



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

GABRIELLE DIOGO MELO

O USO DA INFORMAÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO: construção de um plano
de contingência para a Emergência de um hospital pediátrico

Rio de Janeiro

2019

GABRIELLE DIOGO MELO

O USO DA INFORMAÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO: construção de um plano de contingência para a Emergência de um hospital pediátrico

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Rio de Janeiro

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

GABRIELLE DIOGO MELO

O USO DA INFORMAÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO: construção de um plano de contingência para a Emergência de um hospital pediátrico

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 30 de agosto de 2019

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva / UFRJ

Prof. Msc Thatiana Clarkson Mattos
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva / UFRJ

Msc. Elaine Machado López
Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho / FMS Niterói

À meus pais,
os dois maiores incentivadores das
realizações dos meus sonhos
e à todos os trabalhadores do SUS,
que lutam diariamente este sistema de saúde.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me mantido na trilha certa durante este período de formação com saúde e forças para chegar até o final;

À meus pais, Clara e Mario, sem os quais eu não teria chegado até aqui. Pelo carinho, amor, dedicação e cuidado que me deram durante toda a minha existência, e por serem os grandes incentivadores dos meus vãos. Com muita gratidão. À amada e luz da minha existência avó Maria, fonte de inspiração como mulher, por todo carinho e mimo. Serei eternamente grata!

À minha família, que foi um verdadeiro ninho de afeto e que me ajudou a crescer pessoal e profissionalmente. À Rafaele, irmã e anjo da guarda mais velho, que diariamente me incentivava com suas palavras, mas também com sua estrada brilhante na academia.

Às tias e tios Cristina, Alexandre, Augusto e Rosângela, que tornam a vida mais leve, mas que também são meu grande apoio na jornada, de longe ou de perto. Aos primos Amanda, Isabela, Beatriz e Leonardo, por todos os momentos que compartilhamos e que certamente ajudaram a aliviar a pressão dos dias de residência e desenvolvimento deste trabalho.

Ao trio mais querido, com os quais tive a honra e o inenarrável prazer de compartilhar esta caminhada, Igor Rodrigues e Giselle Ferraris. À vocês o mais sincero agradecimento pela compreensão desafios, e mais ainda pelo dia a dia de trocas profissionais e pessoais, pelo tamanho crescimento que vocês me proporcionaram. O universo foi realmente bastante generoso ao nos unir.

À Carolina Freitas, que chegou por último, presente do Tocantins, que trouxe brilho novo para minha caminhada e sem dúvida foi essencial no momento mais difícil desta residência.

Aos demais colegas da turma 2017 do Programa de Residência Multiprofissional do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, pelas trocas de saberes que constantemente aconteceram.

Aos professores desta casa, em especial ao estimado professor Paulo Eduardo Mendonça, não apenas por dividir comigo este trabalho, por acreditar em mim e no meu potencial e topa esta orientação, ou por suas aulas brilhantes, as tutorias nos campos de estágio da residência, sempre elucidando com paciência e maestria a teoria, mas permitindo também reflexões sobre as práticas e o mundo real da gestão e planejamento, mas por ter me dado a oportunidade de vivenciar a melhor das experiências desde percurso de formação em saúde coletiva. Às

professoras Euglébia Oliveira e Thatiana Clarkson, que com escuta carinhosa e dedicação a arte de formar profissionais para o SUS, me apoiaram em decisões difíceis durante a caminhada e proporcionaram novos encontros e novas possibilidades de aprendizado. Minha gratidão e carinho enorme aos três.

Ao querido Rodrigo Oliveira, diretor da unidade, pela oportunidade de viver esta experiência de estágio eletivo, por ter me acolhido com tamanha afabilidade e gentileza, pela generosidade de compartilhar sua experiência, mas também por todas as vezes que me desafiou a ir além, a superar o desconhecido, a encontrar respostas, a me tornar sanitarista.

À Elaine López, a quem não encontro palavras pra descrever, vice diretora da unidade e grande responsável pela prática aqui relatada. Por impulsionar este projeto, por me fazer encantar ainda mais pela gestão hospitalar. Não apenas pelo dia a dia de construção e implantação deste Plano de Contingência, mas pela magnanimidade e tamanho afeto que sempre me dispensou. Abriu-me horizontes, ensinou-me principalmente a pensar. Foi, e é fundamental na transmissão de experiências, na criação e solidificação de saberes e nos meus pequenos sucessos.

Imensamente grata à esta direção. Palavras faltam para agradecer por tanto.

As parceiras de Getulinho e que viraram família, Ângela Carvalho e Aymé Campos, obrigada pelo ambiente de trabalho maravilhoso que criamos, e por todos os momentos que juntas fizemos o apoio à gestão deste hospital se traduzir. E ainda aos profissionais do Hospital Getúlio Vargas Filho, que me receberam com tanto carinho e disponibilidade.

“É o momento de pensar quais são as possibilidades reais e concretas que nós temos de mudar o sistema de saúde hoje no Brasil [...] no instante em que a discussão sobre a formulação do sistema de saúde no Brasil infelizmente quase foi tratada como uma simples reforma administrativa.”

Sérgio Arouca

(fala na 8ª Conferência Nacional de Saúde -1986)

RESUMO

MELO, Gabrielle Diogo. **O uso da informação no processo de gestão**: construção de um plano de contingência para a Emergência de um hospital pediátrico. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Este trabalho descreve a experiência de construção e implantação de um Plano de Contingência para Emergência de um hospital pediátrico, impulsionado pelo uso da informação gerencial gerada a partir dos dados deste setor. Realizamos, inicialmente, a partir do conhecimento prévio da dinâmica da emergência hospitalar, uma análise de série histórica, por meio dos indicadores já monitorados, mensalmente, no setor, no sentido de identificar os períodos de maior pressão na porta de entrada, e os possíveis entraves no processo que levam ao aumento dos tempos de espera e conseqüente desorganização do espaço. Posto este cenário, desenhamos uma estratégia de intervenção, percorrendo o caminho que o usuário que procura o serviço de emergência realiza, desde sua entrada e acolhimento na unidade até o atendimento no consultório médico, e, dado o atendimento, o encaminhamento dado a este, seja medicação e alta, observação e cuidados de enfermagem e/ou internação hospitalar. A partir disto, definimos pontos críticos, que seriam os indicadores de ação para melhoria do cuidado e quais as atitudes resultariam de cada um destes. Finalmente, após intensas discussões envolvendo diferentes profissionais do hospital, implantamos o Plano de Contingência.

Palavras-chave: Plano de contingência. Serviço de emergência. Saúde pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico do total mensal de atendimentos da Emergência do Hospital Getúlio Vargas Filho, no período de 2016 à 2018	17
Figura 2 - Padrão de entrada na emergência, por hora, 2018	19
Figura 3 - Gráfico do tempo de espera para classificação de risco	20
Figura 4 - Gráfico do tempo de espera para atendimento médico segundo classificação de risco	21
Figura 5 - Fluxograma da Emergência	27
Figura 6 - Planta do Hospital Getúlio Vargas Filho	28
Figura 7 - Fluxograma do Acolhimento e Classificação de Risco da Emergência do Hospital Getúlio Vargas Filho	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo dos atendimentos na Emergência, durante e fora do período da sazonalidade, por ano	18
Tabela 2 - Comparativo do número de internações mensais, durante e fora do período de sazonalidade, por ano	18
Tabela 3 - Organização das enfermarias e leitos	29
Tabela 4 - Determinantes do Risco e Prioridade no Acolhimento	30
Tabela 5 - Indicadores de Monitoramento do Plano de Contingência	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.2 O GETULINHO	14
3 METODOLOGIA	15
4 OBJETIVOS	16
4.1 OBJETIVO GERAL	16
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
5 RESULTADOS	17
5.1 SÉRIE HISTÓRICA	17
5.2 O PLANO DE CONTINGÊNCIA	22
6 CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

Em 1988 alcançou-se inserir na Constituição Federal (CF) boa parte da proposta do Movimento Sanitário, garantindo assim o direito de cidadania à saúde. A sociedade brasileira, neste momento, com a CF de 1988, declarou como um de seus mais significativos preceitos éticos, o princípio do direito à equidade no acesso não apenas aos serviços como, e principalmente, aos benefícios da saúde que só podem ser alcançados quando a sociedade garante um mínimo de qualidade de vida compatível com um completo estado de bem estar físico, mental e social, historicamente possível¹. O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto da luta e mobilização da sociedade brasileira para a construção de sistema de saúde pautado na tríplice conceitual da Universalidade-Integralidade-Equidade, visando a ideia de saúde disponível a toda população, sem nenhum tipo de discriminação.

