

Enferm Bras 2019;18(6):784-98

<https://doi.org/10.33233/eb.v18i6.2857>

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mapeamento e análise do fluxo de atendimento ao usuário em uma Unidade de Pronto Atendimento

Josué Souza Gleriano*, Tatiany Marques de Oliveira**, Liz Vanessa Lupi Gasparini, D.Sc.***, Ana Claudia Pereira Terças Trettel, D.Sc.****, Verônica Modolo Teixeira, M.Sc.*****, Camila Galiano*****, Gisele Caroline Richi Fabro*****

Enfermeiro, Doutorando em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Docente Assistente da Universidade do Estado de Mato Grosso, Campus Tangará da Serra, Mato Grosso, Coordenador do Escritório de Qualidade para Organizações de Saúde – EsQualOS, **Enfermeira formada pela Universidade do Estado de Mato Grosso, Campus Tangará da Serra, Mato Grosso, Bolsista do Escritório de Qualidade para Organizações de Saúde – EsQualOS, *Administradora, Docente Adjunta do Departamento de Administração da Universidade do Estado de Mato Grosso, Campus Tangará da Serra, Mato Grosso, Integrante do Escritório de Qualidade para Organizações de Saúde - EsQualOS, ****Enfermeira, Docente Adjunta da Universidade do Estado de Mato Grosso, Campus Tangará da Serra, Mato Grosso, *****Enfermeira, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, *****Enfermeira da Prefeitura de Sertãozinho/SP, *****Enfermeira, Mestranda em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*

Recebido em 6 de maio de 2019; aceito em 28 de outubro de 2019.

Correspondência: Josué Souza Gleriano, Universidade do Estado de Mato Grosso, Departamento de Enfermagem, Rod MT 358, 78300-000 Tangará da Serra MT

Josué Souza Gleriano: josuegleriano@unemat.br

Tatiany Marques de Oliveira: tatiany_marques@hotmail.com

Liz Vanessa Lupi Gasparini: admilizvanessa@gmail.com

Ana Claudia Pereira Terças Trettel: ana.claudia@unemat.br

Verônica Modolo Teixeira: veronica_modolo@hotmail.com

Camila Galiano: camilagaliano@gmail.com

Gisele Caroline Richi Fabro: gyfabro@gmail.com

Resumo

Objetivo: Mapear e analisar o macroprocesso de atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). **Métodos:** Trata-se de relato de experiência de integração ensino-serviço realizado em uma UPA localizada na região sudoeste do estado de Mato Grosso. Compuseram a equipe de trabalho docentes e discentes do curso de enfermagem e administração, direção, coordenador da equipe médica e de enfermagem e dois profissionais da assistência da UPA. A coleta foi dividida em etapas: o mapeamento do fluxo, de documentos e a característica do tipo de atendimento. **Resultados:** A descrição dos dados primários e secundários levantados permitiu compreender que esse fluxo de atendimento participa do macroprocesso de atendimento ao usuário, composto por 5 processos, que ocorrem em 11 departamentos. Sua análise possibilitou identificar pontos de melhoria em todos os cinco processos. No período analisado, percebe-se que 77% da produção de atendimento são referentes às classificações verde e azul. **Conclusão:** Conclui-se a necessidade de aperfeiçoar espaços de gestão da assistência, aumentar o quantitativo de recursos humanos de enfermagem, além de instituir um diálogo com a atenção primária à saúde por meio da gestão da clínica capaz de regular corretamente o usuário no sistema de saúde local.

Palavras-chave: serviço hospitalar de admissão de pacientes, serviço hospitalar de emergência, triagem, avaliação de processos, serviços de saúde.

Abstract

Mapping and analysis of the flow of user service in an Urgent Care Unit

Objective: To map and analyze the macro-process of service at an Urgent Care Unit (UCU). **Methods:** This is a teaching-service integration experience report carried out at an UCU located in the southwest region of the state of Mato Grosso. The work team comprised professors and

students of the nursing and administration courses, directors, coordinator of the medical and nursing team and two UCU assistance professionals. The collection was divided in steps: flow and documents mapping, and type of service. *Results:* The description of the primary and secondary data raised allowed understanding that this service flow participates in the macro-process of user service, composed by 5 processes, which take place in 11 departments. Its analysis allowed identifying improvement points in all five processes. In the analyzed period, 77% of the service production refer to the green and blue classifications. *Conclusion:* There is need to improve care management spaces, increase the nursing human resources, and establish a dialogue with primary health care through clinic management that correctly regulates the user in the local health system.

