão, elas devem ser acionadas em caso de consultas mediante marcação (consulta agendada) ou pacientes que já chegam com algum sintoma não grave (consultas sem agendamento), vacinação, realização de testes rápidos, entrega de medicamentos, troca de curativos, injeções, além do atendimento médico, odontológico e de enfermagem, característicos da atenção primária.

Há ainda algumas unidades Básicas de Saúde que contam com atendimentos com pediatra, ginecologista e obstetra. Há também as que oferecem outros serviços como o de nutrição, acompanhamento psicológico e atendimento domiciliar, além de outros atendimentos mais simples.

Casos que não são resolvidos nessas unidades devem ser encaminhados após contato prévio para a emergência hospitalar mais próxima. Ou caso já seja evidenciado um problema emergencial, este paciente deve ser encaminhado diretamente para o Pronto Socorro. Não existe UPA no município de Braço do Norte.

2.5 Protocolo de Manchester

Em 2004, no Brasil, criou-se o programa QualiSUS tendo como objetivo a humanização das relações entre profissionais, sistema de saúde e usuários dando início a um atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência nos hospitais. Visando a melhora do atendimento destaca-se como diretriz o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), como uma forma de reorganização e realização da promoção da saúde na rede através da triagem (OLIVEIRA et. al., 2013).

O avanço da adoção do método de triagem nos hospitais fez com que a equipe de enfermagem das unidades de emergência conseguisse dar maior suporte e qualidade ao atendimento do cliente enfermo, visando à priorização, devido a grande demanda, dos reais casos que necessitavam atendimento imediato.

O protocolo de Manchester foi desenvolvido em 1994 na cidade de Manchester por um grupo de profissionais especializados em triagem. Tal sistema de triagem de Manchester é realizado pelo profissional enfermeiro que a partir da queixa principal do cliente estabelece uma classificação de risco que é dividida em cinco categorias. Diante da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, o mesmo é classificado em uma das cinco categorias sendo emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria existe um tempo de espera, sendo 0, 10, 60, 120 e 240 respectivamente (PINTO SOUZA, et al., 2012).

Anexo 3 mostra a ilustração do que o paragrafo anterior refere.

Trata-se de uma metodologia de trabalho implementada em Manchester, em 1997, e amplamente divulgada no Reino Unido sendo aplicada em vários países como: Portugal, Suécia, Holanda e Espanha com objetivo de estabelecer um tempo de espera para o atendimento médico. Vale ressaltar que o objetivo do protocolo não é realizar diagnóstico. (SOUZA, et al., 2011).

Tal protocolo tem como classificação:

Quadro 2 – Escala de classificação de risco

Classificação	Principais Queixas
Emergente (Vermelho)	<p>Cianose central e periférica intensas</p> <p>Palidez extrema</p> <p>Respiração ausente, lenta ou superficial</p> <p>Sem pulsos periféricos ou pulsos muito débeis</p> <p>Bradicardia < 40 bpm</p> <p>PA imperceptível</p> <p>Inconsciente e pouco reativo</p> <p>Politraumatizado grave</p>
Muito Urgente (Laranja)	<p>Dispnéia</p> <p>Ruídos respiratórios</p> <p>Tiragem intercostal</p> <p>Estridor</p> <p>Taquicardia > 120bpm</p> <p>Bradicardia < 50bpm</p> <p>Pulso filiforme</p> <p>Confusão mental</p> <p>Estupor</p> <p>Obnubilação</p> <p>Agitação psicomotora</p> <p>Coma</p> <p>Estado convulsivo</p> <p>Hemorragia digestiva aguda com instabilidade</p> <p>Hemodinâmica</p> <p>Dor torácica possivelmente isquêmica</p>