No entanto, não é possível ignorar os seus paradoxos: de um lado, temos serviços de excelência disponíveis para todos os cidadãos, como transplantes, tratamentos oncológicos, acesso a medicamentos para aids; por outro lado, há uma enorme dificuldade de acesso aos serviços básicos, de urgência, às consultas. Não é possível esconder essa realidade, pois somente enfrentando esses problemas iremos garantir a qualidade dos serviços². A construção de uma política - a maior de inclusão social existente no país - que coloca no Estado o dever de prover a todo ser humano às condições indispensáveis ao pleno exercício do direito fundamental à saúde, não é capaz de sustentar por si só a prática de um sistema acessível e preparado a atender a demanda.

Aos longos destes 30 anos de SUS, é possível identificar desde o início até os dias mais atuais, forças contrárias ao pleno funcionamento da ideia de saúde acessível para todos. Das reações políticas contrárias às do movimento sanitário, até as medidas de austeridade e consequentes cortes orçamentários levaram, e levam, à crise que a saúde brasileira vive, desde as suas bases. Para além do texto da Constituinte, alguns

¹ SILVA, G. R. O SUS e a crise atual do setor público de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 2, p. 15-21, 1995.

² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde, 2004.

passos estratégicos fundamentais foram dados no sentido de nos aproximar do objetivo: leis, decretos, normas operacionais básicas, portarias e emendas constitucionais foram implementadas a fim de organizar o setor saúde. Embora todo esse esforço tenha sido feito e mesmo com as disposições constitucionais e da lei orgânica que regulamentam o SUS, os procedimentos de financiamento desse setor continuam instáveis e indefinidos. A crise dos primeiros anos do SUS contribuiu, portanto, para o entendimento de que a implantação do SUS é um complexo problema político e depende de um processo de enfrentamento de longo prazo³.

Estes períodos de crises pelas quais o setor saúde já passou e o cenário recente, espelho da atual conjuntura políticoeconômica e social - e aqui entendendo crise em todas as suas faces como um estado de alteração, desequilíbrio, instabilidade, incerteza, recessão, colapso; conflito, tensão; falta, escassez, carência, ausência, deficiência; adversidade, problema - devem ser capazes de gerar planos de ação voltados para o enfrentamento dessas situações, uma vez que ainda que cercados por todos os entraves políticos, a luta pela equidade e pela integralidade - e aqui o entendimento de que não há integralidade e equidades sem a universalidade do acesso garantida - implica, necessariamente, em repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde⁴.

Pode-se considerar que três aspectos básicos, sendo eles carência de infraestrutura física, material médico hospitalar e recursos humanos, refletem, na ponta, a crise que a saúde pública vem vivendo e, atingem os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) de forma particular, conseqüentemente gerando, também, uma reação em cadeia, ou seja, a desestruturação de um nível de atenção reverbera de forma negativa e sobrecarregando o outro, e vice versa, levando ao estado de caos em que a saúde brasileira padece.

É neste contexto - de desmonte da Atenção Primária, porta de entrada do SUS e lugar de fortes ações de promoção e prevenção a saúde, somado ao cenário de

³ SILVA, 1995.

⁴ CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS: ABRASCO, 2001. p.113-126.

escassez e instabilidade da Atenção Hospitalar - que o setor de urgência e emergência vive seus dias de caos. Apesar dos esforços e da capacidade assistencial que foi conquistada e construída ao longo dos anos de luta pela saúde pública, a superlotação das emergências e as longas filas de espera nestas e para realização de exames diagnósticos e complementares e procedimentos relacionados ainda são observados.

Existem muitas definições para superlotação, sendo uma delas a que a entende como situação que revela a saturação do limite operacional do serviço de emergência hospitalar⁵. É esperado que um serviço de urgência e emergência hospitalar funcione 24 horas por dia, 365 dias no ano, sem discriminação por status social ou econômico, capaz de ofertar acesso e estabilização imediatos para os pacientes que têm uma condição médica de emergência, e atendimento de acordo com critérios específicos e padronizados para pacientes com condições clínicas menos graves, mas que ainda assim, necessitam de cuidados médicos⁶. Ainda segundo o autor, são os seguintes os indicadores de superlotação: (a) 100% de ocupação dos leitos; (b) pacientes nos corredores por causa da falta de leitos disponíveis; (c) não recebimento de ambulâncias em razão da saturação operacional; (d) sala de espera para consulta médica lotada; (e) equipe do serviço encontra-se subjetivamente no limite da exaustão; (f) mais de uma hora de espera para o atendimento médico. Um estudo de revisão sistemática sobre os fatores de risco que contribuem para a superlotação de um serviço de emergência apontou o tempo de permanência no hospital, como principal marcador de superlotação e a falta de leitos para internação, a principal causa⁷.

Uma vez que o entendimento do problema, e de todas as suas partes constituintes, é passo fundamental na construção da, ou das soluções, faz-se necessário entender a causa por trás deste cenário de superlotação para, assim, encontrar caminhos e propor mudanças.

⁵ CECÍLIO, 2001.

⁶ WEISS, S. J. *et al.* Estimating the degree of emergency department overcrowding in Academic Medical Center: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). **Academic Emergency Medicine**, v. 11, n. 1, p. 38-50, 2004.

⁷ BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009.

Desta forma, conhecer o perfil do hospital, de que maneira ele se insere e participa na construção da rede de atenção à saúde local e compreender sua realidade, por meio das informações de produção e assistência possibilitará intervir naquilo que for considerado problemático no processo de trabalho.

1.2 O GETULINHO

O Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho, localizado no bairro Fonseca, no município de Niterói é um hospital pediátrico referência na Região Metropolitana II, que atende Urgências e Emergências Clínicas Pediátricas, porta aberta 24 horas, além de serviço médico ambulatorial especializado. Possui internação clínica, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico, que opera apenas em caráter eletivo.

No que se refere às emergências pediátricas, observa-se grande demanda devido à doenças do trato respiratório, doenças estas que sofrem intenso impacto de sazonalidade. O período do outono-inverno, caracterizado por tempo mais seco e temperaturas mais baixas, aumenta a incidência das doenças respiratórias, e conseqüentemente, aumenta a procura pelos serviços médicos.

O objetivo deste trabalho consiste na apresentação de um Plano de Contingência para o enfrentamento do aumento da demanda na Emergência do Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo documental do Plano de Contingência desenvolvido no Hospital Getúlio Vargas Filho, com o objetivo de enfrentar o aumento da demanda por serviços de Urgência e Emergência no período do outono-inverno, caracterizado pelo período de sazonalidade das doenças respiratórias.

Foi realizada uma série histórica, com dados de agosto de 2013 a dezembro de 2018, com intuito de compreender o comportamento do volume de atendimentos na emergência, bem como seus indicadores de avaliação (tempos de espera e percentual de internações via emergência). Para este último, foram utilizados dados de janeiro de 2016 a dezembro de 2018. Cabe dizer que a determinação do período de análise dos dados de série histórica se deu pelo marco da entrada da organização social na gestão do hospital, e em razão da disponibilidade de dados a partir deste período.

