

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO COMO EXTENSÃO DO CUIDADO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

EMERGENCY CARE UNIT AS AN EXTENSION OF THE CARE OF HEALTH CARE UNITS OF PRIMARY CARE: AN EXPERIENCE REPORT

Elisa Rucks Megier², Adriana Dall'Asta Pereira³, Carla Lizandra de Lima Ferreira⁴, Juliano Ribas dos Santos⁵ e Marcia Regina Winch⁵

RESUMO

No presente trabalho, teve-se como objetivo descrever as vivências acadêmicas em uma Unidade de Pronto Atendimento. Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, de vivências acadêmicas em uma Unidade de Pronto Atendimento, localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul. Destacam-se como vivências em uma Unidade de Pronto Atendimento conhecer a estrutura física e o dimensionamento humano, a procura de atendimentos demonstrou sazonalidade em determinadas patologias e que a Unidade em questão se torna uma extensão das atividades da Atenção Básica. Conclui-se que a maioria da população não percebe essa Unidade como um serviço de atendimento de urgência e emergência. Destaca-se a necessidade de fortalecer a Rede de Atenção Básica e a de Média complexidade como possibilidade de garantir a continuidade do cuidado, assim como otimizar espaços no Serviço para sensibilizar o usuário.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, serviços médicos de emergência, serviços de saúde.

ABSTRACT

The present work had as objective to describe the academic experiences in the Emergency Care Unit. This is a descriptive study, in the form of experience reporting, of academic experiences in an Emergency Care Unit, located in the central region of the state of Rio Grande do Sul. It is highlighted as experiences in a Care Unit, to know the physical structure and human dimensioning. The demand for care has shown seasonality in certain pathologies and the Unit in question becomes an extension of the activities of Primary Care. It is concluded that most of the population does not visualize this Unit as an urgent and emergency care service, it is necessary to strengthen the Network of Primary Care and Medium Complexity as a possibility to guarantee the continuity of care, as well as to optimize spaces in the Service to sensitize the user.

Keywords: emergency medical services, health services, primary health care.

¹ Trabalho oriundo da disciplina de Estágio II.

² Acadêmica do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: elisamegier@hotmail.com

³ Orientadora. Docente do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: adrianadap@terra.com.br

⁴ Coorientadora. Docente do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: carlalizandraferreira@gmail.com

⁵ Preceptores da disciplina de Estágio II - Enfermeiros da Unidade de Pronto Atendimento. E-mail: jsr.ribas@gmail.com; marcia.r.winch@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os níveis de atenção à saúde no Brasil foram definidos pelo Ministério da Saúde, no contexto do SUS, como Atenção Básica (AB) e Atenção em Média Complexidade (AMC) e a Atenção em Alta Complexidade (AAC). A AB é definida como um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de agravos, constituídas em Políticas de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde com ênfase na Saúde da Família (BRASIL, 2005).

Já a AMC é composta por ações que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde, o que exige a demanda de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e ao tratamento. Estes são constituídos pelos Centros Ambulatoriais e de Especialidades, SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h). A AAC, centrada em hospitais, por sua vez, é conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e integra-se aos outros dois níveis de atenção (BRASIL, 2005).

Essas ações de saúde, no entanto, encontram-se desarticuladas e não esgotam as necessidades de saúde do usuário. Como consequência disso, revelam-se as altas filas nos prontos-socorros, o que resulta na incapacidade de prestar uma atenção contínua à saúde da população.

Com o intuito de alterar esse cenário, foi lançada, em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências, reformulada em 2011. Nesse mesmo período, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) com o propósito de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2013).

No tocante à atuação de graduandos de Enfermagem, os diversos contextos relacionados à saúde são essenciais para instigar e refletir a abordagem a ser utilizada com o usuário que procura esses serviços, bem como saber utilizar protocolos, avaliar e classificar quanto ao risco aqueles que procuram atendimento.