	<p>Traumatismos graves (crânio, membros, tórax, abdome)</p> <p>Grande queimado</p> <p>Acidentes botrópicos</p> <p>Síncope com alteração de sinais vitais</p> <p>Epistaxe com sangramento ativo</p> <p>Dor nos membros com cianose dos mesmos</p> <p>Dor intensa de qualquer origem</p>
Urgente (Amarelo)	<p>Petéquias</p> <p>Hemoptise</p> <p>Cefaléia súbita</p> <p>Parestesias</p> <p>Alterações da fala</p> <p>Déficit motor</p> <p>Fraturas de membros sem sinais de gravidade</p> <p>Diabetes descompensado >350mg%</p> <p>HAS sintomática S>180 e D>110mmHG</p> <p>Hemorragia digestiva alta com estabilidade hemodinâmica</p> <p>Síncope sem alterações de sinais vitais</p> <p>Intoxicação exógena</p> <p>Dor abdominal (não crônica)</p> <p>Queimaduras agudas</p> <p>Corpo estranho (ouvido, nariz, faringe, olho)</p>
Pouco Urgente (Verde)	<p>Otalgia</p> <p>Odontalgia</p> <p>Odinofagia</p> <p>Cefaléia</p> <p>Cervicalgia</p> <p>Conjuntivite</p> <p>Fraqueza com sinais vitais normais</p> <p>Dor torácica inespecífica</p> <p>Tosse</p> <p>Dor lombar</p>

	<p>Traumas leves</p> <p>Dor em membros sem cianose dos mesmos</p> <p>Processos gripais</p> <p>Dor osteomuscular sem sinais de fratura</p> <p>Diarréia e vômito sem alteração de sinais vitais</p> <p>Abcessos</p> <p>Ferimentos infectados</p> <p>Celulite</p> <p>Disúria/polaciúria</p> <p>Ansiedade/depressão</p> <p>Tontura com sinais vitais normais</p> <p>HAS não sintomática</p> <p>Neoplasias</p> <p>SIDA</p> <p>Febre</p> <p>Epistaxe sem sangramento ativo</p>
<p>Não urgente (Azul)</p>	<p>Atraso menstrual</p> <p>Anorexia</p> <p>Queimadura solar</p> <p>Alergia/dermatite com sinais vitais normais</p> <p>Busca por atestados de saúde ou doença</p> <p>Busca por especialistas (referenciados ou não)</p> <p>Busca por métodos diagnósticos (exames)</p> <p>Busca por receitas de drogas controladas</p> <p>Busca por renovação de receitas</p> <p>Dor crônica com sinais vitais normais</p>

Fonte: Albino, 2007

A classificação de risco (CR) tem por objetivo identificar pacientes que necessitam de atendimento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento, devendo o atendimento ser realizado por prioridade e não por ordem de chegada.

2.6 Como classificar utilizando o Protocolo de Manchester

A classificação é feita a partir das queixas referidas pelo paciente, sinais, sintomas, sinais vitais, escala de dor, glicemia, agravos a saúde, entre outros. Após essa avaliação os pacientes são identificados com pulseiras de cores correspondentes a um dos cinco níveis estabelecido pelo sistema, conforme mostra o quadro número 2 e o anexo 3.

Com a implantação do Protocolo de Manchester, além da equipe, os pacientes também são beneficiados, pois submetidos a esta metodologia de classificação de risco, eles estão assegurados que não correrão risco de vida, e além disso, ele terá uma previsão média do tempo que levará para obter atendimento, diminuindo a expectativa. Além disso, o uso do Protocolo Manchester é a garantia de oferta de um serviço homogêneo, de equidade, dando a cada usuário o atendimento mais adequado, tendo em vista que, independentemente do horário, do dia da semana ou do profissional que estará de plantão, a instituição de saúde seguirá a mesma padronização no atendimento.

2.7 Profissional Enfermeiro frente a Classificação de Risco

O profissional enfermeiro tem sido o mais indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram as unidades de emergência. Porém o mesmo deve ser orientado por um protocolo direcionador (SOUZA, et al., 2011).