A partir disso, foi elaborado um plano de contingenciamento, utilizando um método ativo e participativo, contando com a direção, coordenação da emergência e equipes da assistência na sua construção, e partindo da criação de um fluxograma do atendimento no serviço de emergência e até a definição de gatilhos de ação. O processo de construção do Plano de Contingência envolveu desde a direção do hospital, coordenação da emergência e equipes da assistência e teve a duração de 4 meses.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o período de alta demanda por atenção de urgência e emergência em hospital pediátrico e acompanhar a elaboração de Plano de Contingência.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

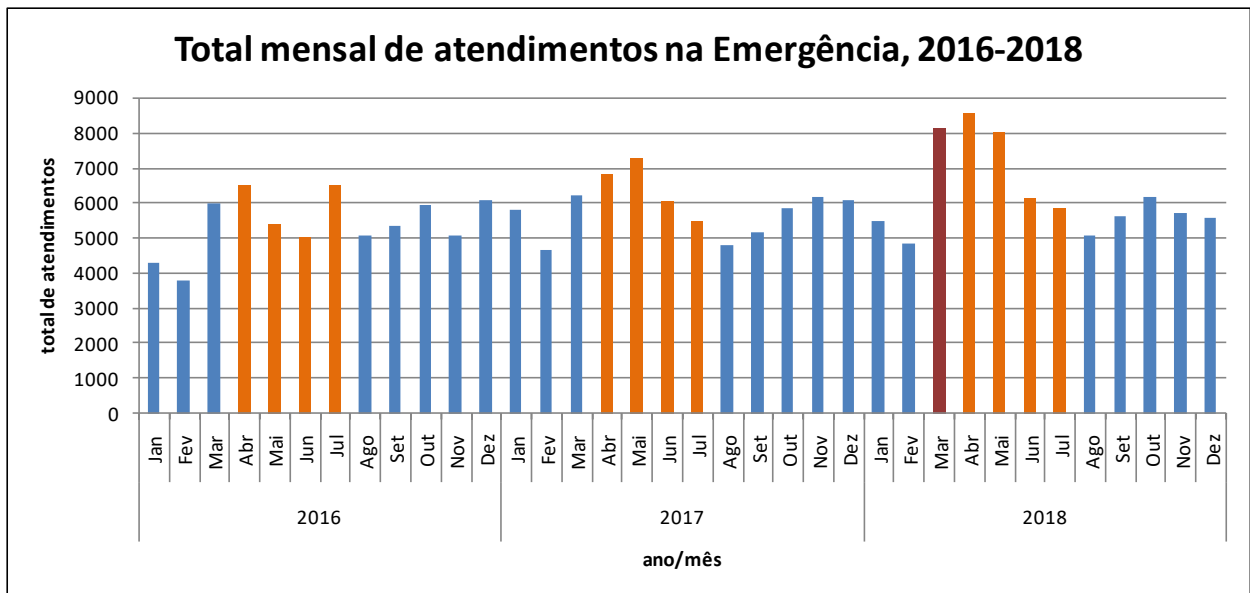
- Analisar as séries históricas de frequências de comparecimento para atendimentos na unidade de emergência e suas características segundo pressões epidemiológicas e demográficas e de repressão ao atendimento imediato (tempo de espera);
- Participar da elaboração do Plano de Contingência e realizar registro do processo a partir da documentação produzida no processo.

5 RESULTADOS

5.1 SÉRIE HISTÓRICA

A fim de entender o dinamismo da Emergência da unidade, foi realizada análise por meio de série histórica. Neste momento foram avaliados de janeiro de 2016 a dezembro de 2018 a quantidade de entradas na emergência (média mensal) e o padrão de entrada (entradas por hora), bem como os tempos de espera para atendimento médico. Cabe aqui dizer que segundo recomendação do ministério da Saúde, o hospital atende em sua emergência segundo protocolo de acolhimento e classificação de risco, e que, portanto, para a avaliação dos tempos de espera para atendimento médico, é considerada a classificação de risco do paciente.

Figura 1 - Gráfico do total mensal de atendimentos da Emergência do Hospital Getúlio Vargas Filho, no período de 2016 à 2018



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados do *Sistema Intus*.

* As barras marcadas com a cor laranja representam os meses considerados sazonais para as doenças do aparelho respiratório.

Analisando o gráfico acima, é possível perceber forte impacto da sazonalidade na porta de entrada da unidade. Para os meses considerados sazonais no que diz respeito às doenças do aparelho respiratório (abril, maio, junho e julho), há um

incremento no número de atendimentos na emergência. Este aumento também pode ser observado no número de internações. Cabe destacar que mesmo não sendo considerado um mês sazonal, março vem se destacando ao longo dos anos como mês de início de aceleração no aumento da demanda na Emergência. Pode-se ainda, observar no período, que ano a ano a procura por atendimento na unidade aumenta, alcançando, em abril de 2018, o pico de 8500 pacientes. Isso se deve em parte pela consolidação do hospital como referência de cuidado pediátrico na rede de atenção a saúde da região, bem como pela crise no Programa Médico de Família (PMF), em Niterói, com ausência de médico pediatra em algumas unidades básicas de saúde.

A tabela 1 traz um comparativo anual dos números de atendimentos na Emergência e a tabela 2, a reverberação deste cenário de aumento da demanda na internação.

Tabela 1 - Comparativo dos atendimentos na Emergência, durante e fora do período da sazonalidade, por ano

	2016	Média mensal	Diferença percentual na sazonalidade	2017	Média mensal	Diferença percentual na sazonalidade	2018	Média mensal	Diferença percentual na sazonalidade
Período sazonal	23.402	5.851	13%	25.565	6.391	14%	28.519	7.130	22%
Período não sazonal	41.509	5.189		44.750	5.594		46.592	5.824	
Annual	64.911	5.409		70.315	5.860		75.111	6.259	
					Diferença percentual 2016/2017	8%		Diferença percentual 2017/2018	7%

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados do *Sistema Intus*.

Tabela 2 - Comparativo do número de internações mensais, durante e fora do período de sazonalidade, por ano

	2016	Média mensal	Diferença percentual na sazonalidade	2017	Média mensal	Diferença percentual na sazonalidade	2018	Média mensal	Diferença percentual na sazonalidade
Período sazonal	668	167	23%	740	185	22%	949	237	29%
Período não sazonal	1.087	136		1.211	151		1.467	183	
Annual	1.755	146		1.951	163		2.416	201	
					Diferença percentual 2016/2017	11%		Diferença percentual 2017/2018	24%

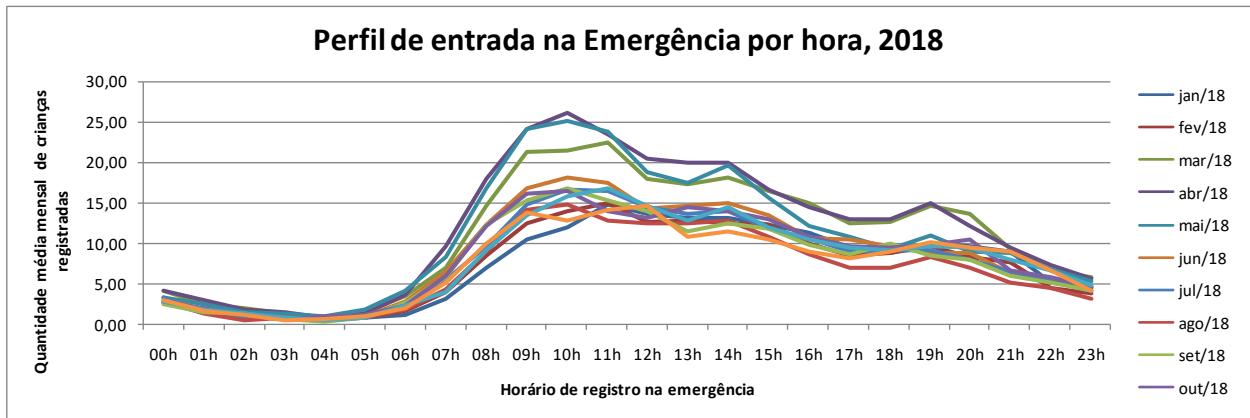
Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados do SAME/Faturamento da Unidade.

O aumento no número de atendimentos na Emergência no período de sazonalidade quando comparado ao período fora da sazonalidade é de 13% em 2016, e alcança os 22% em 2018. No que diz respeito às internações, a diferença percentual no período da sazonalidade quando comparado ao período fora da sazonalidade é de 23% em 2016 e quase 30% em 2018.

