

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

**JIENNIFER SOUZA DE OLIVEIRA ^{1,2*}, MAYARA CRISTINA OLIVEIRA ³,
DANIELA SAVI GEREMIA ^{2,4}**

1 Introdução

As unidades de urgência e emergência no Brasil tem buscado aperfeiçoar as formas de classificação de risco para oferecer prioridade a quem necessita de atendimento imediato e um dos protocolos utilizados para a classificação é o Protocolo de Manchester. Este tem o objetivo de acolher o usuário, promover a escuta ativa da queixa principal e classificar o usuário de acordo com sua prioridade clínica oferecendo um tempo de espera relativo à sua gravidade (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Desde o ano de 2020, os serviços de saúde se encontram em um cenário diferenciado com a situação da pandemia da Covid-19. Os serviços de urgência e emergência encontram-se na linha de frente e precisam estar preparados e organizados para acolher os usuários com a doença. Com isso surge a inquietação de entender as formas de operacionalização do Protocolo de Manchester na organização dos fluxos de atendimento. Assim, surge as questões norteadoras da pesquisa: “Como a enfermagem organiza os fluxos assistenciais na urgência e emergência e quais são as implicações com a pandemia da Covid-19? ”.

Esta pesquisa se justifica devido sua importância para o debate da organização e funcionamento do serviço de urgência e emergência, melhoria do acesso, qualidade do atendimento e melhores definições dos processos de trabalho da equipe de saúde. Ainda, pode subsidiar maiores informações sobre a atuação do profissional enfermeiro e contribuir para avanços no uso de ferramentas para qualificar o processo de ordenação dos fluxos assistenciais.

2 Objetivos

Analisar o trabalho da enfermagem na organização dos fluxos assistenciais na urgência e emergência de um hospital regional e suas implicações com a pandemia da Covid-19.

1 Bacharel em Enfermagem, Chapecó, contato: jienniferdeoliveira@gmail.com

2 Grupo de Pesquisa: Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS)

3 Bacharel em Enfermagem, Chapecó.

4 Docente de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, **Orientador(a)**.

3 Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no município de Chapecó, na região Oeste do estado de Santa Catarina, em uma unidade de Pronto Socorro (PS) associada a um hospital de referência, a pesquisa ocorreu durante o ano de 2021.

De acordo Yin (2016) os dados de uma pesquisa podem ser divididos em primários e secundários. Assim, esta pesquisa foi organizada em duas etapas: 1) coleta de dados secundários; 2) entrevista com enfermeiros que atuam na classificação de risco do hospital.

O público entrevistado foi composto pelos enfermeiros que se encaixam nos critérios de inclusão, sendo àqueles que atuam na unidade de PS, que tenham realizado o curso do Protocolo de Manchester e realizem classificação de risco. O processo de exclusão na pesquisa foram os profissionais enfermeiros que não atuam na unidade de PS, os que não tem a certificação para operar o Protocolo de Manchester e os profissionais que estiverem em férias, afastados ou em uso de atestado médico. Foram entrevistados um total de 8 profissionais enfermeiros.

A coleta de dados na primeira etapa, são oriundos do Relatório do Sistema de Gestão (G-HOSP), referente ao período do ano de 2020 e de janeiro a agosto de 2021. Para a coleta da segunda etapa, realizada através de entrevista com enfermeiros, inicialmente foi realizado contato prévio e o agendamento para a realização da entrevista, na sala de classificação de risco. A ferramenta utilizada no momento da entrevista foi o roteiro semiestruturado, contendo dez questões abertas. A entrevista foi gravada através de áudio e tem duração entre 20 e 30 minutos, em seguida foi transcrita e posteriormente devolvida ao profissional para que fosse validada.

O método de análise utilizado para esse trabalho foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) conforme proposto por Lefèvre (2017), que perpassa algumas etapas, sendo a 1ª transcrição das entrevistas, a 2ª etapa do processamento do DSC, consiste em analisar cada depoimento e extrair as Expressões Chaves (EC). Na 3ª etapa foi identificada a Ideia Central (IC). A pesquisa constitui a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) parecer nº 4.612.134.

4 Resultados e Discussão

Dentre os resultados desta pesquisa foi evidenciado o número de atendimento de

acordo com a classificação de risco. Visto que as maiores demandas de atendimentos no serviço de emergência do hospital são de pacientes classificados como urgente e pouco urgente, porém os pacientes que são classificados não urgente e eletivo também representam um número significativo de atendimentos, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Classificação de risco na unidade Pronto Socorro, período 2020 e 2021.

CLASSIFICAÇÃO Jan/Dez 2020	TOTAL	CLASSIFICAÇÃO Jan/Agos 2021	TOTAL
EMERGENTE	439	EMERGENTE	335
MUITO EMERGENTE	6201	MUITO EMERGENTE	3436
URGENTE	31437	URGENTE	17205
POUCO URGENTE	9739	POUCO URGENTE	5149
NÃO URGENTE	1023	NÃO URGENTE	577
ELETIVO	2036	ELETIVO	1191
NÃO CLASSIFICADO	367	NÃO CLASSIFICADO	1046
TOTAL	51242	TOTAL	28939

Fonte: Relatório Sistema de Gestão G-HOSP. Estatística Pronto Socorro (2020/2021).

Em relação a esses agravos em saúde, poderiam ser resolvidos em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município como Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Unidade Básica de Saúde (UBS).

Outro fator que chama atenção está relacionado ao número de pacientes que ficaram alocados no setor de emergência por falta de leito nas unidades de internação. Sendo assim o estudo identificou que no mês de fevereiro de 2021, alocaram-se um total de 112 pacientes de forma provisória, esse número se justifica devido ao colapso na saúde pública que aconteceu no município causada pela Covid-19.