Key-words: admitting department hospital, emergency service hospital, triage, process assessment, health services.

Resumen

Mapeo y análisis del flujo de atención al usuario en una Unidad de Servicio

Objetivo: Mapear y analizar el macroproceso de atención en una Unidad de Pronto Atención (UPA). *Métodos:* Se trata de relato de experiencia de integración enseñanza-servicio realizado en una UPA ubicada en la región suroeste del estado de Mato Grosso. Compusieron el equipo de trabajo docentes y discentes del curso de enfermería y administración, dirección, coordinador del equipo médico y de enfermería y de los profesionales de la asistencia de la UPA. La recolección fue dividida en etapas: el mapeo del flujo, de documentos y la característica del tipo de atención. *Resultados:* La descripción de los datos primarios y secundarios levantados permitió comprender que este flujo de atención participa del macroproceso de atención al usuario, compuesto por 05 procesos, que ocurren en 11 departamentos. Su análisis permitió identificar puntos de mejora en los cinco procesos. En el período analizado, se percibe que el 77% de la producción de atención son referentes a las clasificaciones verde y azul. *Conclusión:* Se concluye la necesidad de perfeccionar espacios de gestión de la asistencia, aumentar el cuantitativo de recursos humanos de enfermería, además de instituir un diálogo con la atención primaria a la salud a través de la gestión de la clínica capaz de regular correctamente al usuario en el sistema de salud ubicación.

Palabras-clave: servicio hospitalario de admisión de pacientes, servicio hospitalario de emergencia, detección evaluación de procesos, servicios de salud.

Introdução

O Serviço Hospitalar de Emergência (SHE), ou pronto-socorro, é uma das portas de entrada no sistema de saúde brasileiro, considerado como uma unidade complexa e que deve possuir apenas leitos de observação destinados ao atendimento de usuários com ou sem risco de morte, cujos agravos necessitam de intervenções imediatas nas 24 horas do dia [1]. A elevada procura por esse tipo de serviço tem dificultado a resolubilidade na obtenção de resultados positivos em relação ao atendimento prestado [2] e, para minimizar esse quadro, gestores têm utilizado diversas estratégias, como a implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a inserção do sistema de gerência de fluxo de pacientes do SHE para os leitos de internação, o aumento do número de integrantes da equipe de enfermagem, a ampliação de leitos da unidade, entre outras [3].

A implantação de uma UPA propõe atuação de mediadora entre as unidades básicas de saúde e os grandes hospitais, parte do planejamento da Rede de Atenção às Urgências (RAU), com objetivo de redirecionar a demanda de usuários e evitar superlotação dos hospitais. Essas unidades foram instituídas como unidades não hospitalares de atendimento às urgências por meio da Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002, mas só se materializaram com o nome UPA 24 horas em dezembro de 2008 [4,5].

O propósito das UPA é a oferta de atendimento ágil para as urgências, para a assistência e estabilização do quadro do paciente até que se possa encaminhá-lo aos hospitais, quando necessário [6]. Porém, o atendimento nas UPA tem se configurado para além do esperado das queixas de urgência, propriamente ditas, e sinalizando uma absorção de usuários em situações não urgentes que procuram o atendimento devido à maior facilidade de consulta médica [7].

O aumento no fluxo de usuários, proveniente da demanda crescente pela procura dos serviços de urgência e emergência, configura a necessidade de reorganização do processo de trabalho nessas unidades, atendendo a diferentes graus de especificidades e necessidades, conforme as diversas prioridades. Sendo assim, o atendimento deve ser preconizado em acordo

com a situação clínica dos usuários, priorizando aqueles que, no momento, correm mais risco devido ao agravamento à saúde [8].

Na UPA, as questões que envolvem o exercício da observação do fluxo do atendimento representam um campo fértil para estudos que visem a melhorias nos SHE. Em relação à organização e ao controle de fluxo de entrada e saída de pacientes em SHE, uma das estratégias mais empregadas é utilizar protocolos de classificação do risco que consideram a queixa do usuário para priorizar a assistência [9].

