

Megier, E.R. et al.



RELATO DE EXPERIÊNCIA

Unidade de pronto atendimento como extensão do cuidado das unidades de saúde da atenção básica: relato de experiência

Unidade de pronto atendimento como extensión de cuidado das unidades de saúde da atenção básica: relato de experiencia

Unit of ready as an extension of the care of health care units of basic attention: experience report

Elisa Rucks Megier¹, Adriana Dall’Asta Pereira², Carla Lizandra de Lima Ferreira³, Juliano Ribas dos Santos⁴, Marcia Regina Winch⁴

RESUMO

O presente estudo buscou descrever as vivências acadêmicas em uma Unidade de Pronto Atendimento. na modalidade relato de experiência, localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul. Observou-se que a procura de atendimentos demonstrou sazonalidade em determinadas patologias e que a Unidade em questão se torna uma extensão das atividades da Atenção Básica. Percebeu-se que o maior número de atendimento e internação foram por usuários adultos, com agravos de doenças cardiovasculares, respiratórias, endócrina febre leve/moderada; tosse ou gripe há vários dias; entrega de exames laboratoriais/imagem ou solicitação de receita medicamentosa controlada. Conclui-se que a maioria da população não visualiza 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.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Serviços médicos de emergência. Serviços de saúde.

ABSTRACT

The present study sought to describe the academic experiences in a Care Unit. in the experience reporting modality, located in the central region of the State of Rio Grande do Sul. It was observed that the demand for care showed seasonality in certain pathologies and that the Unit in question becomes an extension of Basic Attention activities. It was noticed that the greatest number of care and hospitalization were by adult users, with cardiovascular, respiratory, endocrine disorders / moderate fever; cough or flu for several days; delivery of laboratory tests / image or request for prescription drugs. It is concluded that the majority of the population does not visualize this Unit as an urgent and emergency care service. It is highlighted the need to strengthen the Basic Attention Network and Medium complexity as a possibility to guarantee continuity of care, as well as optimize spaces in the Service to sensitize the user.

Descriptors: Emergency. Medical Services. Health Services. Primary Health Care.

RESUMEN

El presente estudio buscó describir las experiencias académicas en una Unidad de Cuidado. en la modalidad de presentación de informes de experiencia, ubicada en la región central del Estado de Rio Grande do Sul. Se observó que la demanda de atención mostró estacionalidad en ciertas patologías y que la Unidad en cuestión se convierte en una extensión de las actividades de atención básica. Se observó que el mayor número de cuidados y hospitalizaciones fueron por usuarios adultos, con trastornos cardiovasculares, respiratorios, endocrinos / fiebre moderada; tos o gripe por varios días; entrega de pruebas de laboratorio / imagen o solicitud de medicamentos recetados. Se concluye que la mayoría de la población no visualiza esta Unidad como un servicio de atención urgente y de emergencia. Se resalta la necesidad de fortalecer la Red de Atención Básica y la complejidad Media como una posibilidad para garantizar la continuidad de la atención, así como optimizar espacios en el Servicio para sensibilizar al usuario.

Descritores: Atención primordial a la salud. Servicios médicos de emergencia. Servicios de salud.

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, E-mail: elisamegier@hotmail.com.

²Enfermeira. Orientadora. Docente do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: adrianadap@terra.com.br. ³Enfermeira. Co

orientadora. Docente do curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: carlalizandralferreira@gmail.com. ⁴Enfermeiros da Unidade de Pronto Atendimento. Preceptores da disciplina de Estágio II. E-mail: jsr.ribas@gmail.com e marcia.r.winch@gmail.com

Megier, E.R. et al.

INTRODUÇÃO

Os níveis de atenção à saúde no Brasil foram definidos pelo Ministério da Saúde, no contexto do SUS, como Atenção Básica (AB) , Atenção em Média Complexidade (AMC) e Atenção em Alta Complexidade (AAC). A AB é definida como um conjunto ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de agravos, constituídas em Estratégias Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde, com ênfase na Saúde da Família .A AMC é composta por ações que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde, demandando profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e ao tratamento. Esses 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. Consequência disso revelam-se nas altas filas nos prontos-socorros, resultando na incapacidade de prestar uma atenção contínua à saúde da população. Com o intuito de alterar esse cenário, foi lançado em 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências, reformulada em 2011. Neste 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).