Isto demonstra que, além de um aumento decorrente da sazonalidade, há também um aumento anual do número de atendimentos na Emergência e internações. Para o primeiro, houve cerca de 10% de incremento de 2016 para 2017 e de outros 10% de 2017 para 2018. Para o segundo, houve cerca de 10% de 2016 para 2017 e de 24% de 2017 para 2018, para o segundo.

No que diz respeito ao perfil de entrada na Emergência, existe um padrão já observado ao longo dos anos. O Gráfico 2 (este traz apenas o perfil de 2018, uma vez que este se repete pelos anos e afim de não deixar a imagem gráfica de difícil visualização) mostra pico de entrada entre as 9h e as 15h. No período noturno, também é observado, ainda que menor, aumento no número de entradas entre 19h e as 21h.

Figura 2 - Padrão de entrada na emergência, por hora, 2018



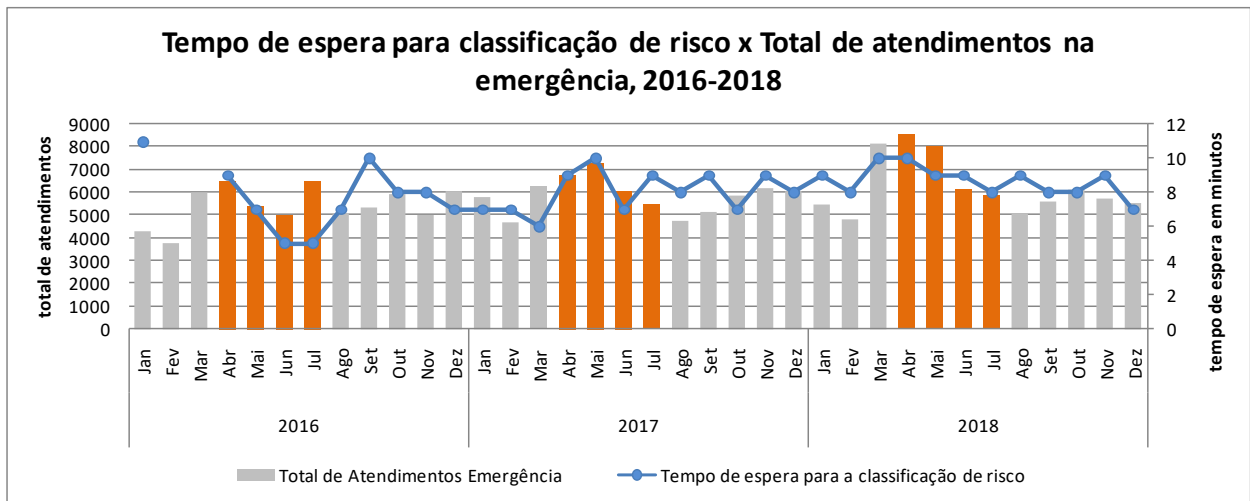
Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados do *Sistema Intus*.

No que diz respeito aos tempos de espera para classificação de risco é possível observar de acordo com o gráfico 3, que a média mensal deste tempo se mantém abaixo dos 10 minutos, e sem grandes alterações mesmo quando comparamos os meses com sazonalidade com aqueles sem sazonalidade. No entanto, por vezes e principalmente quando dada grande entrada de pacientes no mesmo momento, esse

tempo se alterava, elevando-se momentaneamente, todavia, nenhuma alteração suficientemente grande capaz de alterar a média.

A ausência dos valores de fevereiro e março de 2016 se deu por uma falha do sistema, que por problema interno não guardaram registro deste indicador para esses dois meses.

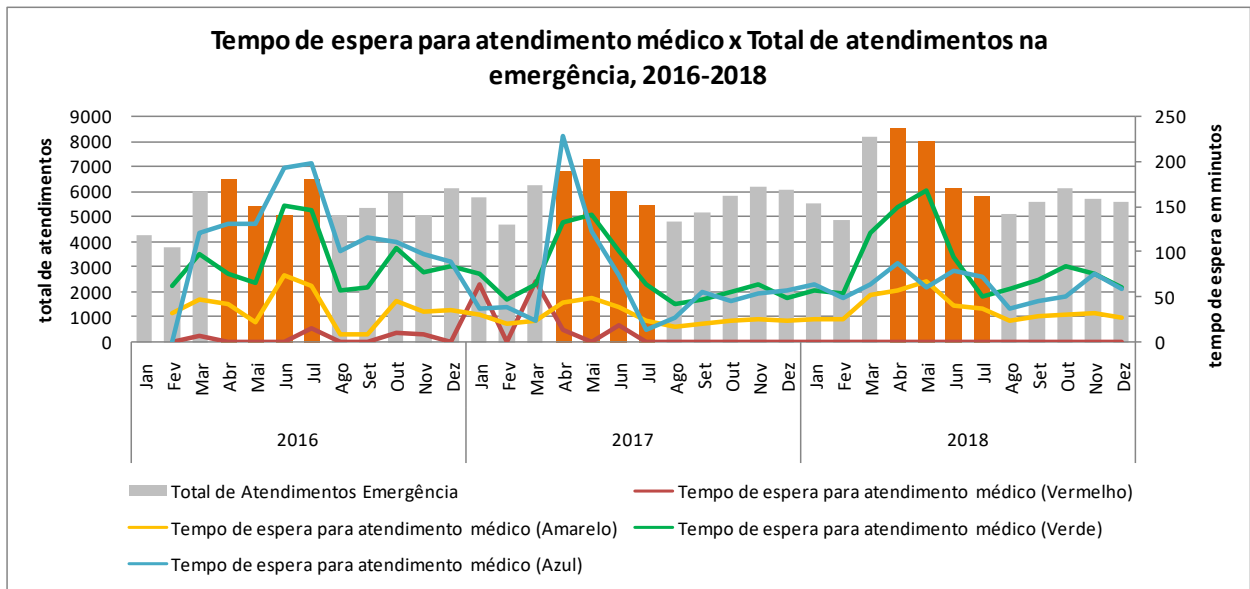
Figura 3 - Gráfico do tempo de espera para classificação de risco



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados do *Sistema Intus*.

Na avaliação dos tempos de espera para atendimento médico, segundo classificação de risco (vermelho, amarelo, verde e azul), o padrão visto anteriormente não se repete. É possível observar aumento expressivo no tempo de espera no período de sazonalidade, como fica demonstrado no gráfico 4.

Figura 4 - Gráfico do tempo de espera para atendimento médico segundo classificação de risco



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados do *Sistema Intus*.

Vale destacar que o atendimento na emergência da unidade é orientado pelo protocolo de acolhimento e classificação de risco, seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde. Nesta lógica, os pacientes classificados como risco vermelho (atendimento de emergência – prioridade 0) devem ser encaminhados para sala de estabilização e atendidos de forma imediata. Neste contexto, o hospital sempre foi capaz de viabilizar o rápido atendimento à criança grave, e as oscilações que aparecem no gráfico (linha vermelha) se devem à diferença entre a hora que a criança chega na unidade e é prontamente atendida, para a hora que ela será registrada na classificação de risco.

Os pacientes classificados como risco amarelo (atendimento de urgência – prioridade I em até 30 minutos) e verde (atendimento de urgência – prioridade II em até 60 minutos) são atendidos nesta ordem, e sofrem impacto direto do aumento da demanda. É fácil observar que para os meses com maior número de atendimentos na emergência, este tempo eleva-se, no entanto, frente à essa situação, a unidade já vinha encontrando formas, ainda que de forma improvisada no dia a dia, para controle e otimização dos atendimentos nesses picos.

Entende-se que os pacientes classificados como risco azul (atendimento não urgente – prioridade III) não apresentam situações que justifiquem atendimento no mesmo dia. Entretanto, como pode ser observado, principalmente em 2018, o tempo de espera apresenta-se menor do que o para os pacientes classificados como verde, e que por definição deveriam ser atendidos prioritariamente. Isto se deve a forma como a classificação azul era utilizada - os pacientes considerados como risco azul eram aqueles que, dado sua condição clínica crônica, eram acompanhados ambulatorialmente e necessitavam de aplicação de medicamento de uso regular ou renovação de prescrição de algum fármaco de uso contínuo. Nesta lógica, estes eram classificados e orientados a aguardar chamada da enfermagem para o atendimento que acontecia de forma mais rápida, dado que existia um entendimento de que estes pacientes por demandarem ações específicas, pontuais e já previamente determinadas, portanto, não precisariam aguardar na fila. Esta prática foi um dos motivos que disparou o alerta de que o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco deveria ser revisado.

