



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA MARTA DE OLIVEIRA DINIZ

**CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO DE
ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE PIEDADE
DOS GERAIS-MG**

Florianópolis (SC)
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA MARTA DE OLIVEIRA DINIZ

**CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO DE
ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE PIEDADE
DOS GERAIS-MG**

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

Prof. Orientador: Antônio de Miranda Wosny

Florianópolis (SC)
2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE PIEDADE DOS GERAIS-MG** de autoria do aluno **ANA MARTA DE OLIVEIRA DINIZ** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência.

Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny

Orientador

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores do curso, em especial a meu orientador, Prof. Antonio de Miranda wosny, pela dedicação e apoio;

Agradeço também ao meu marido Bruno, pela grande ajuda. E ao meu filho Bernardo pelo maior amor do mundo, e peço desculpas pelas horas de ausência para dedicar a construção deste trabalho.

SUMÁRIO

A tabela de conteúdo está vazia porque nenhum dos estilos de parágrafo selecionados no Inspetor de Documento está sendo usado no documento.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

CFM - Conselho Federal de Medicina

ESF - Estratégia Saúde da Família

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEH - Serviços de Emergência Hospitalar

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O presente trabalho objetivou construir um protocolo clínico de atendimento de enfermagem às urgências e emergências no Município de Piedade dos Gerais. Trata-se de um projeto de contribuição à prática de enfermagem em urgência e emergência baseado na realidade do Município. Através de grupos de discussão entre os profissionais de enfermagem foram encontrados problemas como falta de local adequado para atendimento; falta de equipamentos e medicamentos para atendimento pré-hospitalar; falta de capacitação e de profissionais adequados; rotatividade de profissionais; dificuldade em conseguir vaga nas Unidades de Referência; trajeto longo e demorado. Sendo assim, é necessária a criação de um protocolo de atendimento de enfermagem às urgências e emergências. O público-alvo do projeto são todos profissionais de enfermagem que prestam assistência direta aos pacientes de urgência e emergência do Município de Piedade dos Gerais. O período para o desenvolvimento do projeto será de oito meses.

Palavras-chave: Protocolo de atendimento, Enfermagem, Urgência e emergência.

1 INTRODUÇÃO

Todos os pacientes que procuram as unidades de saúde devem ser atendidos; no entanto, a função do pronto-socorro é priorizar o atendimento de urgências e emergências (BRASIL, 2006).

No Brasil, na maioria dos Estados e Municípios, os serviços de emergência sofrem o maior impacto da desorganização do sistema, se tornando o alvo preferido para as críticas ao modelo nacional de assistência à saúde. Um importante motivo de crítica tem sido a superlotação dessas emergências e seu impacto negativo para os pacientes, gerando problemas de difícil gerenciamento (O'DWYER, 2010).

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial, caracteriza-se por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos, fatores que indicam, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Piedade dos Gerais localiza-se na macrorregião de Belo Horizonte e na microrregião de Betim. Limita-se ao norte com Bonfim, a leste com Belo Vale, a sudeste com Jeceaba, ao sul com Desterro de Entre Rios, a sudeste com Piracema e Crucilândia. O município está localizado a aproximadamente 95 km da capital.

No que diz respeito à área da Saúde, Piedade dos Gerais possui uma Unidade Básica de Saúde e duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESFs) situadas no centro da cidade (Unidade Saúde em Casa) e outras duas na zona rural, sendo todas propriedades da prefeitura. Os demais povoados que não possuem unidades próprias são atendidos pelas equipes da ESF, em igrejas e escolas.

O Município tem aproximadamente 27 povoados dentro de seu território sendo que em apenas dois deles existe ponto de apoio à saúde próximo; nos outros, a atenção é realizada pela equipe da ESF rural no Centro Municipal de Saúde que é porta de entrada dos usuários. A distância desses municípios até o centro da cidade varia de quatro a dezessete quilômetros.

Segundo o censo 2000 a população é composta de 4.271 habitantes, 31,38% da população reside na área urbana, ou seja, 1.340 habitantes e 68,62% na área rural, o que vale a

2.931 habitantes. Com estes dados, pode-se observar que a população rural é bem maior que a urbana, o que significa que precisa de mais apoio.

