

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROSIMERE DE CARVALHO LESSA

**ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO: PROPOSTA DE MATERIAL
EDUCATIVO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROSIMERE DE CARVALHO LESSA

**ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO: PROPOSTA DE MATERIAL
EDUCATIVO**

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.

Profa. Orientadora: Lucieli Dias Pedreschi
Chaves

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO: PROPOSTA DE MATERIAL EDUCATIVO** de autoria da aluna **ROSIMERE DE CARVALHO LESSA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que continua me dando forças apesar de todas as adversidades para seguir em frente.

Também as minhas filhas Erika Lessa de Carvalho e Eduarda Lessa de Carvalho.

Ao meu Ex- esposo Erico Francis de Carvalho.

Aos meus pais e a minha grande amiga que sem ela não teria conseguido chegar até aqui;
Gisely Vieira Ramos Martins.

Agradeço a toda a equipe de enfermagem que atua no Pronto socorro do Hospital das Clínicas do Hucam – ES.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
OBJETIVO	7
2.1 Geral	7
3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE	9
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	90
4.1 Definição do termo urgência e emergencia	Erro! Indicador não definido. 0
4.2 Capacitação dos profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência ..	Erro! Indicador não definido.
4.3 Acolhimento com classificação de risco	Erro! Indicador não definido. 4
4.4 Classificação de risco modelo Manchester	Erro! Indicador não definido. 5
5 PLANO DE AÇÃO	16
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
7 REFERÊNCIAS	18
ANEXO	

RESUMO

Buscou-se com este trabalho elaborar um material educativo para ser fornecido aos pacientes que procuram atendimento em pronto-socorro, a fim de esclarecer quais as condições que realmente devem ser atendidas neste serviço, definindo em linguagem clara o que é urgência e emergência e como funciona a classificação de risco utilizada atualmente nestes serviços. Além disso, também fornece esclarecimento sobre como funciona de forma hierarquizada a atenção primária, secundária e terciária como condição clínica podem ser resolvidas na unidade de saúde mais próxima à casa do cidadão evitando assim a superlotação dos serviços de urgência e emergência e contribuindo para maior agilidade nos atendimentos que realmente são destinados aos prontos-socorros, descrevendo ainda como é realizado o acolhimento com classificação de risco dentro de protocolos pré-estabelecidos e a atuação do enfermeiro.

Palavras-chaves: pronto-socorro, urgência e emergência

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo assunto veio ao perceber como a população desconhece a questão dos modelos de atendimento e a hierarquização do pronto socorro.

Atuo há 20 anos na enfermagem e tenho percebido grandes dificuldades para que os serviços de urgência e emergência funcionem, pois além do número crescente da população temos a questão da atenção primária no Brasil que não está funcionando adequadamente impedindo que a maioria das doenças sejam controladas dentro do âmbito primário.

Sabemos que doenças como: hipertensão, Diabetes, Asma e tantas outras, quando bem controladas evitam internações sucessivas e agravamentos do quadro que levariam estes pacientes a quadros de urgência e emergências com internações e necessidade de atendimento no pronto-socorro.

Andrade et al (2000) diz que as unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas, com trabalho de equipe especializado podendo ser divididos em pronto atendimento, pronto socorro e emergência.

Dalcin (2005) afirma que os serviços de emergência possuem como características inerentes como: o acesso irrestrito, excessivo do número de pacientes, extrema diversidade na gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis. Também a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem, o número insuficiente de profissionais na área de saúde, o predomínio de jovens profissionais, a fadiga, supervisão inadequada, descontinuidade do cuidado, bem como a falta de valorização dos profissionais envolvidos.

Sendo assim, há relevância na questão de empoderar a população de conhecimento a respeito de como deve ser o atendimento em situações críticas de saúde e como o atendimento poderá ser também realizado nas unidades de atenção básica a saúde; construindo assim uma cartilha explicativa para os devidos esclarecimentos.

OBJETIVO

2.1 Geral

Elaborar material educativo em forma de cartilha para explicar a população sobre o que é atendimento de urgência e emergência, com suas contra referências, contribuindo com

os fluxos de atendimento a atenção primária, secundária e terciária.

3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

Percebe-se que a população por não ser esclarecida sobre quando realmente deverá buscar atendimento de urgência e emergência no pronto-socorro, acaba buscando sempre o atendimento mais rápido (na opinião do usuário) e também porque foram muitos anos em que a população foi “acostumada” a resolver seus problemas de saúde em pronto-socorro abarrotados de pessoas em longas filas de espera.