Dessa maneira, as atuações de graduandos de Enfermagem, nos diversos contextos, são essenciais para instigar e refletir a abordagem a ser utilizada com o usuário que procura esses

R. Interd. v. 11, n. 1, p. 135-139, jan. fev. mar. 2018

Unidade de pronto atendimento como...

serviços, bem como o conhecimento sobre a utilização de protocolos, avaliação e classificação quanto ao risco dos que procuram atendimento. A partir disso, questiona-se: o usuário relaciona a UPA como extensão de cuidado das Unidades de Saúde da Atenção Básica? As vivências de estágios na UPA contribuem para o processo de formação do acadêmico? Nesse sentido, o estudo objetiva descrever as vivências acadêmicas em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

METODOLOGIA

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 observador passivo ou ativo, devendo 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 cenário 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. Totalizou-se uma carga de 30 horas semanais, desenvolvidas no período de dezembro/2016 a abril/2017.

RESULTADOS

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, o qual contém 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).

Percebeu-se durante as vivências que o maior número de atendimento e internação foram por 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.

Esses atendimentos, que não eram 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 e variando conforme as condições climáticas. No turno da noite esses atendimentos eram concluídos, e, eventualmente chegavam

Unidade de pronto atendimento como...

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 este 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. Dentre os atendimentos classificados como nível 4 ou 5 e que internavam na Observação, os usuários relatavam que após o diagnóstico médico, como por exemplo 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 mencionaram dessa rotina, na qual há períodos em que a “Observação adulta” torna-se uma “Unidade Clínica” ao invés de ser um local para estabilizar o usuário e encaminhar para a Atenção Básica ou de Alta complexidade.

DISCUSSÃO DOS DADOS

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 semana, incluídos feriados e pontos facultativos com a finalidade de acolher e acolher os usuários e seus familiares que

Megier, E.R. et al. 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 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 a alta frequência das classificações de risco “verde e azul” poderiam ter sido assistidos 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)

O estudo de 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 R. Interd. v. 11, n. 1, p. 135-139, jan. fev. mar. 2018

Unidade de pronto atendimento como...

componentes que compõem a Rede de Atenção a Saúde.

Para Mendes (2010), essa Rede é determinada como uma organização dos serviços de saúde, que permitem 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 otimização de recursos humanos e financeiros.

Random et al. (2011) destacam que tais atendimentos, contrários ao fluxo proposto pelas Redes de Atenção, influenciam de forma negativa na assistência. Além do mais, elevam o custo no setor de saúde, diminuindo a oferta para situações emergenciais. Destaca-se que o principal prejuízo é ocasionado à saúde do indivíduo, uma vez que o cuidado não é realizado na sua integralidade (COELHO; STEIN, 2016)

A consolidação e a integração entre os diferentes níveis de atenção é pertinente à medida em que propicia otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo às necessidades dos usuários. A UPA, na perspectiva de Random et al. (2011), assim como o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e as centrais de regulação são um ponto estratégico monitorar em tempo real o funcionamento da rede e avaliar demais serviços. Espera-se por meio de uma articulação efetiva, entre Atenção Básica e às UPA's, atender às demandas de saúde, garantindo a continuidade e à integralidade da assistência.

CONCLUSÃO

Percebeu-se, durante as atividades do estágio, que a maioria da população não visualiza a UPA como um serviço de atendimento de urgência e emergência, mas sim como extensão do

Megier, E.R. et al.
cuidado das unidades de saúde da atenção básica.
A busca por um serviço resolutivo é 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 do funcionamento da Atenção, sensibilizar o usuário à procura dos serviços 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.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

BRASIL. 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: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>. Acesso em: 29 maio 2017.

BRASIL. 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: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da R. Interd.** v. 11, n. 1, p. 135-139, jan. fev. mar. 2018

União. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. 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: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unimontes/article/view/319/297>>. 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: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15091/10693>>. 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://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf>. 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: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>>. 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: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44664/pdf>>. 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: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn1/serlVn1a05.pdf>>. 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, 2007. out/dez;.

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

Megier, E.R. et al.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. 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 <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a03v12esp_n4.pdf>. Acesso em: 29 maio 2017.

Submissão: 26/10/2017

Aprovação: 05/12/2017