O atendimento realizado pela ESF abrange tanto a zona urbana quanto a rural, tendo 100% de cobertura do município. As equipes são divididas em microáreas, sendo que o atendimento é organizado com uma escala mensal, cobrindo os pontos de apoio à ESF, além de não deixar a porta de entrada descoberta pelo profissional médico. Os médicos da ESF são os que atendem a demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde (UBS), que é a mais frequentada pelos usuários, por ser a de mais fácil acesso.

No ano 2012 foram realizados grupos de discussão entre os profissionais de enfermagem da Unidade Básica de Saúde do Município Piedade dos Gerais, onde foram encontrados os seguintes problemas:

- a) Falta de local adequado para atendimento;
- b) Falta de equipamentos e medicamentos para atendimento pré-hospitalar;
- c) Falta de capacitação e de profissionais adequados;
- d) Rotatividade de profissionais;
- e) Dificuldade em conseguir vaga nas Unidades de Referência;
- f) Trajeto longo, e conseqüentemente demorado.

O problema maior detectado foi no atendimento de urgências e emergências o que requer uma ação, ou seja, uma intervenção através da organização do serviço, aquisição de equipamentos básicos de atendimentos pré-hospitalares, capacitação profissional, criação e implantação de um protocolo clínico de atendimento às urgências e emergências, pois a falta do mesmo dificulta o atendimento no município.

Através das discussões pôde-se perceber a necessidade da criação de um protocolo clínico de atendimento de enfermagem as urgências e emergências no Município de Piedade dos Gerais, devido seu pequeno porte, e por ainda não possuir sala de urgência e emergência ou equipamentos e medicamentos básicos para os primeiros socorros.

Protocolos são guias de orientação sucinta para auxiliar na prática diária. Sabe-se da necessidade da padronização de condutas, idealmente respaldadas em evidências científicas, e, para isto, é preciso um envolvimento de todos os atores, desde os servidores das Unidades de Saúde até o gestor.

A inclusão do protocolo no Sistema Municipal de Saúde é uma tentativa de se caracterizar situações de potencial emergência ou urgência, para que possam ser rapidamente

priorizadas e receber o atendimento adequado no menor tempo possível, buscando melhorar a qualidade do pronto-socorro e do atendimento à população.

A organização da atenção de enfermagem em urgência e emergência no Município de Piedade dos Gerais contribuirá para maior qualidade do atendimento à população municipal.

A utilização de protocolos assistenciais traz muitas vantagens para a equipe principalmente ao paciente, pois proporciona uma maior segurança, habilidade e, sobretudo aquisição de um maior conhecimento teórico. Contribui com a padronização da assistência durante o atendimento da equipe, reduzindo o tempo de atendimento e a possibilidade de falhas, repercutindo na melhoria da recuperação do paciente.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo principal a construção de um protocolo clínico de atendimento de enfermagem às urgências e emergências no Município de Piedade dos Gerais.

E como objetivos específicos:

- a) Evidenciar a necessidade de educação permanente para os profissionais de enfermagem em atendimentos de urgência e emergência;
- b) Elaborar um plano de ações para atendimento à população em estado de urgência e emergência em nível de suporte básico de vida;
- c) Estimular a elaboração de um instrumento de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

O público alvo são enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que prestam assistência direta aos pacientes de urgência e emergência do Município de Piedade dos Gerais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Sistema Único de Saúde

No Brasil, adotamos um sistema de saúde público, único, regulamentado legalmente, que garante a todos uma assistência à saúde de qualidade (apropriada e resolutiva). Existe a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Urgência e Emergência entre muitas outras estratégias e, mesmo assim, com todos os avanços, este sistema de saúde não conseguiu, ainda, suprir de modo satisfatório as necessidades do cidadão comum. Principalmente, quando nos referimos à assistência de urgência e emergência isto se torna mais claro.