Diante desse cenário e mediante as necessidades de implantação da classificação de risco na Rede de Atenção à Saúde no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme a Resolução Nº 423/2012, ressalta que o acolhimento com classificação de risco pode ser realizado pelo enfermeiro desde que: não haja exclusão de pacientes. Que o atendimento médico seja garantido. Que sejam firmados protocolos, promovendo a agilidade do atendimento de forma digna e harmonizada (BRASIL, 2005; COFEN, 2012)

Por este motivo faz-se necessário uma melhor capacitação do profissional,

enfermeiro nessa área, sendo imprescindível a habilidade da escuta qualificada, da avaliação, registro correto e registro detalhado da queixa principal do cliente, raciocínio clínico e agilidade para a tomada de decisões e o conhecimento do sistema para fazer o encaminhamento responsável do paciente. (SOUZA, et al., 2011).

Segundo Filho et al., (2010),

As atribuições do enfermeiro de nível superior na classificação de risco, de acordo com o Ministério da Saúde (2009) e resolução n° 159 do Cofen (1993), são as mesmas da consulta de enfermagem e se baseiam em seus conhecimentos científicos e em consensos com a equipe multidisciplinar para uma avaliação da gravidade ou grau de sofrimento de uma pessoa sem excluí-la do atendimento ou realizar diagnóstico médico prévio. É bom lembrar que o enfermeiro não pode deixar de incluir, em suas atribuições na Classificação de Risco (CR), o “ouvir” e o “sentir”, o respeito e o diálogo aberto com as pessoas para que sua avaliação seja bem sucedida.

A utilização do protocolo de Manchester para embasar a classificação de risco proporciona um direcionamento para uma atuação segura do enfermeiro, tendo em vista que o mesmo esteja capacitado para desempenhar tal papel, ou seja, conheça a estrutura e o funcionamento do mesmo (SOUZA, et al., 2011).

Sendo assim a classificação de risco, de acordo com o Protocolo de Manchester tem como propósito organizar e estruturar o atendimento na unidade de urgência e emergência para melhor qualidade no atendimento.

3 Metodologia

Acreditando que todo indivíduo deve ter acesso à 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 o funcionamento da emergência do hospital, suas regras e rotinas, que servirá para conscientizar a população da real necessidade de procurar o Pronto Socorro.

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 o desenvolvimento desse projeto foi utilizada toda experiência profissional nesse hospital desde 2012, já que o pesquisador está inserido na rotina da unidade. Trata-se de um projeto com abordagem qualitativa, onde se trabalha com dados subjetivos.

3.1 Público Alvo

O público alvo deste estudo é composto pela população que requereu atendimento no Pronto Socorro do Hospital Santa Teresinha no município de Braço do Norte/SC. Estando esses pacientes na sala de espera aguardando para atendimento médico, após já terem passado pelo acolhimento onde já foram avaliados pelo Profissional Enfermeiro e classificados de acordo com a escala de Manchester, ou seja, os pacientes que ali se encontravam por mais tempo, foram classificados como de atendimento não urgente ou pouco urgente.

3.2 Cronograma

O Projeto desenvolvido está sendo executado no decorrer de 2017 e de 2018, conforme cronograma abaixo.

Atividades	Nov	Dez	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Levantamento Bibliográfico	X							
Desenvolvimento do Projeto	X	X	X	X	X	X	X	
Distribuição dos Folders						X		
Apresentação do Projeto								X

3.3 Recursos

Os recursos utilizados para confecção e impressão dos folders, assim como os deslocamentos até o hospital foram recursos próprios.

3.4 Parceiros ou Instituições Apoiadoras

O Hospital Santa Teresinha do Município de Braço do Norte, por meio de acordo com o Diretor geral Vitor Hugo Abitante, e da gerente de Enfermagem Paula Kuerten Michels Fernandes, são apoiadores deste projeto de intervenção por ser o objeto de estudo e principal beneficiário, disponibilizando o local para pesquisa e os funcionários

para possíveis questionamentos. Documento formalizando o apoio no apêndice 2.