Assim como no tempo de espera para classificação de risco, a ausência dos dados do mês de janeiro de 2016 se deu por falha no sistema, que não gravou o registro do mesmo.

A partir desta análise, e do conhecimento prévio dos anos anteriores, foi reconhecida a necessidade de construção de um plano de intervenção, com o objetivo de traçar uma estratégia para ação durante o período de sazonalidade, e desse conta do impacto deste nas áreas assistenciais do hospital – Emergência e Internação Clínica e UTI – bem como dos serviços de apoio – rouparia, almoxarifado, farmácia, nutrição.

5.2 O PLANO DE CONTINGÊNCIA

Dado este cenário de identificação de uma situação de crise, o Plano de Contingência entrou na agenda da direção ocupando espaço de discussão prioritário. Articulado com a coordenação da Emergência, discussões iniciais se deram na medida em que era necessário avaliar a proposta e encontrar a metodologia que melhor responderia à referida situação de crise que o hospital esperava para abril, mas que

também fosse viável, uma vez que o tempo para sua elaboração e implantação seria curto.

Posto isso e avançadas as discussões acerca da proposta, conclui-se que a metodologia que melhor auxiliaria na resolução da situação seria o mapeamento do itinerário que o paciente percorre desde a sua entrada na unidade até a conclusão da consulta, com a decisão médica pela alta ou internação hospitalar, por meio da construção de um fluxograma da emergência, e que, em cada espaço – e aqui entendendo-se por espaço não o físico, mas as várias etapas pelas quais o usuário passa em um atendimento no serviço de emergência (acolhimento, registro, classificação de risco, atendimento médico, exames complementares, cuidados de enfermagem, observação, internação hospitalar) - pontos de fragilidade no processo de trabalho seriam identificados e caracterizados como disparadores de gatilhos, com o objetivo de potencializar e aperfeiçoar o atendimento na porta de entrada.

Desde o primeiro desenho deste fluxograma, até o modelo final, o qual será aqui apresentado (figura 1), uma série de discussões foram feitas a fim de aprimorar a ferramenta e determinar os pontos chaves de intervenção, bem como a mais favorável forma de intervenção.

Durante o processo de construção do plano, como já mencionado anteriormente, foi observada a necessidade de revisão do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco, a fim de organizar da forma correta os atendimentos na Emergência (atendimento por gravidade e não por ordem de chegada), mas principalmente com o objetivo de qualificar a identificação dos pacientes que não necessitam de atendimento médico em caráter emergencial, podendo ser encaminhados para atendimento das unidades básicas de saúde de referência, e desta forma, retirando parte da pressão por atendimento médico.

Cabe ainda salientar que, para cada proposta de mudança nos processos de trabalho, ações de educação permanente foram realizadas, e que dentro do que foi ponderado como sendo viável e considerando-se a já existente estrutura do hospital, do ponto de vista de recursos humanos e de infra-estrutura física e material médico hospitalar, foi previsto aumento de quadro profissional, adequação dos espaços físicos, bem como aquisição de insumos.

Ainda dentro do escopo de treinamentos, foram realizadas capacitações para todos os profissionais da unidade (corpo técnico e administrativo e serviços de apoio) no que diz respeito à implantação do Plano de Contingência, a fim de que todo o hospital estivesse incluído na nova dinâmica incorporada e a partir do entendimento que mudanças em um setor alteram em parte a rotina do hospital inteiro.

Os objetivos deste Plano de Contingência também alcançaram a orientação de usuários em relação aos cuidados de prevenção a saúde, visando buscar a redução da incidência das doenças respiratórias; reduzir a gravidade e a mortalidade relacionadas às mesmas; minimizar o impacto da sobrecarga no hospital; e articular o cuidado com a Rede de Atenção Básica e com a comunidade.

Algumas das ações previstas no plano, foram implantadas de imediato, como a revisão do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco e a posterior capacitação de todo o corpo de enfermagem, as readequações dos espaços físicos, com a ampliação das saídas de oxigênio na Hipodermia, a fim de aumentar a oferta de pontos para nebulização, bem como a reorganização a Sala Vermelha, cuja utilização havia sido transferida para sala de estabilização, mais próxima do posto de enfermagem, para abertura da mesma como Enfermaria Extra, a medida que o número de internações no hospital ultrapassasse o limite da capacidade instalada da unidade. É possível observar esta reestruturação na planta do hospital (figura 2). As adequações de recursos materiais e humanos também foram realizadas antes da implantação do plano.

A seguir serão apresentadas as adequações do processo de trabalho necessárias a consecução do Plano de Contingência.

O Hospital Getúlio Vargas Filho possui duas formas de entrada, sendo elas uma demanda espontânea, ou seja, àquela que chega por meio do atendimento do serviço de Emergência, e uma demanda regulada, que considera os atendimentos solicitados por meio das Centrais de Regulação ou Internações eletivas programadas.

O perfil do hospital define também o perfil de atendimento de seu serviço de emergência. Desta forma, esta se caracteriza como uma unidade de atendimento clínico em pediatria e, pacientes fora deste perfil (pacientes de trauma, cirúrgicos) devem ser referenciados para a rede assistencial de acordo com a necessidade. No

entanto, é de extrema importância que nenhum paciente que busque atendimento no hospital, seja dispensado sem a devida avaliação.

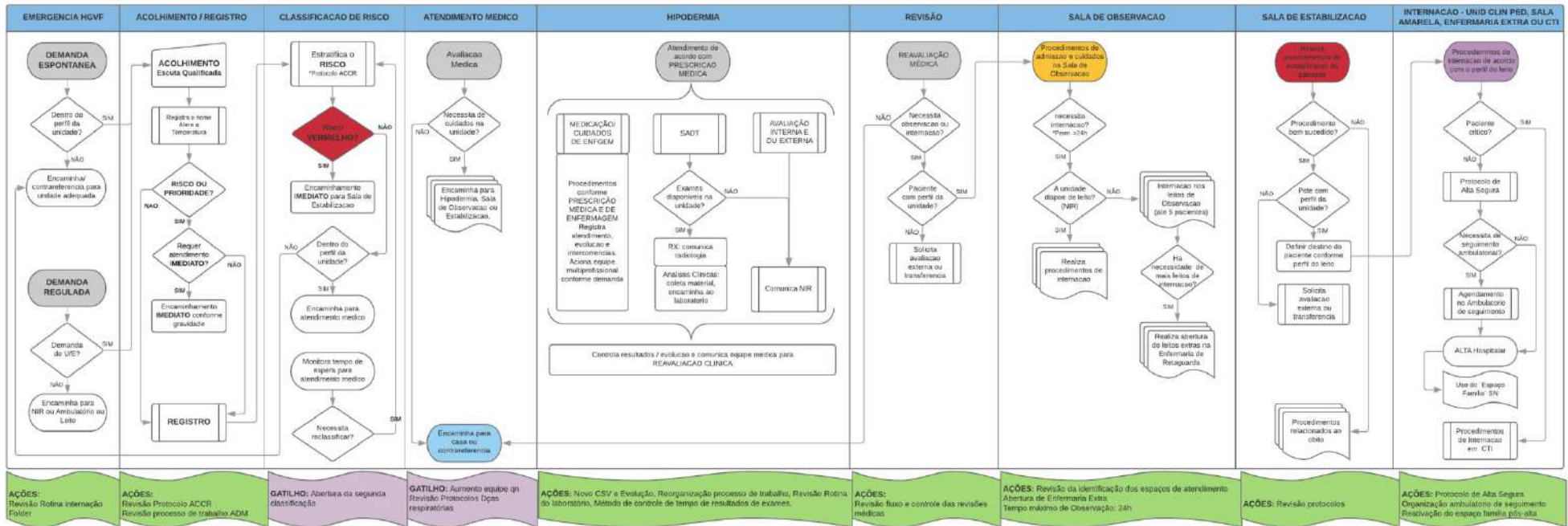
Dentre as ações relacionadas a esta etapa de determinação do perfil do paciente que a unidade tem condições e preparo para atender, foi realizada uma revisão minuciosa dos processos de internação hospitalar; definição dos casos que não serão atendidos na emergência; e a confecção de material gráfico para distribuição para a população, inclusive com articulação com as Unidades Básicas de Saúde, no sentido de informar o perfil do hospital, visando a diminuição de demanda fora deste perfil e, portanto geração de fila com casos que não serão atendidos, bem como a explicação do atendimento por gravidade, utilizando o protocolo de acolhimento de classificação de risco, com o objetivo de educar a população e evitar com isso, descontentamentos e situações de descontrole durante a espera por atendimento. Além disso, um *folder* direcionado a promoção de saúde e prevenção das doenças respiratórias e alérgicas também foi construído, com a ideia de oferecer a população informação afim de melhorar a qualidade de vida e diminuir a incidência de doença.