A atenção à saúde no Brasil, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), por determinação da Constituição de 1988, e regulamentado por lei (Lei 8.080 e Lei 8.142) em 1990, propõe um modelo de atenção baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação, assim como reconhece, como fatores condicionantes e determinantes para a saúde, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O modelo assistencial integrado propõe a organização do sistema de saúde, em formato de REDE, na qual a atenção básica (AB), definida como todas as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em um dado território, seja o centro do qual partem todos os outros componentes, como a atenção especializada, as internações, o apoio diagnóstico e laboratorial, entre outros, assegurando assim, a integralidade da atenção.

Além de integral, esta atenção deve ser geral (para todas as faixas etárias e todos os tipos de agravos ou condições) e acessível, garantindo assim sua qualidade e resolubilidade.

Na organização da atenção à saúde, normalmente, encaminham-se os casos de urgência e emergência para o serviço secundário para onde o paciente grave costuma ser levado pelo serviço móvel de emergência. Isso demanda um processo que envolve o reconhecimento da urgência ou emergência pelo profissional de saúde, o início do atendimento, o acionamento do transporte e a manutenção do atendimento até a chegada do transporte.

A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência, desde a atenção básica, até os cuidados pós-hospitalares, assim como na convalescença, recuperação e reabilitação, conforme a portaria GM/MS 2048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002).

A organização de redes locais de atenção integral às urgências, segundo o Ministério da Saúde (2002), como elos da cadeia de manutenção da vida, pressupõe seus diversos componentes:

- a) Componente pré-hospitalar fixo, formado pelas unidades básicas de saúde e unidades de Saúde da Família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e unidades não hospitalares de atendimento às urgências;
- b) Componente pré-hospitalar móvel-SAMU;
- c) Componente hospitalar;
- d) Componente pós-hospitalar.

2.2 Política Nacional de Urgência e Emergência

A urgência qualifica um estado de atendimento prioritário a um paciente em detrimento de outros, por apresentar uma afecção que evolui ou tende a, rapidamente, evoluir para um estado grave, configurando a necessidade de atendimento imediato ao ponto de não poder permanecer em “fila de espera” ou esperar por atendimento em consulta eletiva. Neste sentido, os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente da

assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve um crescimento da demanda desencadeado pelos seguintes fatores: crescimento demográfico, violência urbana, aumento do número de acidentes e as doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; ULHÔA *et al.*, 2010).

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1451/95, urgência significa a ocorrência de aparecimento rápido, mas não necessariamente imprevisto, de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de tratamento em curto prazo, a fim de evitar mal irreversível ou morte.

Emergência é definida como a condição de agravo à saúde que implique risco iminente para a vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento imediato, a fim de evitar mal irreversível ou morte (CFM, 1995).

A Portaria 1863/GM, de 29 de setembro de 2003, implantou no Brasil, a Política Nacional de Urgências, objetivando a qualificação progressiva do sistema de saúde público (BRASIL, 2006).

Todavia, o conjunto de ações implantadas na área até o momento, é menor do que as necessidades sociais.

O acontecimento imprevisto de risco de morte acontece a qualquer momento, seja em pessoas sabidamente doentes ou de perfeita saúde previamente. Resta a estas pessoas, como alternativa, buscar o socorro mais próximo.

Evidente que, uma urgência ou emergência com risco de morte é um momento crítico para qualquer ser humano, assim como é legal o seu direito a uma assistência de qualidade e apropriada, condição esta prevista, nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Considerando os dinâmicos processos de transição demográfica e epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas e degenerativas, do aumento da violência urbana e o aumento em grandes proporções de acidentes em rodovias; a assistência hospitalar regionalizada representa a primeira referência para causas externas, agravos agudos e eventos consequentes de doenças crônicas (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010).

As unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências fazem parte do componente hospitalar do sistema de atenção, estabelecido pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). O objetivo do trabalho das equipes de saúde dessas unidades é atender pacientes que chegam em estado grave, acolher casos não urgentes e proceder sua

reordenação a serviços ambulatoriais básicos ou especializados (BRASIL, 2006; GARLET *et al.*, 2009a).

O pressuposto fundamental da PNAU é a garantia de acesso e acolhimento nos serviços de saúde, de acordo com a complexidade tecnológica, que deverá estar organizada de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, prevenindo iatrogenias por manipulação ou tratamentos incorretos, evitando a morte ou incapacidades físicas temporárias e permanentes (BRASIL, 2006).