A utilização de protocolos de classificação de risco em SHE teve início em meados de 1970, na Austrália e, em 1990, foi impulsionado pela informatização nos hospitais. Atualmente, são utilizados como critério para avaliação nas unidades de emergência [10]. A partir do acolhimento, os usuários são classificados de acordo com o risco apresentado, sendo realizado por um profissional de saúde, de nível superior, que possui treinamento específico na utilização de protocolos pré-estabelecidos para garantir uma classificação de qualidade e com prioridade para o atendimento [9]. A assistência médica é direcionada em conformidade com a classificação realizada no setor de acolhimento da unidade de saúde [11].

O mapeamento do fluxo de usuários em um SHE torna-se importante na identificação de etapas que concentram problemas, além de produzir evidências científicas sobre o processo de trabalho. O mapeamento é uma ferramenta que permite documentar os elementos que compõem um processo, e sua análise indica possibilidade de melhoria por identificar atividades não agregadoras de valor. Isso é possível por meio de uma interpretação correta de técnicas individuais ou em conjunto que devem ser escolhidas a depender do objeto a ser mapeado, a fim de compreender os processos atuais e eliminar lacunas e deficiências, e/ou simplificar eventos, aprimorando-os para que o serviço prestado de fato entregue valor aos clientes e aprimore as práticas dos profissionais e da gestão [12,13].

Existem diferentes técnicas para realizar o mapeamento de processos, tais como: fluxogramas, mapa de processos, mapofluxograma, entre outros, e sua análise permite a redução de custos no desenvolvimento de produtos e serviços e nas falhas de integração entre sistemas além da melhoria no desempenho da organização [14,15].

Inserido nesse contexto, este estudo é fruto de uma extensão universitária resultante da interação entre serviço de saúde e ensino com vistas a contribuir para a melhoria da qualidade e por meio de estratégias para o desenvolvimento do processo de trabalho na instituição que recebe a extensão. Pontua-se que esse espaço de integração, além de proporcionar aprendizagem para os discentes, docentes e profissionais, culmina em possibilidade de efetivação na organização do processo de trabalho e do relacionamento interdisciplinar [16]. Sendo assim, buscou identificar, mapear e analisar o fluxo de atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento no intuito de apresentar possíveis intervenções ao serviço de saúde.

Material e métodos

Trata-se de um relato de experiência de integração ensino-serviço na condução de um projeto solicitado pela Direção do Complexo Hospitalar de um município da região médio-norte mato-grossense a equipe técnica do Escritório de Qualidade para Organizações de Saúde (EsQualOS), programa de extensão da Universidade do Estado de Mato Grosso, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde como inovação na área de educação em Saúde [17].

Uma das ações de aproximação do curso de enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso – Campus Tangará da Serra da gestão municipal e dos serviços de saúde deu-se por meio da criação do programa EsQualOS, que obteve, por acordo nas parcerias a partir da extensão e pesquisas, uma sala de trabalho no complexo hospitalar, espaço que objetiva apoiar projetos de integração ensino-serviço, e, para isso, o EsQualOS vincula uma equipe interprofissional composta por profissionais do serviço, coordenadores de atenção, docentes e discentes da universidade [19].

O local desse projeto foi uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) vinculada a um hospital municipal de média complexidade, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A UPA foi inaugurada no dia 1 de julho de 2016 e atende a uma população estimada de 101.764 habitantes [20], além da população nas cercanias. Essa unidade faz parte do Complexo Hospitalar, conjunto de serviços agrupados pelo Decreto nº 216, de 30 de junho de 2016 [21].

O Grupo de Trabalho (GT) desse projeto foi composto por representantes da universidade, docentes e discentes do curso de enfermagem e de administração e, representantes da UPA, direção, coordenador da equipe médica e de enfermagem, além de dois

profissionais da assistência convidados por possuírem maior tempo de vínculo empregatício na unidade que acordaram que o fluxograma seria utilizado como técnica para coleta dos dados sendo que três etapas completaram a coleta: a primeira foi o mapeamento do fluxo; a segunda, o levantamento dos documentos envolvidos no fluxo; e, por fim, um levantamento da característica das classificações dos atendimentos realizados pela UPA no primeiro semestre de 2017.