O modelo biomédico ainda impera nos serviços de saúde, o usuário não tem consciência de que o serviço que lhe é ofertado nas unidades básicas de saúde voltado para atenção primária e prevenção/promoção de saúde é a única forma real de solução dos problemas de saúde da população. Mais infelizmente o nosso cidadão é imediatista e não acha que as palestras educativas, as consultas multiprofissionais e tantas outras atitudes da atenção primária podem surtir efeito, visto que o sujeito quer resolver o problema “Hoje”.

Temos um sistema de atenção primária voltado para prevenção/ promoção de saúde que não recebe muitos investimentos por parte de nossos governantes porque não dá “IBOPE”, ou seja, não arrecada votos para ganhar eleição; já que a população visualiza muito melhor quando o político declara em sua campanha que irá construir um pronto-socorro.

Nosso serviço de atenção secundária é muito precário visto que as especialidades médicas são cada dia mais organizadas em forma de cooperativas, tornando suas consultas e atendimentos muito caro ao Estado, além do fato de os profissionais estarem se descredenciando da rede SUS para atendimentos mais lucrativos particulares.

A quantidade de vagas de especialidades ofertadas ao município é muito pequena diante de alta procura, pois a resolutividade da atenção primária é baixa já que os médicos e profissionais que atuam neste âmbito não possuem uma formação generalista utilizando a visão ainda segmentada do modelo biomédico, utilizando então do recurso de encaminhamentos para os especialistas para definição do modelo de tratamento do usuário que poderia ser bem conduzido numa construção dentro de equipes multiprofissionais com vistas a prevenção e promoção da saúde.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Definição do termo urgência e emergência

Segundo o fórum permanente de patologias clínicas (2005): Por seu caráter de urgência e emergência, os serviços de emergência hospitalar (pronto-socorro), com uma rotina acelerada de atendimento, tornam-se um ambiente de muita tensão e estresse. Todos quantos vivenciam essa realidade sejam os pacientes, os familiares ou a equipe de saúde, estão sempre envolvidos pela ansiedade e angústia da vida e da morte.

O tema urgência e emergência é algo bem atual quando falamos das necessidades crescentes da população brasileira com relação a construção de uma rede hierarquizada e com resolutividade aplicada as necessidades locais, salvaguardando os protocolos elaborados de forma padronizado para atendimento a população.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) explica que uma emergência é uma situação que implica um risco iminente de vida ou sofrimento intenso. Já a urgência é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial a vida. As definições para o termo podem ser um pouco confusas, não só para a população leiga como também para os profissionais da área.

Segundo Brunner e Suddarth (2005) no Brasil, a exemplo de outros países, os serviços de emergência são cada vez mais procurados. Consequentemente a demanda torna-se cada vez maior. Ao conviver com essa realidade, sobressai a precariedade desses serviços; não raro deparamo-nos com corredores aglomerados de pacientes em macas sem colchões, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e, ainda, vulneráveis a infecções cruzadas. Nesse ambiente, encontram-se, também, os familiares, geralmente desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste.

A rede de urgência e emergência no Estado do Espírito Santo ainda está sendo construída. Temos grandes dificuldades, pois o sistema único de saúde não oferta vagas suficientes como retaguarda para abastecer as deliberações dos serviços de prontos socorros.

Além disso, podemos acrescentar o fato que a rede de atenção primária é muito deficiente e o modelo adotado ainda se baseia em “Hospitalocentrico”, não contribuindo muitas vezes com a promoção e prevenção de agravos a saúde que poderiam evitar a chegada deste paciente nos serviços de urgência e emergência; criando assim um

gargalo onde o cliente vê-se na necessidade de buscar o pronto socorro como solução imediata para o seu problema de saúde ou de seu familiar.

Temos ainda de resolver questões não muito complicadas que envolvem principalmente a gestão do serviço, como por exemplo: marcação de consultas, procura pelas especialidades médicas, resolutividade das consultas com generalista, exames especializados, programa de estratégia da família aplicado a realidade regional, visitas familiares, formação profissional melhorada com alta resolutividade e visão a prevenção e promoção de agravos.

De que adianta tanto avanço tecnológico se perdemos vidas por questões como a desidratação? A realidade é dura mais necessária enxergar para que possamos criar estratégias de enfrentamento do problema.

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. 2009)

É necessário saber diferenciar o significado de situações de Urgência e Emergência. Podemos definir como urgência qualquer agravo que necessite de atenção rápida mais que possa “esperar” que se tome decisões a respeito a forma de resolver. Ex. Apendicite.

Em situações de emergência não temos condições de esperar nada, é necessário a decisão imediata, pois há risco de vida eminente, e portanto o risco de morte. Ex. Parada cardiorrespiratória.