Existem alguns serviços hospitalares de atendimento às urgências e emergências que estão organizados hierarquicamente e atendem o modelo de atenção preconizado. Destaca-se o modelo de organização de uma unidade de emergência hospitalar do interior paulista, que adotou a mudança na organização do trabalho e da gestão das urgências, contribuindo para que a superlotação fosse equacionada, por meio da redução do número de consultas e da taxa de ocupação, com aumento da média de permanência, da complexidade dos casos atendidos e do custo médio das internações, transformando-se em um centro de referência nos atendimentos de elevada complexidade, assim como para a formação e capacitação de profissionais da urgência (SANTOS *et al.*, 2003).

Nos últimos anos, o sistema brasileiro de atenção às urgências tem apresentando avanços em relação à definição de conceitos e incorporação de novas tecnologias visando à organização do atendimento em rede. Nesse sentido, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, de modo que tanto a atenção básica quanto os serviços especializados deverão estar preparados para o acolhimento e encaminhamento de pacientes para os demais níveis do sistema quando esgotarem-se as possibilidades de complexidade de cada serviço (GARLET *et al.*, 2009b).

Contudo, a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento abertos 24 horas. Esses serviços responsabilizam-se por situações de urgência, bem como ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade. Essas situações acontecem na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil e, têm interferido muito no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população (DESLANDES; MINAYO; OLIVEIRA, 2007).

Estudo realizado na Emergência de Adultos de um hospital geral de Pernambuco constatou que 74,5% dos atendimentos realizados eram por queixas típicas da atenção básica,

não se caracterizando, portanto, como urgência. Essa demanda prejudica a assistência aos casos graves e agudos, pois acarreta acúmulo de tarefas, contribui para o aumento dos custos de atendimento e gera sobrecarga para os profissionais da equipe de saúde (FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR; CAVALCANTI, 2004).

Os profissionais também atendem a situações de extrema gravidade que ultrapassam a capacidade resolutive dos serviços e têm dificuldades para referenciar os pacientes para outros hospitais. Assim, as salas de observação, reservadas para permanência temporária dos pacientes, transformem-se em áreas de internação, sem possuírem as devidas condições de infraestrutura e de pessoal para cuidados contínuos, sujeitando os pacientes a riscos (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Os pacientes procuram os serviços hospitalares de urgência como uma das opções de acesso, pois entendem que eles reúnem uma totalidade de recursos, como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, que os tornam mais resolutivos. Os serviços de pronto atendimento e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atendimento às demandas de forma mais ágil e concentrada (MARQUES, LIMA, 2007).

Apesar dos avanços, a atenção às urgências ainda reúne muitas fragilidades, pois, na maioria dos centros urbanos, a descentralização da assistência é sutil e a ordenação dos fluxos é iniciante. Predomina o modelo tradicional de organização do atendimento às emergências, determinado pela procura espontânea de usuários, culminando com superlotação das salas de atendimento, com conseqüente baixa qualidade da assistência prestada, longo tempo de espera para consultas, exames e cirurgias, falta de vagas para internação, bem como de pessoal capacitado (SANTOS *et al.*, 2003).

Os serviços de pronto atendimento e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atendimento às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações que os torna resolutivos, sob a visão do usuário (MARQUES; LIMA, 2007).

Estudo realizado em uma unidade de emergência do Rio de Janeiro indicou que o processo de trabalho está organizado principalmente para suportar as conseqüências da demanda do que propriamente produzir sua finalidade, pois o número expressivo de atendimentos realizados pela equipe de saúde tem interferido consideravelmente no processo

de trabalho (DESLANDES; 2002). Desse modo, ao trabalharem na porta de entrada de um hospital público de emergência, os profissionais são interpelados por uma demanda que ultrapassa o que os serviços estão organizados para reconhecer e intervir. Tal organização não se restringe às condições materiais, tecnológicas e de pessoal, mas engloba igualmente a forma de organização e gestão dos processos de trabalho empregados nesses serviços (SÁ; CARRETEIRO; FERNANDES, 2008).