O mapeamento do fluxo foi necessário, pois a unidade não possuía a descrição dessa informação registrada. Para mapeá-lo, foi aplicado o fluxograma vertical, formulário indicado para levantar rotinas existentes em um setor de trabalho, por estabelecer, em seus campos, as informações necessárias e evitar distorções de documentos escritos e extensos que facilitam a perda de informação [22].

Nessa primeira etapa, foram realizadas sete visitas à UPA, durante um período de duas horas de observação, e uma visita de seis horas para observar o fluxo, do início até o final, no intuito de confirmar os processos e os profissionais envolvidos e certificar as informações já levantadas nas visitas anteriores. Esse momento foi realizado pelos docentes e discentes dos cursos, distribuídos sempre em parceria de um aluno do curso de enfermagem e um de administração sob supervisão de um docente. Trata-se de uma etapa sugerida [23] para identificar como as pessoas fazem e organizam o trabalho enquanto realizam o conjunto diário de suas atividades.

Os dados colhidos foram classificados em primários, aqueles que estão em posse da equipe de trabalho coletados com o propósito de atender às necessidades específicas, e em secundários, aqueles documentais e bibliográficos para serem organizados e analisados [24].

Os dados adquiridos compuseram um banco de informações que delinearão as principais atividades do fluxo do processo de trabalho e da organização da UPA sob a forma do macroprocesso de atendimento ao usuário e dos processos que o compõem. As informações registradas compreenderão as ações, decisões, entradas e saídas de materiais, pacientes e seus atores, na ordem em que são executadas atualmente, de maneira a identificar a forma como os fluxos de atendimento ocorriam.

Após o levantamento inicial, apresentou-se à equipe do serviço um quadro descritivo do atendimento ao usuário por meio da observação não participante do “dia a dia” no setor para que pudessem analisar e avaliar a informação, além de acrescentar contribuições. Esse momento foi essencial para o aperfeiçoamento e o entendimento corretos da real situação do fluxo de atendimento do macroprocesso de atendimento ao usuário, e principalmente, para validá-lo.

O GT, a partir da análise dos dados primários e secundários contidos no quadro descritivo do macroprocesso de atendimento aos usuários, elencou um quadro descritivo com a identificação de problemas que compõem o macroprocesso estudado, justificados por referências que abordam as questões da organização do fluxo e capazes de sinalizar possíveis propostas de melhoria.

No intuito de auxiliar a gestão do complexo hospitalar, levantou-se o número total mensal de atendimentos por tipo de classificação, dados do número e tipo de atendimento realizado na UPA, no período do primeiro semestre de 2017, extraídos do Sistema de Informação da UPA, disponibilizado pela direção da instituição. Os dados foram, então, lançados em uma planilha de Excel e apresentados em gráfico com seus valores absolutos.

Este estudo fez parte das atividades de parceria do EsQualOS com o complexo hospitalar, realizado com ciência da Direção Administrativa da Unidade de Pronto Atendimento e oficializado em documentação do termo de cooperação entre a universidade e o serviço de saúde. O mapeamento analisado com pontos de melhorias e sugestões de mudanças justificadas para aprimorar o macroprocesso de atendimento ao usuário foi apresentado como produto em um relatório à gestão da UPA e do Complexo Hospitalar.

Resultados

A área total da UPA estudada é de 1.202 m². Contém oito leitos de observação, quatro leitos auxiliares, três leitos de unidade semi-intensiva, um box de emergência com duas macas e quinze poltronas reclináveis para administração de medicações e observação. Seu projeto arquitetônico, com particularidades, adequa-se a esse tipo de estabelecimento, sendo classificada para ser habilitada como UPA Porte I. Percebe-se que, no momento de execução desse projeto, a UPA ainda não havia sido habilitada pelo Ministério da Saúde.