Estabeleceu-se, então, que pacientes que procurassem o serviço de emergência para realização de curativos ou retirada de sutura, atestado de saúde, troca de receituário e/ou administração de medicamento de uso contínuo seriam redirecionados às respectivas unidades básicas de saúde de referência. Para os pacientes dos ambulatorios de especialidades, que por vezes também eram orientados a procurar a emergência para administração de medicamentos, este deverão ser orientados aos cuidados de enfermagem do próprio ambulatório.

Feita a definição do que balizaria a entrada ou não dos usuários, a próxima etapa é o chamado acolhimento e classificação de risco. Mais que uma previsão legal, o Acolhimento com Classificação de Risco é um processo que visa organizar o fluxo dos pacientes que procuram os serviços de urgência/emergência de forma a garantir um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situação de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza. Além disso, é um importante instrumento para reorganização dos processos de trabalho levando a mudanças na forma e no resultado do atendimento ao usuário do SUS. Cabe destacar que o este não é um instrumento diagnóstico. O objetivo visado com o uso desta ferramenta é hierarquizar e determinar a

prioridade do atendimento conforma a gravidade do paciente e não pressupõe exclusão e sim uma estratificação do risco. Como já mencionado anteriormente, o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco que já era utilizado na unidade foi revisado. A figura 3 apresenta o novo fluxograma de acolhimento e classificação de risco, que o serviço de emergência da unidade passaria a utilizar dada a implantação do plano.

Figura 5 - Fluxograma da Emergência



Fonte: Elaborado pelo Núcleo de Apoio a Gestão da unidade.

Figura 6 - Planta do Hospital Getúlio Vargas Filho



Fonte: Arquivo Hospitalar.

Tabela 3 - Organização das enfermarias e leitos

ÁREA	NOVA NOMENCLATURA	REFERÊNCIA ATUAL	NUMERAÇÃO LEITOS
HOSPITAL			
UIC 1	UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA 1	SALA AMARELA	1.1 a 1.8 ISOL 1 E ISOL 2
UIC 2	UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA 2	CLINICA PEDIÁTRICA	2.1 a 2.25
UICIR 3	UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA 3	UNID. CIRÚRGICA	3.1 a 3.9
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	UTI	1 a 10
EXTRA	ENFERMARIA EXTRA	ANTIGA SALA VERMELHA	EX.1 a EX 10
EMERGENCIA			
S.E.	SALA DE ESTABILIZAÇÃO	HIPODERMIA	BOX E.1 E BOX E.2
S.O.	SALA DE OBSERVAÇÃO	HIPODERMIA	BOX 1 A 10

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as adequações propostas, a incorporação das indicações de prioridade e risco já no acolhimento, que até então tratava-se apenas de etapa inicial de escuta das queixas e aferição de peso e temperatura, mas que não ordenava por gravidade os pacientes para a próxima etapa; o deslocamento físico do mesmo, que passou a ocupar um lugar mais perto da porta; o uso do sistema interno de gestão da emergência, que era utilizado apenas pelo registro (etapa seguinte), ou seja, o usuário passou a ser inserido no sistema já no acolhimento. Para tanto, a aferição do peso foi retirada da responsabilidade do acolhimento, uma vez que até a classificação de risco, o peso da criança não é determinante para nenhuma ação.

Como definições de prioridade e risco, considerou-se, para o primeiro, questões legais que determinam prioridade, e, para o segundo, as situações/condições clínicas determinam o risco. A seguir, a tabela 3 apresenta as considerações sobre risco e prioridade.

Tabela 4 - Determinantes do Risco e Prioridade no Acolhimento

Definição de Sinais de Alerta, Risco e Prioridade no Atendimento na Emergência	
Sinais de Alerta	Palidez intensa e/ou lábios e pele arroxeados; Dificuldade importante para respirar; Sons respiratórios audíveis à distância; Queixa de dor intensa; Crise convulsiva; Trauma físico recente, com dor importante, deformidade e incapacidade funcional; Vítima de acidente automobilístico, mordedura com laceração, acidente por animal peçonhento, intoxicação exógena, violência, afogamento; Sangramento aparente; História de ingestão de corpo estranho apresentando desconforto respiratório, salivação excessiva, dor à deglutição.
Risco	Presença de febre e/ou dor ** ; Desconforto respiratório leve e/ou batimento de asa de nariz; Lesões com sangramento aparente; Retorno à Emergência em período igual ou inferior a 24 horas; Paciente referenciado da rede para Administração de Soro Antirrábico.
Prioridade	Paciente com idade menor que 30 dias; Neuropatas ou outras necessidades especiais; Portadores de doenças neuropsiquiátricas.

Fonte: Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco, elaborado pela equipe técnica do hospital.

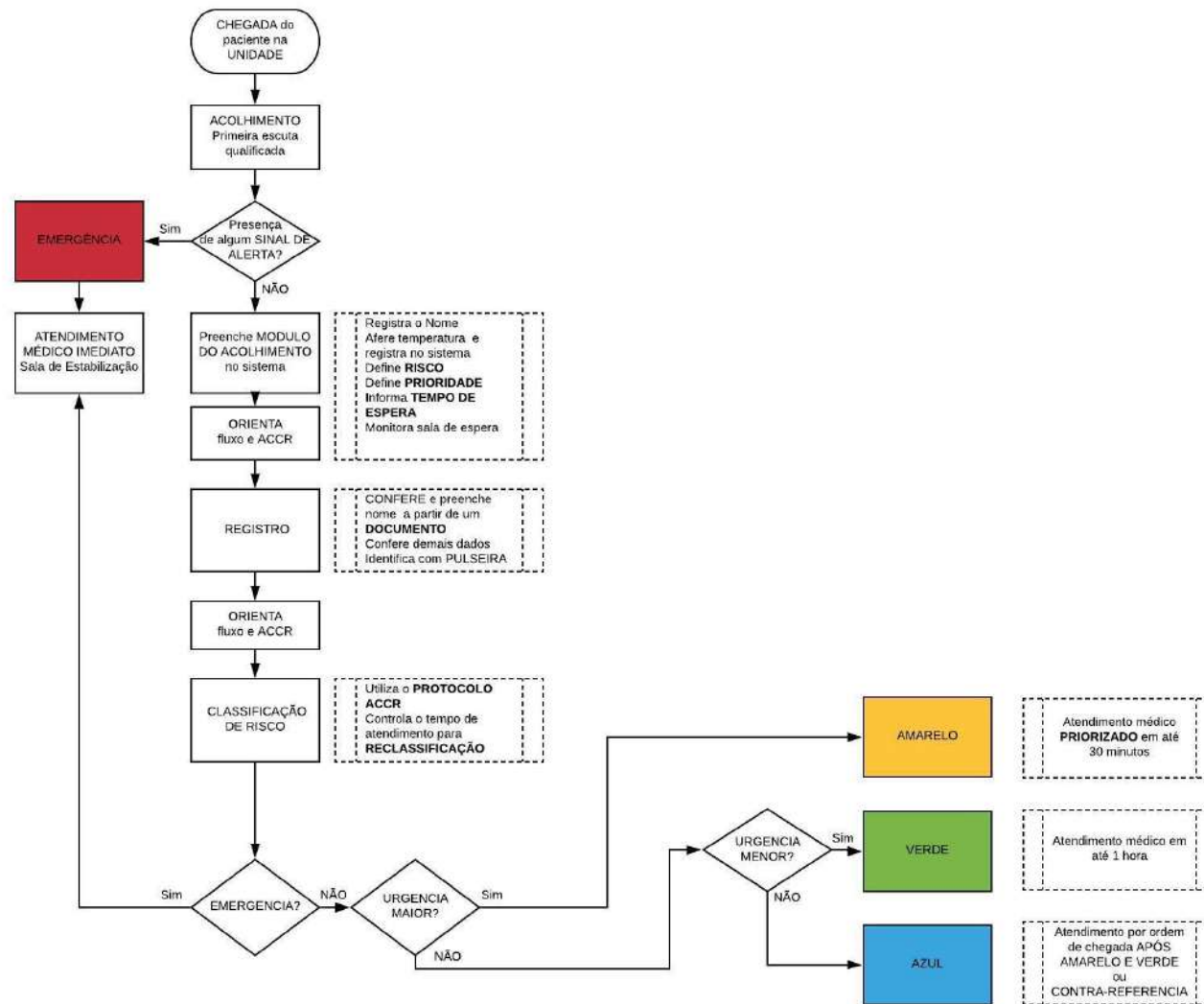
** Segundo escalas de febre e dor anexas ao Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco.