Para os pacientes que precisam, efetivamente, de cuidados de urgência há um impacto negativo na qualidade da assistência prestada, pelo desvio dos recursos humanos e um obstáculo à especialização dos profissionais (PORTUGAL, 2001).

Os pacientes que recorrem inadequadamente a este serviço recebem um atendimento inadequado, por:

- a) Impossibilidade de abordagem global do doente,
- b) Falsas tranquilizações perante respostas que geralmente são de circunstância, mas que não resolvem o problema,
- c) Dificuldade no controle de doenças crônicas,
- d) Aplicação de paradigmas de abordagem terapêutica próprias de situações agudas a situações crônicas,
- e) Impossibilidade de os técnicos terem o seguimento e a avaliação do impacto dos seus procedimentos, com todas as consequências no seu desenvolvimento profissional,
- f) Impossibilidade de construir uma relação funcional médico-doente,
- g) Dificuldade em abordar o doente com multipatologia.

Para os Serviços de Saúde implica uma redução da eficiência, com maior dificuldade em dar respostas mais adequadas às necessidades reais da população (PORTUGAL, 2001).

Apesar da grande maioria dos envolvidos esteja consciente destas situações, conforme o demonstra o fato de este problema ter sido objeto de preocupação de todas as equipas do Ministério da Saúde recentemente, a realidade é que muito pouco se tem conseguido avançar, parecendo cruel o agravamento do problema (PORTUGAL, 2001).

Em grande parte em decorrência das dificuldades encontradas na atenção básica, sem acolhimento adequado, com poucos profissionais e sempre superlotada, os usuários buscam a rede secundária, mesmo para casos de baixa complexidade. Isto, por sua vez, sobrecarrega este nível de atenção, prejudicando um possível atendimento de urgência ou emergência que já não foi possível na atenção básica. Para a rede terciária, então, restam pacientes que vão a

óbito logo após a admissão, ou que, em consequência das graves sequelas, permanecem hospitalizados por longos e indefinidos períodos.

De todas as situações de risco de morte, a mais crítica é a parada cardiorrespiratória. Evidentemente que, a maioria das paradas cardíacas, especialmente as que ocorrem em ambiente hospitalar, são de pacientes portadores de doenças de base graves, como sepse, choque cardiogênico, insuficiência cardíaca terminal, embolia pulmonar maciça etc. (PAIVA; DAMASCENO; TIMERMAN, 1997).

Estes pacientes, muito provavelmente, irão falecer mesmo com o melhor atendimento possível à parada cardíaca. Em muitos casos, contudo, seria possível recuperar o paciente com mínima ou nenhuma seqüela se as manobras de ressuscitação fossem executadas corretamente e no tempo certo, pois, em casos de emergência, o primeiro atendimento define a capacidade de recuperação do paciente. A estatística do Instituto Dr. José Frota (IJF), maior hospital de emergência do Estado, indica que 17% das mortes ocorridas naquele serviço poderiam ser evitadas, melhorando o primeiro atendimento e maximizando o tempo e a qualidade do transporte destes pacientes (PMF/SMS/IJF, 2009).

Pode-se concluir que, sem a revisão de todo o sistema de saúde, a emergência continuará a ser usada inapropriadamente pelos pacientes como uma opção para o atendimento primário. Restrições de acesso têm sido propostas como solução e aconteceram também no Brasil, mas são inaceitáveis na nossa realidade, em um país com tanta desigualdade social, além de não serem efetivas (O'DWYER, 2010).

2.3 Importância dos protocolos de cuidado à saúde

De forma mais sintética, protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços. Focando a abordagem clínica, o Ministério da Saúde afirma:

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os Protocolos instrumentalizam a definição de prioridade clínica. Ao descrever a forma de apresentação de uma doença ou agravo e seus sinais de alerta permite classificar o nível de gravidade e de sofrimento do paciente, e diferenciar emergência de urgência em seus diferentes níveis. Nas situações de urgência e emergências, os protocolos constituem ferramentas apoio importantes para a tomada de decisão, conferindo maior segurança e mesmo um nível de controle para a variabilidade clínica (MENDES, 2011).