A UPA atende as diretrizes de funcionamento ininterrupto, 24 horas, e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos, conforme previsto na Portaria nº 10 de 3 de

janeiro de 2017 [9]. A descrição do macroprocesso de atendimento da UPA está registrado no Quadro 1. A descrição dos dados primários e secundários levantados permitiu compreender que esse fluxo de atendimento do macroprocesso de atendimento ao usuário compõe cinco processos: recepção, acolhimento, consulta médica, observação e entrada de emergência na UPA e Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Eles, por sua vez, ocorrem em 11 departamentos: recepção, acolhimento, consultório médico, posto de enfermagem, sala de coleta de exames, observação nas poltronas e nos leitos, entrada de emergência, box urgência e semi-intensiva. Essa estrutura mostra a complexidade desse setor por ser interfuncional, interdepartamental e interorganizacional.

Quadro 1 - Mapeamento do macroprocesso de atendimento dos usuários realizados na UPA pesquisada, por departamento, em 2017. (ver anexo em PDF)

Com base na descrição do Quadro 1, percebe-se que o modelo de gestão e do cuidado é vertical, tradicional, agrupando os profissionais em estruturas departamentais, que, mesmo sendo articuladas nas demandas de interação multiprofissionais, funcionam de forma isolada. Reforça o desentrosamento entre os tipos de procedimentos demandados e executados em cada processo das categorias profissionais, configurando, nesse contexto, uma fragmentação do cuidado. Nota-se, ainda, que na rede de urgência e na estrutura de fluxos assistenciais há algumas experiências que apontam fragmentação da responsabilização da assistência, descontinuidade do cuidado, inadequação de sistemas de informações existentes, insuficiente incorporação de protocolos clínicos elaborados por meio de bases científicas e carência na notificação de eventos adversos [25].

Na UPA, há acolhimento aos pacientes por parte dos recepcionistas, porém não existe uma definição de funcionário que forneça aporte de informações aos familiares após o início de atendimento do usuário. Quanto ao atendimento, os casos agudos ou agudizados de natureza clínica são atendidos na UPA ou transferidos para o hospital municipal, porém casos cirúrgicos são encaminhados para outro hospital credenciado pelo SUS, que pode ser no município ou para hospitais regionais do estado de Mato Grosso, definido por vaga na Central de Regulação de Urgência e Complexos Reguladores instalados nas regiões de saúde.

É indispensável na abordagem assistencial de uma UPA prestar o primeiro atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilização e investigação diagnóstica e, sua capacidade de articulação com a RAU oportunizará operacionalização do sistema [9].

Nessa UPA, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) foi implantado em julho de 2016 com funcionamento no período das 07h00 às 11h00 e das 13h00 às 17h00 executado por um enfermeiro. O ACCR é um requisito da RAU, instituído desde 2011, que compõe a base para o processo e o fluxo da assistência [26], e tem sido considerado uma proposta para ressignificar o processo de triagem nos espaços de cuidados dos serviços de saúde [27], assumido como responsabilidade privativamente do enfermeiro para realizar escuta qualificada e orientar-se por um fluxograma que, a partir de critérios de riscos estabelecidos, norteia e classifica as necessidades de saúde [28].

No contexto organizacional dos SHE, a definição correta de fluxos para o atendimento tende a resultar em ações sistematizadas e eficientes, quando adota a diretriz ACCR [26]. A compreensão acerca do modelo de organização assistencial da UPA precisa estar clara para cada profissional envolvido na gerência e assistência. Quando bem estruturado e organizado, o serviço pode diminuir a demanda na emergência hospitalar, facilitando o encaminhamento para a atenção terciária [29].

Percebe-se que, na UPA estudada, o modelo de organização assistencial identifica o acolhimento e a classificação de risco, entretanto não adota protocolos de atendimento em outros setores e nos procedimentos administrativos. Há, também, limites na garantia do apoio técnico e logístico para o funcionamento, tanto para a garantia da continuidade do cuidado por meio da referência e contrarreferência como na integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando a territorialização.

Foi possível identificar forte articulação da UPA com o SAMU e com o hospital municipal, pontos que são favorecidos por estarem na mesma estrutura física, formando o que denominaram de um Complexo Hospitalar. A expansão do SAMU tem se concretizado como estratégia estruturante de atendimento à urgência no país, atendendo a exigências de

implantação de UPA com vinculação ao SAMU [30]. Porém, nesse mapeamento, não foi encontrado comunicação de um sistema de informação com a Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Domiciliar.