Considerando-se que esta etapa de Acolhimento-Registro-Classificação de Risco compreende todo o percurso que o usuário cursará desde sua entrada na unidade até o atendimento médico, fica definido que:

No Acolhimento cabe ao profissional do definir a ordem de atendimento do Registro, o que será realizado com apoio do sistema informatizado, a aferição da temperatura corporal e demais sinais de alerta, para identificação de risco, bem como condições que definam prioridade. Este espaço também deverá ser utilizado para orientação dos responsáveis quanto o funcionamento da emergência, com atendimento por gravidade e não por ordem de chegada, bem como o tempo médio de espera naquele momento para cada usuário que acolher; também fica definido que este profissional deverá estar atento a sala de espera e a qualquer mudança no estado de saúde dos usuários que aguardam por atendimento ou a necessidade de orientação. Fica ainda determinado que os pacientes com referida queixa de trauma deverão ser encaminhados pelo técnico do acolhimento para sala de estabilização para avaliação médica e posterior encaminhamento para sua unidade de referência.

No Registro, o técnico administrativo nesta etapa deverá conferir e corrigir, caso necessário, o nome do paciente, segundo o documento apresentado pelo responsável, bem como os demais dados da criança. Feito isso, deve identificar a criança com uma pulseira, contendo seu nome, nome da mãe, e data de nascimento e assim como feito no acolhimento, aqui também deverão ser reforçadas as informações de atendimento segundo classificação de risco e o tempo de espera. O administrativo do registro fica responsável por informar o tempo médio de espera para atendimento médico para o técnico do acolhimento, e como estratégia de acompanhamento e monitoramento, gerar um informativo para direção e coordenação da emergência com o número de entradas por período, tempo de espera por cor de classificação de risco e quantitativo de pacientes na fila. Por período, ficou determinado 7 as 11h; 11 as 14h; 14 as 18h; 18 as 21h; 21h as 24h; 24h as 7h.

Figura 7 - Fluxograma do Acolhimento e Classificação de Risco da Emergência do Hospital Getúlio Vargas Filho



Fonte: Elaborado pelo Núcleo de Apoio a Gestão da unidade.

Este monitoramento, de fila e tempos de espera, é o determinante para o primeiro ponto de alerta para intervenção, ou como ficou definido, ativador de ação. Foi definido pelo Plano de Contingência que, para controle da demorada espera na emergência, e otimização do atendimento, um tempo de espera para classificação de risco superior a 30 minutos ou uma fila de espera para o mesmo superior a 10 pacientes em tela, serviriam como indicativo para abertura da segunda sala para classificação de risco. Para isso, fica previamente definido, em cada plantão, o enfermeiro que deverá ser acionado caso seja necessário a abertura de mais uma classificação. Além deste sinal de alerta, a lógica da reclassificação também entra no escopo deste monitoramento: ficou definido que, os pacientes classificados com risco amarelo deveriam se reclassificados caso não fossem atendidos pelo médico em 30 minutos; os classificados como verde, em 60 minutos; e os azuis, em 120 minutos, a fim de verificar sinais de agravamento do quadro e necessidade de atendimento mais rápido.

A Classificação de Risco, deverá ser realizada única e exclusivamente sob critérios técnicos e de acordo com o protocolo; a reclassificação deverá ser orientada pelos tempos e limites ditos acima e o classificador de risco (enfermeiro) passa a ser o profissional responsável por aferir o peso do paciente e monitorar a temperatura corporal.

Considerando-se todas essas adequações previstas no plano, a equipe de enfermagem foi redimensionada.

Dada esta tríade inicial no atendimento, o atendimento médico é a próxima etapa, e esta, como já mencionado, deverá ser orientada pela gravidade do paciente. Com a finalidade de potencializar e dar segurança ao corpo médico e considerando a sazonalidade das doenças respiratórias, outro ponto de intervenção do plano foi o de revisar e disponibilizar na forma impressa em todos os consultórios os protocolos clínicos das principais patologias relacionadas. Além disso, ficou determinado que o encaminhamento do paciente à hipodermia deverá ser acompanhado de prescrição médica, e não mais receituário médico, contendo o medicamento que deverá ser administrado, dose e via de administração e conduta adotada no que diz respeito à dieta, exames solicitados, tempo de observação e liberação.

No tocante à revisão médica, os pacientes que anteriormente eram orientados à esperar na porta no consultório para a revisão, o que, a depender da quantidade de pacientes causava certa confusão, passam a ser orientados a aguardar chamada verbal, do médico, para a revisão. Para tanto, instaurou-se uma ficha de liberação para revisão médica, de responsabilidade da enfermagem, que deverá ser levada ao consultório do médico solicitante dado que o paciente já recebeu todo o cuidado prescrito e está pronto para ser visto novamente.

Além de organizar a revisão, esta rotina auxilia no monitoramento dos exames e do cumprimento da prescrição médica. Ainda nas adequações propostas pelo plano que envolve o atendimento médico (consulta e revisão), além dos impressos de prescrição e liberação para revisão, foi definido o uso de um livro de controle do laboratório a fim de observar os tempos de espera na realização de exames laboratoriais e o quanto isto pode impactar no tempo de permanência do paciente na unidade.

Realizada a consulta médica o paciente poderá ser liberado do consultório para casa, com prescrição, ou ser encaminhado para Hipodermia ou para Sala de Observação. Como se trata de um espaço físico compartilhado por usuários que demandam cuidados de enfermagem pontuais e realização de exames (Hipodermia) e por usuários que, demandam maior tempo na unidade para definição do quadro clínico e a tomada de decisão do médico por alta melhorado ou indicação de internação hospitalar (Sala de Observação), este espaço passou por reestruturação física – tanto no que diz respeito à ampliação dos pontos de oxigênio e conseqüente aumento na disponibilidade de locais para suporte respiratório, quanto na definição da nomenclatura dos locais de atendimento, que passaram a ser identificados como Box de atendimento. A reorganização dos espaços e processos de trabalho como adequação desta área a partir do Plano de Contingência visa minimizar os efeitos da sobrecarga de atendimentos, garantindo fluxo e condições seguras para os pacientes ali atendidos.

Além disso, também foi realizada revisão da rotina do laboratório. Foi proposto que a coleta fosse iniciada pelos pacientes com solicitação de exame nas unidades de internação (das 6h30 às 7h30) e daí os pacientes do ambulatório (7h30 à 9h30), invertendo a lógica realizada anteriormente, onde eram realizados no primeiro horário a

coleta no ambulatório e depois os internados. Esta medida visou a necessidade de resultados de exames para decisão médica por alta, e o objetivo de otimizar este processo de alta para os pacientes com condições clínicas para tal. Encerrada a coleta destes pacientes, o técnico ficará disponível para coleta da Emergência.