A partir disso, questiona-se: As vivências de estágios na UPA contribuem para o processo de formação do acadêmico? Nesse sentido, objetiva-se, neste estudo, descrever as vivências acadêmicas em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, sobre a vivência acadêmica realizada na disciplina de Estágio II da Graduação em Enfermagem, do Centro Universitário Franciscano, no período de dezembro/2016 a abril/2017.

O relato de experiência consiste em analisar e compreender variáveis importantes ao desenvolvimento do cuidado dispensado ao indivíduo e/ou a seus problemas. Assim, o pesquisador é um obser-

vador passivo ou ativo que deve relatar de forma clara e objetiva aquilo que é observado (HERMAN; LACERDA, 2007).

A vivência ocorreu em uma Unidade de Pronto Atendimento localizado na cidade de Santa Maria, região central do estado do Rio Grande do Sul. Os diferentes setores da UPA, quais sejam: Acolhimento, Medicação, Procedimento, Observação e Emergência, foram cenários de observação e atuação profissional durante a realização do Estágio.

O Estágio em questão foi supervisionado por dois enfermeiros preceptores responsáveis pelo plantão dos distintos turnos de atuação e por duas professoras responsáveis pela disciplina. Realizou-se uma carga de 30 horas semanais, desenvolvidas no período de dezembro/2016 a abril/2017, totalizando 510 horas.

RESULTADOS

Organizaram-se três categorias para melhor descrever a experiência acadêmica vivenciada e foram intituladas: “Conhecendo a UPA”; “Caracterizando os atendimentos” e “Percepção em relação ao processo vivenciado”.

CONHECENDO A UPA

A UPA 24 Horas de Santa Maria, foi inaugurada em 21 de março de 2013 e desde então é administrada pela Associação Franciscana de Assistência à Saúde (SEFAS). Sua organização física é composta por salas de Acolhimento, Procedimentos, Medicação, Inalação, consultório Médico/Odontológico/Assistência Social, Observação Adulta/Pediátrica/Isolamento, Atendimento nas Urgências e Emergência, Exames por Imagem e Serviços laboratoriais. O estabelecimento conta com 19 leitos para observação, sendo nove adultos, quatro pediátricos, dois para isolamento e outros quatro para emergência (SEFAS, 20-?).

A Unidade em questão é classificada, segundo a Portaria nº104/2014, como ‘porte 3’, e atende aos critérios de ter uma área de abrangência de 200.001 a 300.000 habitantes; área física de, no mínimo, 1330m² e possuir, no mínimo, 15 leitos de observação. Ademais, deve atender em média 350 usuários ao dia e ter o mínimo de seis médicos no horário das 7h às 19h e três médicos no horário das 19h às 7h (BRASIL, 2009).

CARACTERIZANDO OS ATENDIMENTOS

O acolhimento com classificação de risco é realizado pelo “Sistema de Triagem de Manchester”. Desenvolvido pelo Manchester Triage Group, tem a finalidade de identificar risco clínico, gerenciar o

fluxo de usuários com segurança, quando a necessidade é maior que a capacidade. É composto por 52 fluxogramas, que contêm discriminadores gerais e específicos, ou seja, sinais e sintomas observados e relatados que determinarão a prioridade do atendimento (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006).

Os níveis são ordenados pela cor e pelo tempo de atendimento: “nível 1: emergente - vermelho, atendimento mediato”; “nível 2: muito urgente, laranja - atendimento até 10 minutos”; “nível 3: urgente - amarelo: atendimento até 60 minutos”; “nível 4: pouco urgente - verde, atendimento até 120 minutos; “nível 5: não urgente - azul, atendimento até 240 minutos” (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006).

Identificou-se, durante as vivências, que o maior número de atendimento e internação foi de usuários adultos, com agravos de doenças cardiovasculares, respiratórias, endócrina, febre leve/moderada; tosse ou gripe há vários dias; mostrar exames laboratoriais/imagem ou pedir receita medicamentosa controlada.