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, além de definirem bases de prática para a atenção básica, propuseram a criação de protocolos para a assistência médica. Em 2006, o Pacto pela Saúde buscou induzir a qualidade do atendimento, propondo que o mesmo esteja amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados (BRASIL, 2006)

Como decorrência desses movimentos institucionais, e diante da expansão e consolidação da atenção básica e da estratégia de Saúde da Família (SF), a utilização de protocolos passou a fazer parte do trabalho cotidiano da maioria dos municípios brasileiros. Muitos deles passaram a elaborar seus próprios protocolos, diante das necessidades de saúde que lhes eram peculiares. Porém, em um número considerável de municípios, estão sendo adotados os protocolos produzidos e preconizados pelo Ministério da Saúde ou pelas secretarias estaduais.

Abordando o emprego dos protocolos em ambiente hospitalar, Jacques e Gonçalo (2007) afirmam que a gestão do conhecimento tem possibilitado o uso eficaz do conhecimento em benefício dos serviços, por meio da construção de protocolos médico-assistenciais. Para os autores, desafiando a existência de tensões e conflitos no interior dos serviços de saúde, a gestão do conhecimento fundamenta-se na necessidade de que a construção desses protocolos funcione como núcleo de interesse entre gestores e profissionais da saúde, tornando-os parceiros no compartilhamento de ideias, sejam elas de estrutura, processos ou resultados.

O mesmo raciocínio pode ser adotado quando se pensa no emprego de protocolos no campo da atenção primária, onde se situam as unidades básicas de saúde. De acordo com os autores, os protocolos propiciam “processos ricos em aprendizagem organizacional e, como prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados” (JACQUES; GONÇALO, 2007).

Algumas vezes, os protocolos são demandados pelos gestores e profissionais dos serviços de saúde, a partir de problemas concretos de seu dia-a-dia. Noutras situações, podem resultar de diretrizes que signifiquem a orientação política do SUS em cada local e a cada momento.

Assim, conforme afirmamos, os protocolos podem ser instrumentos muito úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde no âmbito das unidades de saúde. Porém, é importante lembrar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações.

Para Campos e Amaral (2007), “o trabalho clínico apresenta regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais, cadeias de cuidado ou protocolos”. No entanto, a clínica apresenta significativa variedade de demandas por atenção e esse fato traz a necessidade de que se combine a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso. Segundo os autores, esta não é uma questão de fácil equacionamento, uma vez que se torna necessária a abertura dos profissionais para situações em que ocorrem imprevistos, capaz de gerar neles mais autonomia para a condução do trabalho clínico.

Nesse caso, a função preponderante da gestão é fazer com que a maioria dos profissionais se sinta tanto motivada para colaborar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos protocolos quanto para realizar os procedimentos clínicos com capacidade de singularizar determinadas situações e, de fato, produzir o melhor caminho terapêutico exigido em cada caso. Enfim, os autores sugerem a adoção de uma gestão democrática que produza a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde, invertendo a lógica das “linhas de produção” para a organização da atenção aos pacientes “com autonomia profissional e clara definição de responsabilidade clínica”.

3 MÉTODO

Trata-se de um projeto de contribuição à prática de enfermagem em urgência e emergência do Município de Piedade dos Gerais.

O público-alvo do projeto são todos profissionais de enfermagem que prestam assistência direta aos pacientes de urgência e emergência do Município de Piedade dos Gerais, que participarão de forma direta de todos os encontros previstos.

O período para o desenvolvimento do projeto será de aproximadamente oito meses no período da tarde em sábados alternados. O espaço para a realização dos encontros será uma sala cedida pela prefeitura podendo ser em uma escola pública ou outro local indicado por este órgão.

O primeiro encontro será entre o coordenador (pesquisador) do projeto e o grupo de profissionais da saúde para apresentações e divulgação do trabalho. Após explicações, informações e questionamentos, será aplicado um questionário para levantar os principais problemas existentes no atendimento de urgências e emergências e também sugestões.

No segundo encontro terá um debate sobre a problemática e as respostas do questionário.