Reconhece-se que um dos desafios para a atenção pré-hospitalar às urgências é a sua integração com a atenção básica e o serviço hospitalar para concretizar uma rede organizada de atendimento com acordos e fluxos capazes de garantir a recepção, a contrarreferência à rede de atendimento, quando aplicável [31].

No primeiro semestre de 2017 a documentação do setor de Recursos Humanos registrava que a equipe de enfermagem da UPA era composta por oito enfermeiros, distribuídos nos turnos de trabalho, e de 10 técnicos de enfermagem por período. Porém, em função de atestados médicos e ausência de estudos que assegurassem a Resolução COFEN 543/2017 [32], mostrou-se, durante a elaboração desse fluxo, que a equipe de enfermagem possuía efetivamente quatro enfermeiros. No período matutino e vespertino, mantinha-se um enfermeiro exclusivo para ACCR, e o enfermeiro Responsável Técnico da unidade ficava no período vespertino – esse enfermeiro era do hospital que integrava o Complexo Hospitalar. Em relação aos técnicos de enfermagem, eram nove no período matutino, oito no período vespertino e 10 técnicos no período noturno.

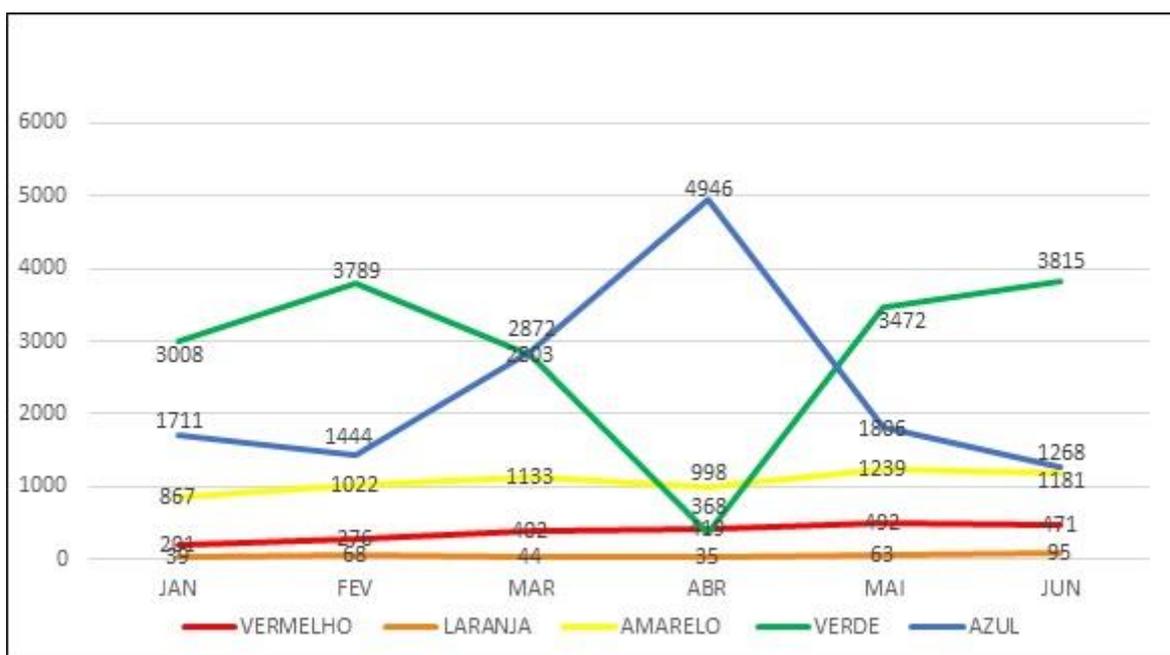
Há uma equipe assistencial multiprofissional, contudo percebeu-se que o quantitativo de profissionais é baixo em relação à necessidade de atendimento. Mesmo não partindo da proposta do projeto, a análise quantitativa de profissionais por serviço, tal afirmação deu-se no mapeamento do fluxo de assistência, pois foi possível verificar a ausência de funcionários em determinados períodos de trabalho. Esse achado sinaliza a necessidade de padronização do atendimento de urgência por meio de protocolos alinhados à classificação de risco e compatíveis com a realidade do serviço de forma que sistematize e organize o serviço para a garantia da agilidade, segurança e integralidade do atendimento [33].