Os atendimentos classificados como urgência ou emergência geravam um grande fluxo de procura em dias da semana, no período do final da manhã e início da tarde, variando conforme as condições climáticas. No turno da noite, esses atendimentos eram concluídos e, eventualmente, chegavam casos de pequenas urgências. Diante disso, notou-se a sazonalidade dos eventos patológicos.

PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO AO PROCESSO VIVENCIADO

Ao realizar os cuidados de Enfermagem diários com o usuário, questionava-se o motivo da busca por esse serviço de saúde. Muitos relatavam a garantia de consulta, rapidez, além de ser um serviço aberto após as 18h com atendimento aos finais de semana e feriados.

A maioria dos pacientes classificados como nível 4 ou 5 e que internavam na Observação, relatavam que após o diagnóstico médico, como hipertensão e diabetes mellitus, não modificaram hábitos de vida, não faziam o uso correto das medicações recomendadas ou procuravam as UBS/ESF para controle da patologia.

Essa demanda gerava uma sobrecarga de trabalho na equipe, uma vez que muitos pacientes crônicos agudizados não tinham acompanhante para auxílio nos cuidados diários. Muitos dos funcionários relataram que nessa rotina há períodos em que a “Observação adulta” torna-se uma “Unidade Clínica” em vez de ser um local para estabilizar o usuário e encaminhar para a Atenção Básica ou de Alta complexidade.

DISCUSSÃO

A UPA 24h é definida como um estabelecimento de saúde de média complexidade, a qual situa-se “entre” a Atenção Básica e a Atenção em Alta Complexidade. Diferente das Unidades de Saúde convencionais, funciona de modo ininterrupto nas 24 horas do dia e em todos os dias da sema-

na, incluídos feriados e pontos facultativos com a finalidade de acolher os usuários e seus familiares que necessitarem de algum atendimento (BRASIL, 2006).

O atendimento resolutivo e qualificado é realizado por meio de protocolos de acolhimento com classificação de risco. Esse sistema permite a prioridade de atendimento aos casos de maior gravidade aos usuários acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, casos de natureza cirúrgica e de trauma. Quando o usuário desconhece esse sistema ou, de modo geral, não sabe diferenciar o conceito de urgência e emergência, podem surgir conflitos interpessoais entre o usuário e a equipe de enfermagem que atua na Classificação de Risco (CAMPOS; SOUZA, 2014; FEIJÓ et al., 2015).

Campos e Souza (2014) destacam, em seu estudo, que os perfis desses usuários são de adulto jovem, em idade produtiva, procuram o serviço espontaneamente no período diurno e que foram classificados na cor verde ou azul. Já os achados de Diniz et al. (2014) retratam que a grande procura por atendimento advinha de uma sintomatologia clínica característica da atenção básica ou de aspectos emocionais.

A literatura pressupõe que grande parte das classificações de risco “verde e azul” poderia ter sido assistida na Atenção Básica, com menor complexidade tecnológica. Destaca, também, motivos que justificariam a alta procura de atendimento pela dificuldade de acesso nas ESF/ UBS, demora em agendar consulta médica e a própria falta de profissionais, especialmente médicos (GUEDES et al., 2014; FEIJÓ et al., 2015).

Godoi (2016) destaca que existem encaminhamentos realizados por profissionais da Atenção Básica, especialmente enfermeiros, porém a maior parte destes foi caracterizada como demanda espontânea. Nessa perspectiva, destaca-se a sensibilização não somente dos usuários, mas também do profissional em assisti-lo e conhecer os fluxos e objetivos dos componentes que compõem a Rede de Atenção à Saúde.

Para Mendes (2010), essa Rede é determinada como uma organização dos serviços de saúde que permite ofertar atenção contínua e integral aos usuários: “prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada”. Nesse sentido, as integrações entre os diferentes níveis de atenção são fundamentais para assegurar o atendimento integral e resolutivo, assim como a otimização de recursos humanos e financeiros.