No terceiro encontro, haverá duas palestras sobre conceitos básicos de urgências e emergências, sua importância e a problemática no Estado de Minas Gerais.

No quarto encontro, serão estudados outros protocolos clínicos de atendimento de enfermagem às urgências e emergências utilizadas em outros Municípios que obtiveram sucesso.

No quinto, sexto e sétimo encontros serão ministrados minicursos sobre o tema em questão. Vale ressaltar que estes encontros são extremamente importantes para aprofundar e aprimorar os conhecimentos dos profissionais de saúde, funcionando também como uma reciclagem.

No oitavo encontro será estudado e montado um modelo ideal para o protocolo de atendimento.

No nono e último encontro terá a continuação da montagem do protocolo clínico, revisando e melhorando o que for necessário.

4 RESULTADO E ANÁLISE

O presente estudo conseguiu alcançar os objetivos propostos visto que juntamente com os outros profissionais de saúde conseguimos elaborar um plano de ações para atendimento à população em estado de urgência e emergência em nível de suporte básico de vida.

A proposta de intervenção foi muito válida, pois irá melhorar o atendimento de pacientes que realmente estão em estado de urgência e emergência. Isto irá beneficiar também todos os funcionários de saúde que trabalham na Unidade Básica de Saúde do Município Piedade dos Gerais.

O grupo formado para discutir o atendimento de enfermagem às urgências e emergências conseguiu identificar os principais problemas e possíveis soluções.

Identificou-se que a elaboração e uso do protocolo de atendimento ao paciente em estado de urgência e emergência é primordial e estes protocolos devem estar disponíveis no serviço de emergência. Conclui-se que o atendimento realizado pela equipe da emergência é de suma importância para diminuição da mortalidade da população, evitando possíveis sequelas.

A experiência pioneira com a capacitação para a elaboração de protocolos foi muito construtiva. Parece que a sistematização do atendimento através de protocolos melhora a integração entre as equipes técnicas, padroniza condutas, cria espaço para solicitar melhorias nos diversos serviços, inclusive com a possibilidade de incorporação de novas tecnologias, embasando as argumentações em evidências (ou provas) científicas consistentes. O trabalho protocolizado tem sido enfatizado como um dos itens que os Programas de Acreditação Hospitalar avaliam, conforme o manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Os protocolos se constituem em ferramenta de educação permanente. Percebeu-se também que a autoestima do profissional envolvido com os protocolos melhora. O processo de elaboração do protocolo estimula a atualização e gera ambiente de reflexão sobre a prática estabelecida. Além disso, os protocolos têm se revelado instrumentos úteis no planejamento estratégico, no controle de estoque dos almoxarifados e na otimização dos gastos com suplementos. Os protocolos podem incrementar a integração entre os níveis de atendimento primário, secundário e terciário, aproximando as equipes.

O presente estudo poderá subsidiar a elaboração de protocolos clínicos por enfermeiros que estão diretamente ou indiretamente envolvidos nos cuidados aos pacientes em estado de urgência e emergência. Poderá também contribuir no planejamento das ações de enfermagem de forma a torná-las resolutivas e efetivas, contribuindo, não somente para uma assistência com qualidade, como também valorizando a prática do enfermeiro tanto no atendimento individual quanto no atendimento coletivo, garantindo a esses profissionais, visibilidade, autonomia e principalmente identidade da profissão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a Unidade Básica de Saúde do Município Piedade dos Gerais consiga melhorar o atendimento de enfermagem às urgências e emergências propõe-se o envolvimento responsável dos profissionais de saúde, para que medidas de intervenção sejam tomadas, conseguindo assim concretizar os objetivos propostos. É necessário que todos estejam

envolvidos e compromissados com as mudanças para beneficiar a população. Se não houver comprometimento não adianta elaborar um protocolo.

Sugere-se que dê continuidade no projeto e plano de ações através de mais encontros e estudos sobre o assunto. Promover mais capacitações e treinamentos para os funcionários. Ter como base os protocolos utilizados em outras cidades, porém deve-se atentar-se para adaptar a realidade da Unidade Básica de Saúde do Município, pois cada cidade tem necessidades diferentes.