3.5 Resultados Esperados

O resultado principal a ser esperado é uma maior compreensão da população atendida sobre o processo assistencial da Unidade de emergência do HST, Assim diminuindo o número de atendimentos na emergência, contribuindo assim com a organização do hospital, visto no momento a aglomeração. Os atendimentos referidos são os que são considerados pouco urgentes e não urgentes, os quais podem ser solucionados na unidade de saúde do bairro o qual pertence o paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande desafio atual das instituições de saúde é o entendimento de que o ambiente hospitalar necessita ser analisado sob a perspectiva de um sistema seguro, e não somente composto de estrutura, processos ou pessoas de forma desarticulada com o resultado produzido na instituição.

Para superar os principais desafios nas portas das emergências e na superlotação das mesmas, se faz necessário uma maior articulação e comunicação da rede, mudanças do modelo onde o hospital é o centro da atenção à saúde, direcionar a atenção para o modelo preventivo e não curativo, implementar o cuidado pautado no modelo da linha de cuidado, uso de protocolos clínicos, assistenciais e administrativos, trabalho interdisciplinar efetivo, acolhimento e classificação de riscos, qualificação dos profissionais, sistema assistencial com rede, bem articulado voltado para a realidade local. Gestão dos leitos com score e critérios de priorização das pessoas para as transferências, reuniões clínicas multidisciplinares e um programa de desospitalização bem articulado, responsável e eficiente. Há uma necessidade de políticas públicas articuladas, bem planejadas e discutidas com intervenções mais efetivas já que as vigentes definem a configuração dos territórios sanitários com suas redes hierarquizadas e solidárias.

Durante sete dias apresentou-se um folder (apêndice I) e algumas breves explicações a população a qual se encontrava na fila de espera no hospital a qual foi direcionado o projeto. Após o término da explicação e ao ler o folder, muitas pessoas inclusive deslocaram-se da sala de espera, relatando ir procurar uma Unidade de Saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Netto. **SUS: O Sistema Único de Saúde – antecedentes, percursos, perspectivas e desafio**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane; Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>. Acessado em: 12 fev. 2018.

BRANDÃO, A. P. et al. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 7-19, jan./fev. 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BULLARD, J. et al. Revisions to the canadian emergency department triage and acuity ED administration. **Canadian Journal of Emergency Medical**, v. 10, n. 2, p. 136-142, 2008.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança no modelo assistencial. **Revista Rene**, Fortaleza, v.9, n.2, p.120-128, abr./jun. 2008.

FERREIRA, ABH. **Dicionário da língua portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p. ISBN 978-85-385-4198-1.

FILHO, Álvaro Divino Dias; SOUSA, Murillo Pereira de Oliveira; CASTANHEIRA, Paulo Henrique de Rezende; SANTANA, Régis Rodrigues; **Acolhimento com classificação de risco: Humanização nos serviços de emergência**. 2010.

Garlet ER, lima MADS. **Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência**. Texto Contexto Enfermagem, Rio de Janeiro, 2009.

Giglio JÁ. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 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).

JIMÉNES, J. G. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Emergências**. Principat D'Andorra. n.15, p.165-74, 2003.

MARIN, Maria José Sanches et. al. O sentido da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, nov. 2011.

MEDEIROS, Flávia A. et. al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista Saúde Pública**, Bogotá, v.12, n.3, Bogotá, jun. 2010.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3ª ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. p.256, série E. Legislação de Saúde. Disponível em:http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em 01 de dezembro de 2017

Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 2048**, de 5 de novembro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf> Acesso em, 22 de outubro de 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. p.10,17,45. Brasília: MS; 2009. Disponível em: . Acesso em 22 de outubro de 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília: Reimpressão MS. 2010.