Ainda tratando-se da coleta, ficou determinado pelo plano de contingência, que, os exames realizados na Emergência deverão ser encaminhados ao laboratório a cada 5 amostras coletadas ou a cada 30 minutos, o que ocorrer primeiro, entendendo que este é mais um ponto de demora, e que pode ser evitado. Para os pacientes em observação na hipodermia, fica previsto pelo plano de contingência, um prontuário simplificado – pranchetas com prescrição, evolução multiprofissional e controle de sinais vitais, feito em impresso próprio, preparado e validado pela equipe de enfermagem.

Ao passo que o foco principal do Plano de Contingência tenha sido o serviço de Emergência, notou-se a necessidade de rever processos também dos setores de internação na medida em que estas precisam garantir giro de leito suficiente para absorver a demanda da Emergência. Neste sentido foi realizada a revisão do Protocolo de Alta Segura e a ampliação da agenda do seguimento ambulatorial “*Follow-Up*”, cujas vagas são destinadas a revisão de pacientes pós alta. Ambas medidas visaram a possibilidade de agilizar a alta do paciente, sendo a primeira destinada ao preparo da alta desde o momento da internação, no que diz respeito ao monitoramento dos fatores que motivaram a internação e sua reversão e a educação do paciente – no caso de hospitais pediátricos, os responsáveis principalmente – quanto as implicações da doença, limitações e restrições pós alta, sinais e sintomas de agravamento e necessidade de retorno (caso haja), condições de realização das atividades diárias e, em alguns casos, após avaliação médica, de dar continuidade ao tratamento em casa. Nesta lógica também reside o objetivo de aumento da agenda para *Follow-Up*, uma vez que, pacientes com condições de alta segura, vistas anteriormente, possam concluir o processo de recuperação em casa, mas serem vistos, tão logo, pelo médico no ambulatório. Estas medidas proporcionam maior segurança ao médico, na decisão da alta, bem como os familiares, que são orientados quanto ao cuidado das crianças, e, em casos de necessidade, já com seu retorno ambulatorial marcado.

Levando em conta as necessidades da população aqui assistidas, também foi proposta a reativação do Espaço Família, sala esta equipada para acomodar responsáveis e pacientes enquanto a saída para casa ainda não foi viabilizada por motivos pessoais (espera por transporte ou por alimentação na unidade). Assim, a Alta Administrativa é dada tão logo a Alta Médica é comunicada, e o leito é liberado para higienização e acolhimento de outro paciente.

O Plano de Contingência também previu em sua construção, monitoramento contínuo de suas ações de adequações. Nesta lógica, foram pensados indicadores de avaliação, que fossem confiáveis e disponíveis, com periodicidades distintas e de acordo com seu objetivo. Foram definidos indicadores de acompanhamento diários - sendo estes os responsáveis por sinalizar os momentos onde a intervenção proposta seria posta em prática - semanais e mensais, com o intuito de viabilizar alterações que fossem necessárias nas rotinas propostas, expostos na Tabela 4.

Tabela 5 - Indicadores de Monitoramento do Plano de Contingência

Indicador / Informação	Definição	Periodicidade
Tempo de espera para Classificação de Risco	Tempo (em minutos) de espera entre Acolhimento e Classificação de Risco	DIÁRIO
Tempo de espera para atendimento médico x Risco	Tempo (em minutos) de espera entre Classificação de Risco e Atendimento Médico, segundo risco	DIÁRIO
Tempo Médio de espera para atendimento médico	Tempo de espera médio total entre Classificação de Risco e Atendimento Médico	DIÁRIO
Padrão de entrada x Gravidade	Quantidade total de entradas na Emergência por hora, segundo risco	DIÁRIO
Tempo de espera para resultado laboratorial	Tempo de espera entre solicitação médica e entrega do exame (Livro de controle do laboratório)	DIÁRIO
Tempo de Observação	Tempo de permanência na observação (máximo 24h)	DIÁRIO
Quantidade de internações extras	Taxa de Ocupação	DIÁRIO
Tempo Médio de Permanência Unidade	Tempo de permanência em internação	SEMANAL
Demanda Risco AZUL	Análise dos diagnósticos dos pacientes classificados como Azul	SEMANAL
Total de atendimentos na Emergência	Nº total de atendimentos /dia	SEMANAL

Ociosidade ambulatório <i>Follow-up</i>	Número de consultas não realizadas no <i>Follow-up</i> /dia	SEMANTAL
Tempo Médio de espera para Classificação de Risco	Tempo de espera médio entre Acolhimento e Classificação de Risco	MENSAL
Tempo Médio de espera para Atendimento Médico por Risco	Tempo de espera médio entre Classificação de Risco de Atendimento Médico, segundo risco	MENSAL
Índice de Giro	Número de saídas no período / número de leitos operacionais no período	MENSAL
<i>Feedback</i> sobre mudanças no processo de trabalho	Conversa com equipe da emergência	MENSAL

Fonte: Elaborado pela autora.

6 CONCLUSÃO

A coleta de dados e a transformação destes em indicadores é rotina em qualquer unidade de saúde. No entanto, é na utilização dessas informações que reside sua importância. Conhecer a realidade do serviço não basta se isto não for utilizado como potencial de ação e transformação da realidade, tampouco servirá toda a informação sistematizada e sintetizada em bancos de dados completíssimos se não auxiliarem na tomada de decisão do gestor.

O presente trabalho trás consigo a importância da utilização dos dados gerados pelo serviço no processo de gestão da unidade, e neste caso, de organização dos processos de trabalho com o objetivo de melhorar a assistência prestada, entendendo o cuidado como um dos papéis principais dos hospitais, mas não deixado de lado a atenção com o profissional da linha de frente, que também sofre com a superlotação dos serviços.

Analisar, de forma temporal, o comportamento do comparecimento para atendimento na unidade de emergência serviu para corroborar a fala dos profissionais, onde ficava clara a presença de um período de maior sobrecarga do serviço por conta do aumento da demanda, bem como entender o que estava por trás deste aumento: qual era realmente o período de aumento da demanda; que doenças eram mais incidentes no período e que geravam atendimento na emergência, mas também que agravos estavam levando a internação hospitalar; de que forma a gestão dos casos de forma multiprofissional, interfere no tempo total de permanência na unidade – sejam os casos em observação, sejam aqueles em internação – uma vez que é sabido que o tempo total que a criança permanece na unidade também impacta a superlotação do serviço.

Para, além disso, este trabalho aponta para a importância da construção participativa de estratégias de gestão, principalmente se esta mudará as rotinas da unidade e o dia a dia dos profissionais. Foi notória a mudança de comportamento e posicionamento dos profissionais, desde o início do processo até sua finalização. Observou-se aumento real no engajamento dos profissionais ao longo do processo de criação desde projeto, e isto foi considerado um dos principais responsáveis pelo sucesso na implantação do mesmo.

O desafio de gerenciar serviços de saúde está há muito posto, mas não pode ser capaz de imobilizar profissionais e gestores. Pelo contrário, deve servir de mola propulsora para criação de estratégias para melhorias da qualidade, quer seja do cuidado prestado, que seja do ambiente e condições de trabalho. O trabalho em saúde, não se realiza apenas na assistência, ele atravessa as barreiras da sua atividade fim, e necessita das atividades meio para manter sua organização e qualidade.

É neste contexto e bebendo nesta fonte de motivação que o trabalho na gestão deve ser realizado – dispensando a atenção necessária aos dados gerados pela unidade, em seus processos de trabalho diários e a partir daí, definindo quadros de monitoramento sensíveis e que sejam úteis à tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS: ABRASCO, 2001. p.113-126.

SILVA, G. R. O SUS e a crise atual do setor público de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 2, p. 15-21, 1995.

WEISS, S. J. *et al.* Estimating the degree of emergency department overcrowding in Academic Medical Center: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). **Academic Emergency Medicine**, v. 11, n. 1, p. 38-50, 2004.