A apropriada atenção às urgências e emergências representa uma das principais questões dos sistemas de saúde em todo o mundo e também no Brasil.

Atender corretamente o paciente, quando em risco de morte ou em algum tipo de sofrimento ou desconforto agudo, significa olhar para todo o sistema de saúde. Necessário se faz em qualquer nível da atenção à saúde, e, na atenção básica, é normal que profissionais da saúde, ao presenciarem uma urgência de maior gravidade, tende a encaminhar para a unidade de maior complexidade, sem nem mesmo fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder.

A qualificação destes profissionais não pode ser ignorada. Outra causa que dificulta este atendimento é a falta de estruturação dos recursos físicos. Deve haver um espaço com medicamentos e materiais indispensáveis ao primeiro atendimento/estabilização de urgências, pelo menos até a viabilização da transferência do paciente. A escolha deste espaço é muito importante, pois, não há tempo para se perder, procurando um local, um material ou uma medicação para a emergência.

É importante que haja um estudo de cada caso antes de se implantar um protocolo de atendimento as urgências e emergências em uma Unidade de Saúde, pois cada região possui suas diferenças e necessidades. Um protocolo que funciona bem em uma unidade pode não funcionar em outra, sendo necessárias certas adequações.

Em se tratando de urgências e emergências é mais importante ainda que se tenha um protocolo de atendimento, pois o paciente apresenta uma afecção que evolui ou tende a, rapidamente, evoluir para um estado grave, configurando a necessidade de atendimento imediato. Sendo assim, um mau atendimento pode trazer mais sofrimento e consequências graves ao paciente, inclusive o óbito.

Vale ressaltar que este estudo não tem a pretensão de esgotar o tema, em virtude da sua complexidade, mas espera ter contribuído para ampliar as discussões acerca do assunto.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde**

Pública, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: GM/MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048**, de 5 de novembro de 2002. Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Regulamento Técnico. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências**. Série A Normas e Manuais Técnicos Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2014.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p. 3666.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002.

DUBEUX, Luciana Santos; FREESE, Eduardo; REIS, Yluska Almeida Coelho dos. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1508-1518, ago, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/05.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

FURTADO, B. M. A. S. M; ARAÚJO JÚNIOR J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 7, n. 3, p. 279-89, 2004.

GARLET, Estela Regina; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; SANTOS, José Luís Guedes dos; MARQUES, Giselda Quintana. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 535-540, 2009a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_16.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2014.

GARLET, Estela Regina; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; SANTOS, José Luís Guedes dos; MARQUES, Giselda Quintana. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; v. 18, n. 2, p. 266-72, 2009b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2014.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005.

MARQUES, G. Q; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 13-9, 2007.

O'DWYER, Gisele. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a14.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

OLIVEIRA, Agripino. Requalificação da rede da urgência/emergência: mudança certa ou errada? **Medicina Interna, Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**, v.15, n. 4, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_237_244.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2014.

PAIVA, Edilson Ferreira; DAMASCENO, Maria Cecília de Toledo; TIMERMAN, Sérgio. **Suporte avançado de vida em cardiologia**. Fundacion Interamericana del Corazon: AHA, 1997.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001 – 24 p. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2014.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1334-43, 2008.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, Rio de Janeiro Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

SANTOS, José Sebastião dos; SCARPELIN, Sandro; BRASILEIRO, Sérgio Luís L.; FERRAZ, Clarice Aparecida; DALLORA, Maria Eulália L. V.; SÁ, Marcos Felipe Silva de. Avaliação do modelo de organização do HCFMRP-US, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 36, p. 498-515, 2003.

ULHÔA, Maria de Lourdes; GARCIA, Fernando Coutinho; LIMA, Cristina Torres; SANTOS, Daniela Soares; CASTRO, Pedro Adalberto Aguiar. A Implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na Unidade de Pronto Atendimento de um hospital público de urgência e emergência. **RGO Revista Gestão Organizacional**, v. 3, n. 1, -jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://apps.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/viewFile/651/415>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

VIEIRA, Célia Maria Sales; MUSSI, Fernanda Carneiro. A implantação do Projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 793-7, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a23.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço /
Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e
Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.