Ademais o estudo identificou a partir das entrevistas com os enfermeiros as IC: 1 – Práticas dos enfermeiros na classificação de risco; 2 – Condições Estruturais de Trabalho e 3 – Organização dos fluxos assistenciais. Entre os resultados possibilitaram compreender as potencialidade e dificuldades das práticas de classificação de risco, especialmente com a alta demanda e as mudanças ocasionadas pela pandemia da Covid-19. A seguir são apontados dois DSC que expressam parte da realidade vivenciada na organização do fluxo assistencial.

No DSC 2 os entrevistados ressaltam a importância de um protocolo para respaldar



as práticas assistências dos profissionais no momento do atendimento, trazendo ao usuário melhores resultados no processo de atendimento.

DSC 2: As principais potencialidades que o Manchester nos traz é poder estar baseando nossas práticas assistenciais dentro do ambiente hospitalar. No caso eu consigo avaliar o paciente, detectar os sinais vitais, identificar a queixa dele e reconhecer qual vai ser o risco sem tomar decisões precipitadas. Assim, o protocolo nos permite fazer uma classificação de risco bem real, para não passar despercebido alguma alteração. Compreendendo a prioridade dos pacientes com o potencial de melhorar o atendimento e esclarecer as necessidades dos pacientes. Então, é assim que baseamos as nossas práticas tendo um olhar crítico para o paciente e mantendo o respaldo no dia a dia. Uma das possibilidades do Protocolo de Manchester é o processo de agilidade no atendimento ao paciente. Então, otimizando esse tempo que o paciente vem por queixa específica. Isso pode auxiliar diretamente na identificação da urgência no fluxo apresentado. E vai nos resultar em organização, eficiência, redução de óbito, aumento da satisfação do paciente, redução de erros e um atendimento mais humanizado. (E1, E5, E7, E6, E2, E8, E4).

Conforme o DSC 2 todos os enfermeiros concordam que o Protocolo de Manchester oferece maior segurança durante a prática assistencial na classificação de risco, pois conseguem embasar suas práticas na teoria e assim reconhecer a queixa do paciente, identificar as prioridades e oferecer um atendimento rápido de urgência ou emergência. Para além os enfermeiros que atuam em PS necessitam se capacitar continuamente para melhorar a avaliação e habilidades durante a classificação de risco (OLIVEIRA et al., 2017).

De acordo com o DSC 3 foi evidenciado que os enfermeiros realizaram diferentes protocolos para favorecer a ambiência e proporcionar o acolhimento no momento inicial da pandemia.

DSC 3: No período da pandemia houve a implementação de diferentes protocolos destinados a alta demanda de pacientes com Covid-19. As primeiras mudanças na classificação foi a realização de desinfecção nos equipamentos, precisando a cada atendimento fazer toda um assepsia no local e após encaminhar eles para o isolamento se positivados. Para estes pacientes com queixas respiratórias em isolamento, esta área é dividida praticamente com os pacientes internados não infectados. Ou seja, eu acabo meio que misturando pacientes que estão com suspeita e aqueles pacientes que estão confirmados, juntando pacientes que foi para o isolamento por uma gripe comum e podendo aumentar o risco de realmente contrair a Covid-19 por estar junto com paciente que tem suspeita. Então no início foi tumultuado esses processos porque a demanda era alta, mas depois foi se organizando e foi ficando praticamente uma Unidade de Terapia Intensiva. (E5, E1, E4, E5).

Segundo o DSC 3 podemos perceber que no início da pandemia houve dificuldades para organizar o espaço físico devido à alta demanda de pacientes em estado grave

acometidos pelo Covid-19. Sobretudo a equipe de enfermagem da unidade PS do hospital, esteve presente e protagonizando estas mudanças na organização do atendimento, garantindo local apropriado e ambiência para os que necessitavam de isolamento respiratório e evitar a disseminação da doença. Em estudo de Bordignon *et al.*, (2020) realizado em uma UPA 24 horas, essas mesmas ações foram identificadas, diante de uma pandemia dessa magnitude.

5 Conclusão

Embora a pandemia represente um período crítico do serviço de Urgência e Emergência evidenciou-se a alta flexibilidade e capacidade de adaptação dos enfermeiros, em curto espaço de tempo para atender as instáveis demandas do setor. Além disso o trabalho destes profissionais na organização dos fluxos assistenciais, como novas formas de agir, na saúde, podem garantir a uma atenção mais resolutiva nos serviços, como também em um período atípico de pandemia, proporcionar atendimento de maior qualidade presumindo a humanização. Por fim, o desenvolvimento destas ferramentas de inclusão, para organizar e garantir o atendimento de todos nos serviço de alta complexidade deve-se conversar entre redes para que garantam a continuidade do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Classificação de Risco. Emergência. Pandemia. Acolhimento. Enfermagem.

Financiamento: CNPq

Nº de Registro no sistema Prisma: PES 2021-0314

Referências Bibliográficas

JONES, K.M.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249 p.

BORDIGNON, J.S., *et al.* Vivências e Autonomia de Enfermeiras de uma Unidade de Pronto Atendimento em tempo de Pandemia. **Enfermagem em Foco**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 205-210, 2020.

LEFÈVRE, Fernando. **Discurso do Sujeito Coletivo**. São Paulo: Livraria e Editora Andreoli, 2017. 80 p.

OLIVEIRA, J.L.C., *et al.* User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care unit. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.

YIN, R.K. **Pesquisa Qualitativa do Início ao Fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.