Ocorre que a população busca atendimento no pronto socorro mesmo em situações em que não há urgência e nem emergência. Ex. hipertensão arterial, febre etc.

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. Diante desse contexto, os usuários procuram os serviços hospitalares de urgência como uma das alternativas de acesso, pois entendem que eles reúnem um somatório de recursos, como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, que os tornam mais resolutivos (GARLET, et al. 2009).

Sendo assim a justificativa para a realização deste estudo se dá por “Diante desse contexto, os usuários procuramos serviços hospitalares de urgência como uma das alternativas de acesso, pois entendem que eles reúnem um somatório de recursos, como

consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, que os tornam mais resolutivos.”

A Relevância do estudo se dá por levar em consideração a citação de Batista e Bianchi em 2006 onde:

“Pode-se considerar que a maior fonte de satisfação no trabalho do enfermeiro em unidade de emergência concentra-se no fato de que as suas intervenções auxiliam na manutenção da vida humana”.

Também é necessário se preocupar com a formação dos profissionais de saúde pois temos percebido que eles próprios não conseguem diferenciar as situações que necessitam intervenção imediata, ocasionando um comprometimento ainda maior da condição de saúde que levou o cliente a buscar atendimento, ou ainda não consegue recondicionar o fluxo do atendimento para a unidade de atenção primária, contribuindo para encharcar os serviços de atendimento de urgência e emergência não somente do SUS (sistema única de saúde) mais também em serviços privados de saúde.

O governo tem se esforçado para poder melhorar os atendimentos ofertados aos usuários com a qualificação dos profissionais com o protocolo Manchester para classificação de risco, adquirindo novos equipamentos e materiais para os atendimentos ganharem agilidade, comprando leitos na rede privada, etc. Porém, ainda temos muitas lacunas para serem respondidas e trabalhadas sobre esta questão.

4.2 Capacitação dos profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência

Segundo Rocha (2005) “O atendimento de emergência nas Unidades Hospitalares tem importante papel na recuperação e manutenção da saúde do indivíduo. Recuperar a saúde e mantê-la se estabelece com uma assistência à saúde de qualidade e equipe multidisciplinar voltada para o indivíduo como um todo na sua integralidade, atentando para aspectos que envolvem a atuação eficaz, eficiente, rápida e com bom conhecimento clínico e científico”.

De acordo com Batista e Bianchi (2006), o enfermeiro presta assistência em setores considerados desgastantes, tanto pela carga de trabalho, como pelas especificidades das tarefas, e nesse panorama, encontra-se a Unidade Emergência e os que lá trabalham. Ele ainda acrescenta que esse profissional deve obter condições mínimas de material e pessoal para se dedicar à prestação de uma assistência efetiva e eficaz, diante de intercorrências que são muito comuns nessa unidade.

Segundo Rocha, (2005) “Contudo, é fundamental uma atuação do enfermeiro num ambiente de trabalho assistencial centrado em procedimentos técnicos e tecnológicos, em que a habilidade, o tempo, a tomada de decisões, o trabalho de equipe harmonioso, interatividade com outros setores e equipe, a liderança colaborativa e a capacidade, sustentada em conhecimentos técnicos e científicos, com respaldo ético, respeitando o cliente/paciente como cidadão e em sua totalidade, são fundamentais para alcançar um objetivo comum, que é a recuperar ou salvar a vida sem riscos e com qualidade na assistência”.

4.3 Acolhimento com classificação de risco

O acolhimento significa, segundo o glossário de termos técnicos do ministério da saúde (BRASIL, 2006): “A recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angustias e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários garantido atenção resolutiva e articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”.

Sendo assim o acolhimento com classificação de risco se faz uma ferramenta necessária que amplia a ação dos profissionais de saúde que atuam no SUS (sistema único de saúde), contribuindo para uma prática da assistência organizada com foco no usuário.

Atualmente os serviços de urgência e emergência funcionam com grande fluxo de demanda espontânea, culminando com a superlotação e conseqüentemente com a percebida baixa qualidade da assistência. É importante ressaltar que o acesso aos recursos do SUS ainda é muito difícil, sendo que uma grande parcela da população principalmente os usuários de baixa renda enfrentam longas filas de espera para consultas e exames (BITTERNCURT, 2010).

Constatar os problemas de saúde e toma-los como desafios não é suficiente é preciso restabelecer no cotidiano o princípio da universalidade do acesso. Todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde. Tradicionalmente a noção de acolher no campo da saúde tem seus vários sentidos, expressa dar acolhida, admitir, aceitar, dar crédito agasalhar, receber, atender e admitir (BRASIL, 2004).