OLIVEIRA Gabriella Novelli; VANCINI-CAMPANHARO Cássia Regina; OKUNO Meiry Fernanda Pinto; BATISTA, Ruth Ester Assayag. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Mar.-Abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2018

PEREIRA, Rodrigo Pastor Alves. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Belo Horizonte**, 2006. Disponível em http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm. Acesso em 21 de Novembro, 2017.

PINTO JÚNIOR, Domingos; DE OLIVEIRA SALGADO Patrícia; CHIANCA, Tânia Couto Machado. **Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, dez., 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281424797005>. Acesso em: 12 fev. 2018.

REBELLO, Claudia Martins Rebello; KOOPMANS, Fabiana Ferreira; ROMANO, Valéria Ferreira. O acolhimento no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre conceitos. **Corpus et Scientia**, v.8, n.2, out. 2012.

SANTOS, R. R.; CANETTI, M. D.; JUNIOR C. R.; ALVAREZ, F. S. **Manual de Socorro de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 1999.

SOUZA Cristiane Chaves de; TOLEDO, Alexandre Duarte; TADEU, Luiza Ferreira Ribeiro; CHIANCA, Tânia Couto Machado. **Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester**. Rev. Latino-Am. Enfermagem Jan.-Fev. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf. Acessado em: 12 fev. 2018.

SOUZA, Bruna Maria Bezerra de; VASCONCELOS Carla Calado de; TENÓRIO, Danielle de Melo; LUCENA, Maria Gorethe de Alves; HOLANDA, Reila Leliana Tenório de. **Potencialidades e fragilidades da rede de atenção às urgências e emergências na V regional de saúde**. Journal of Management and Primary Health Care. 2011.

APÊNDICE 1

Folder Utilizado no Projeto

Você sabe a diferença entre as unidades de saúde e a Emergência do hospital?

Busque atendimento nos locais certos

UNIDADE BÁSICA DA SAÚDE

- Atendimento de rotina (consultas, tratamentos, medicamentos gratuitos, vacinas e acompanhamento médico).
- Tipo de atendimento: pré-natal, acompanhamento de hipertensos, diabéticos e outras doenças como tuberculose e hanseníase.
- Capacidade de atendimento médico e tratamento de cerca de 80% dos problemas de saúde dos usuários.
- Porta de entrada do SUS, contribuindo para o aumento da qualidade de vida e redução dos encaminhamentos aos hospitais.

UBS

Emergência Hospitalar

- Atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- Tipo de atendimento: pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame.
- Capacidade para atender sem necessidade de encaminhamento ao pronto-socorro hospitalar mais de 90% dos pacientes.
- Estas unidades estão ligadas diretamente ao SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Emergência Hospitalar

APÊNDICE 2



**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
SANTA CATARINA**

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DO PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

Eu Jainara de Oliveira Muller, estudante do curso de pós-graduação em Gestão em Saúde do Instituto Federal de Santa Catarina, venho através deste, solicitar autorização para execução do Projeto de Intervenção no setor de emergência do Hospital Santa Teresinha de Braço do Norte. O projeto apresenta o seguinte tema: **AGLOMERAÇÃO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: INFORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO.**

Certa do deferimento do pedido, antecipo agradecimentos.

Sendo o que tenho para o momento, me coloco à disposição para maiores esclarecimentos.