Randow et al. (2011) destacam que tais atendimentos, contrários ao fluxo proposto pelas Redes de Atenção, influenciam de forma negativa na assistência e, além disso, elevam o custo no setor de saúde, diminuindo a oferta para situações emergenciais. Para Coelho e Stein (2016), o principal prejuízo é ocasionado à saúde do indivíduo, uma vez que o cuidado não é realizado na sua integralidade.

A consolidação e a integração entre os diferentes níveis de atenção são pertinentes à medida em que propiciam a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo às necessidades dos usuários. A UPA, na perspectiva de Randow et al. (2011), bem como o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e as centrais de regulação são um ponto estratégico para monitorar em

tempo real o funcionamento da rede e avaliar demais serviços. Espera-se, por meio de uma articulação efetiva entre Atenção Básica e as UPAs, atender às demandas de saúde, garantindo a continuidade e a integralidade da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se, durante as atividades do estágio, que a maioria da população não percebe a UPA como um serviço de atendimento de urgência e emergência, mas sim como extensão do cuidado das unidades de saúde da atenção básica. A busca por um serviço resolutivo e ágil torna-se o principal objetivo do usuário, não interessando a ele o nível de Atenção que será assistido.

Nessa perspectiva, destaca-se que a articulação entre Atenção Básica e a de Média complexidade seria uma possibilidade de garantir ao usuário não apenas “a consulta médica”, mas também a continuidade do cuidado. Fortalecer as Redes de Atenção por meio do estabelecimento de fluxos é essencial para garantir grande parte da resolutividade da assistência à saúde.

Recomenda-se, a partir dessa vivência, otimizar a “Sala de espera” para difundir informações sobre o funcionamento da Atenção, orientar o usuário a procurar os serviços de urgência e emergência e construir conhecimento a partir dessas experiências. Assim como atingir também aqueles que se encontram internados e referenciar aos demais Serviços da Rede.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/D6fiJr>>. Acesso em: 30 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 mar. 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/H9n8nK>>. Acesso em: 29 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/72xS39>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/ggf1Lj>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

CAMPOS, J.; SOUZA, V. S. A percepção dos usuários do Serviço de Urgência e Emergência em relação à classificação de risco pelo protocolo de Manchester. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 16, n. 1, p. 17-25, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/wpg1az>>. Acesso em: 04 jun. 2017

COELHO, C. F.; STEIN, A. T. Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 2, p. 112-120, abr./jun., 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/NZH314>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 16, n. 2, p. 312-20, abr./jun., 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/73frfa>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

FEIJÓ, V. B. E. R. et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 627-636, jul-set 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/zSh9qB>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

GODOI, V. C. G. Acolhimento com Classificação de Risco: Caracterização da Demanda em Unidade de Pronto Atendimento. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 3, p. 01-08, jul./set. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/w1QgFz>>. Acesso em: 29 maio 2017.

GUEDES, H. M. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 1, p. 37-44, fev/mar, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/sy1bgz>>. Acesso em: 29 maio 2017.

HERMAN, A. P.; LACERDA, M. R. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 4, p. 513-8, out./dez. 2007.

JONES, K. M.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage. Manchester Triage Group**. 2. ed. Oxford: Blackwell; 2006.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/4Wu5U2>>. Acesso em: 29 maio 2017.

RANDOW, R. M. V. et al. Articulação com Atenção Primária à Saúde na Perspectiva de Gerentes de Unidade de Pronto-Atendimento. **Rev Rene, Fortaleza**, v. 12, n. esp., p. 904-912, jul./set., 2011. Disponível em <<https://goo.gl/b4pg6r>>. Acesso em: 29 maio 2017.

SEFAS. **UPA 24h**. Disponível em: <<http://sefas.org.br/site/upa/>>. Acesso em: 29 maio 2017.