A cartilha publicada pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2004), traz sugestões de protocolos a serem seguidos, além de uma categorização dos níveis de atendimento baseadas em cores, sendo cada cor indicativa do nível em que se encontram as condições clínicas do usuário, portanto, da disponibilidade deste em esperar uma intervenção ou não. Nesse modelo, a cor vermelha representa os casos de intervenção imediata, a cor amarela os casos de urgência que possuem situações de atenção, a cor verde a situações que não geram risco imediato a vida do usuário e a cor azul indicará aos usuários que necessitam apenas de consultas com profissionais diversos, sem necessidade de intervenção, situação típica em pronto-atendimentos.

Sabe-se que a classificação de risco é atividade relativamente nova na atuação do enfermeiro no Brasil, e que vem conquistando seu espaço a cada dia. Sendo assim, é imperativo que as escolas invistam na formação de um profissional capacitado e que atenda às necessidades do mercado nessa área. Para o enfermeiro que atua na classificação de risco, é imprescindível a habilidade da escuta qualificada, da avaliação, registro correto e detalhado da queixa principal, de trabalhar em equipe, do raciocínio clínico e agilidade mental para as tomadas de decisões, e o conhecimento sobre os sistemas de apoio na rede assistencial para fazer o encaminhamento responsável do paciente, quando houver necessidade (BRASIL, 2004).

4.4 Classificações de risco modelo Manchester

Foi uma metodologia utilizada em Manchester Inglaterra e copiada com adaptações para o Brasil. Ficando assim definida por cores e tempo para atendimento; tudo funciona dentro de protocolos pré-estabelecidos.



Figura 1: Triagem de Manchester

5 PLANO DE AÇÃO

5.1 Plano de Ação

Considerando a ausência de um material explicativo/educativo que aborde as questões que acometem a população e que levam as condições de urgência e emergência, propõe um plano de ação para o problema priorizado para este trabalho tendo em vista a necessidade de orientação acerca desta temática.

5.2 Objetivo

Confeccionar um folheto explicativo acerca da abordagem utilizada nas urgências e emergências.

5.3 Ação/Desenvolvimento do material

Reunir evidências científicas acerca da temática: A partir de leitura minuciosa de vários manuais do ministério da saúde, de artigos e capítulos de livro, e experiência profissional foi possível reunir informações para embasamento na temática.

Seleção e Síntese do conteúdo: Foi realizada uma síntese e seleção do material a respeito do fluxo de atendimento nas emergências.

Criação do folheto: Optou-se pela criação de um material de fácil entendimento. Desta forma o folheto foi criado utilizando-se: Conceito breve do que é urgência e emergência, permitindo com que o leitor entenda como ocorre o atendimento. Em seguida, descreveu-se o que é acolhimento com classificação de risco e o protocolo manchester.

Recursos necessários: Papéis, Computador, Impressora

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil ainda é comum termos uma grande procura pelos serviços de emergência, porém a precariedade ainda é muito grande com corredores abarrotados de pacientes e acompanhantes totalmente desinformados sobre a própria condição do paciente, falta de privacidade e segurança, de que forma será conduzido seu tratamento e outras mais impactam sobre o tema da humanização no atendimento do SUS, que é uma das diretrizes do Ministério da Saúde apontada como principal atualmente nos estudos realizados.

Tendo em vista a atual situação da rede de urgência e emergência surgiu o interesse de realizar um material educativo que pudesse nortear a população usuária da rede quanto ao acolhimento e classificação de risco.

O material foi construído de forma mais didática possível para que facilite o entendimento do usuário, e espero que ajude a diminuir as reclamações sobre o assunto.

O atendimento personalizado com o acolhimento e classificação de risco mesmo quando há necessidade de contra-refenciamento para as unidades de saúde, faz com que o usuário sinta-se parte importante dentro do processo e também o mesmo sente-se valorizado pela escuta acolhedora do profissional que atua nestes serviços.

Embora exista o estresse nestes serviços de urgência e emergência, quando há preocupação na elaboração de estratégias e dinâmicas com o intuito de garantir maior qualidade e humanização na assistência prestada, o paciente e acompanhante permanecem mais tranquilos, pois percebem todo o empenho da equipe em ter resolutividade sobre as queixas que levaram a busca do serviço em questão.

7 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Humaniza SUS: com acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: ministério da saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção a Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão do SUS, Brasília, 2009.

BATISTA KM; BIANCHI ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, jul/ ago, 2006.

BITTERNCURT, R. J; VIRGINIA, A; HORTALE, V. A. **A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro**, 2010.