Braço do Norte, Fevereiro de 2018

Atenciosamente,

Autorizado em 12/02/18

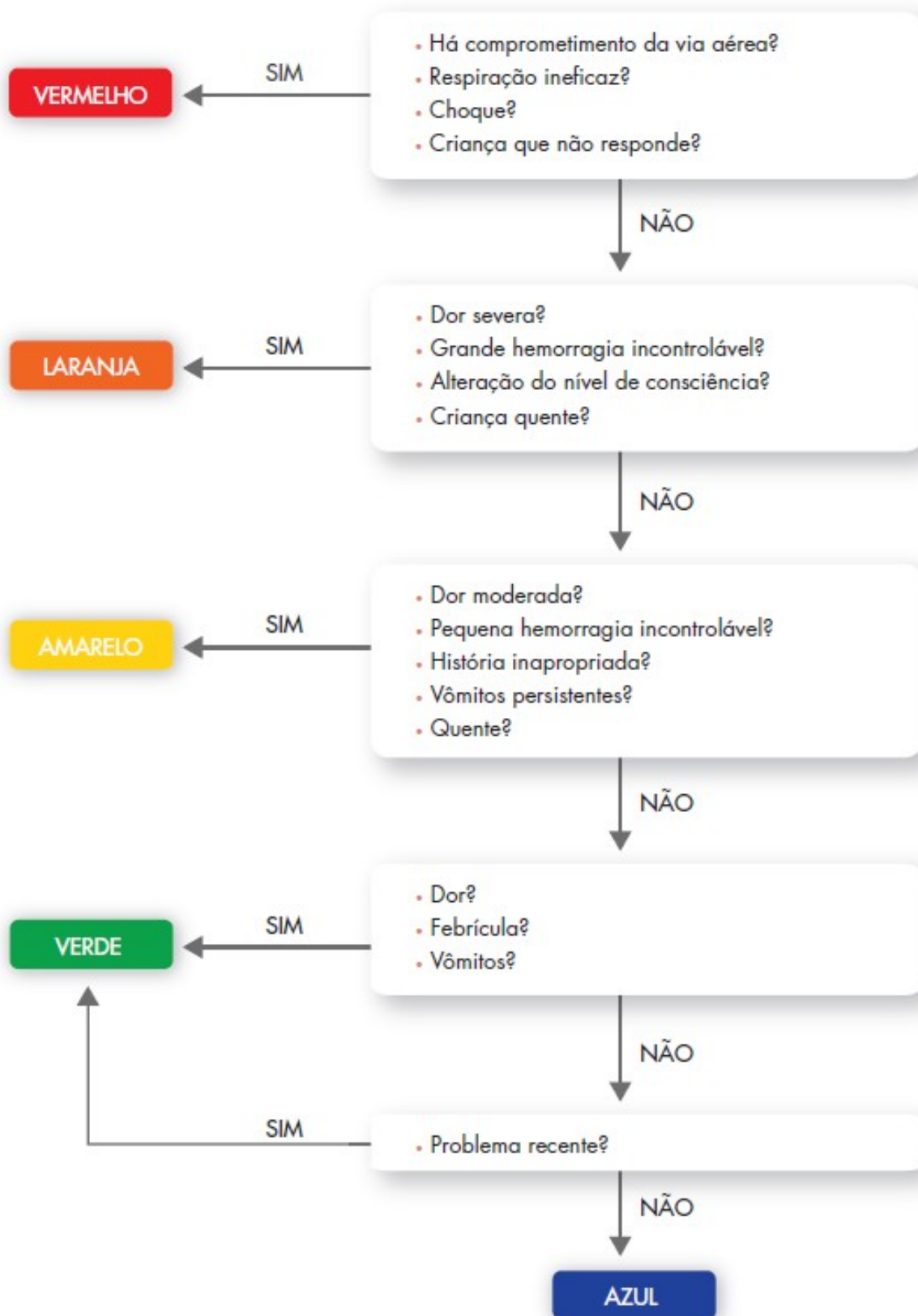
Jainara de Oliveira Muller
Cpren. SC: 339.420

Jainara de Oliveira Muller

ANEXO 1



Anexo 2



TRIAGEM DE MANCHESTER PADRONIZAÇÃO DO PRONTO-ATENDIMENTO



ANEXO 4

FOTOS – SALA DE ESPERA EMERGÊNCIA HOSPITALAR X UNIDADE DE SAÚDE