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

COSTA, Maria Antônia Ramos; CAMBIRIBA, Mariele da Silva. **Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário**. Ciência Cuidado Saúde, Jul/Set 2010.

Fórum permanente das patologias clínicas. Direito do paciente. O Mundo da Saúde. 1995.

GARLET, Regina Estela; LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Abr/Jun. 2009.

SMELTZER SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

ANEXO

Encaminhar corretamente paciente.

O que reduz

a mortalidade e sequelas dos pacientes e custos do serviço de saúde. Todos os pacientes recebem o atendimento necessário, alguns casos que não apresentavam urgência poderiam ser encaminhados para unidades básicas de saúde e haveria no Pronto Socorro um funcionário específico para fazer este encaminhamento. Caso o paciente que se deslocou ao Pronto Atendimento, ele recebera os cuidados de acordo com a cor em que se enquadrar.



Aluna:
Rosimere de Carvalho Lessa
Email: Lessaenfermeira@gmail.com

Classificação de
Risco

Acolhimento
Com Classificação de Risco

Classificação de Risco

O que é?

Ao dar entrada em uma unidade de saúde o paciente é classificado, recebendo uma prioridade que determina o tempo alvo para o primeiro atendimento médico, esta prioridade é baseada na situação clínica apresentada e não na ordem de chegada.

Como funciona?

A Classificação de Risco é realizada com base em protocolo adotado pela instituição de saúde, normalmente representado por cores que indicam a prioridade clínica de cada paciente. Para tanto, algumas condições e parâmetros clínicos devem ser verificados.

Qual protocolo?

Os modelos de Classificação de Risco mais utilizados no mundo se baseiam em 2 a 5 níveis de gravidade, sendo o último mais utilizado na atualidade. S3S¹ e os modelos de triagem mais avançados e dentre estes o Protocolo de Manchester se destaca por trabalhar com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores, como demonstrado no quadro abaixo:



O paciente classificado como vermelho deve ser atendido de imediato, ou seja, tempo zero. As demais cores laranja, amarelo, verde e azul devem ser atendidas em tempo máximo de 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos respectivamente.

Classificação de Risco – Protocolo de Manchester

O objetivo da classificação de risco é identificar a prioridade clínica e não o diagnóstico, facilitando a gestão da clínica de cada paciente e a gestão do serviço como um todo. O método consiste em identificar a queixa principal do paciente (motivo que o levou a procurar o serviço), definir a condição apresentada (fluxograma de apresentação) e procurar sinais e sintomas (diacronizadores) em cada nível de prioridade clínica.

Nos projetos de implantação das Redes de Urgência e Emergência, um dos pilares é a adoção de um sistema de triagem em todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária até a terciária, para que os pacientes passem por um processo de classificação de risco clínico que oriente o atendimento ou encaminhamento do paciente para o ponto de atenção à saúde mais adequado ao seu quadro clínico.

Redes De Urgência e Emergência

Entenda Como Funciona

As redes de urgência e emergência funcionam seguindo a lógica da regionalização e adotam uma linguagem única nos pontos de atenção. A rede é integrada por hospital, unidade básica de saúde, unidades de atenção idíntica, centro de enfermagem, atenção domiciliar, hospital dia, ambulatório especializado, governança, sistema de logística e sistema de apoio operacional.

A linguagem única da rede, representada por protocolos de classificação de risco e listas-guia, é quem determina a estruturação e a comunicação dos pontos de atenção, apoio operacional e logística. As redes de urgência e emergência permitem que os hospitais se dediquem a sua verdadeira vocação, que é atender a casos realmente graves e encaminhar para a atenção primária situações que podem ser resolvidas nas Unidades Básicas de Saúde. Essa forma de organização diminui em até 50% a mortalidade por causas como infarto, acidente vascular cerebral e trauma maior.

O objetivo da Rede de Urgência e Emergência não é levar o paciente para o hospital mais próximo, mas sim:

Encaminhar corretamente o paciente. O que reduz a mortalidade e sequelas dos pacientes e custos do serviço de saúde. Todos os pacientes receberão o atendimento necessário, alguns casos que não representarem urgência poderão ser encaminhados para unidades básicas de saúde e haverá no Pronto Socorro um funcionamento específico para fazer este encaminhamento. Caso o paciente opte pelo atendimento no Pronto Atendimento, ele receberá os cuidados de acordo com a cor em que se enquadra.

Acolhimento:

Acolher significa ouvir a queixa do paciente e buscar a melhor solução possível para o caso, as vezes esta solução passa pelo encaminhamento para a unidade de saúde mais próxima da residência do cidadão. É valorizar a fala do cidadão, dando voz as necessidades do mesmo.