Verificou-se que acolhimento e classificação de risco têm sido, em vários momentos, substituídos por uma triagem por técnicos de enfermagem. É imprescindível que a classificação seja realizada por profissional de saúde de nível superior treinado para utilizar protocolos pré-estabelecidos, que avalie o grau de urgência das queixas e capaz de colocar em ordem de prioridade o atendimento. Entretanto, há, na realidade, em UPA, o não cumprimento dessa exigência, além de procedimentos de enfermagem e médicos que não seguem protocolos nem rotinas de controle de atendimentos [34].

No relatório entregue à Direção do Complexo Hospitalar, apontam-se problemas nos processos de atendimento. Esses problemas foram elencados com base em referências de organização da UPA. O Quadro 2, a seguir, sumariza os problemas, suas justificativas e propostas de melhoria.

[Quadro 2 – Problema, justificativa e proposta de melhoria para cada processo do fluxo de atendimento da UPA, 2017. \(ver anexo em PDF\)](#)

Para compreensão do GT e na tentativa de subsidiar apoio à gestão, verificou-se o elenco da produção do serviço, no primeiro semestre de 2017, referente ao número de atendimento por tipo de classificação. Registra-se que, nesse período, totalizaram-se 40.347 atendimentos, que, quando estratificados por ACCR, resultam em 2.261 classificados como vermelho, 344 como laranja, 6.440 em amarelo, 17.255 em verde e 14.047 como azul. O Gráfico 1 apresenta a quantidade de atendimentos por mês, estratificados por classificação de risco.



Fonte: Elaborado pelos autores com base no Sistema de Informação da UPA (2017).

Gráfico 1 - Quantidade de atendimentos realizados por classificação de risco (AACR) na UPA da cidade de Tangará da Serra/MT, de janeiro a junho de 2017.

No período analisado pelo Gráfico 1, percebe-se que 77,58% da produção de atendimento são referentes às classificações verde e azul. Observa-se que, no Brasil, ocorre uma distorção das finalidades e possibilidades de cuidado na UPA e uma dificuldade de articulação com a atenção básica [37].

Considerando que o município possui representativa cobertura de APS [18], torna-se necessário que a gestão em saúde do município repense a operacionalização do serviço de atenção na UPA [19]. Uma intervenção para a gestão do fluxo de acesso do paciente precisará contar com apoio da RAS e da APS como ordenadora do cuidado, além de visualizar o tempo-resposta ao usuário e as normativas vigentes de funcionamento dos serviços.

Estudo que investigou itinerário terapêutico de usuários de uma emergência hospitalar explica que esses buscam o serviço por identificarem um atendimento de maior resolutividade [38]. Essa concepção, marcada por um forte domínio de práticas biomédicas, tem colocado obstáculos na organização do cuidado e precisa ser, no caso do município onde essa UPA se encontra, por amplo investimento na APS, um sinalizador do funcionamento do SUS.

A procura por atendimento rápido, que não se configura como urgência, não é algo específico apenas dessa UPA, essa realidade é percebida em outras unidades em todo o Brasil. Por isso, é preciso proporcionar suporte para a APS, com garantia de recursos humanos suficientes e treinamento efetivo para que o serviço ordene seus cuidados por meio de uma comunicação efetiva na rede de atenção [39].

Percebe-se que, embora haja uma tentativa de organização de rede de atenção, há elementos que não configuram mudança na estrutura de governança da rede de atenção [30]. É importante também frisar a lógica de produção de serviço que a própria portaria exige para o funcionamento de uma UPA [9]. A não especificidade para o tipo de atendimento produz um ciclo vicioso de alcançar resultados que não condizem com a organização de um sistema pautado em rede de atenção e na lógica do cuidado prestado no território, com conceitos que fortalecem a coordenação a partir da APS.

Aufere-se dizer que esse tipo de exigência, para produzir produção, movimentada uma lógica de mercado no processo público de produzir saúde. Na UPA, a inversão do seu papel estrutural de atendimento pode acarretar aumento desnecessário de demandas assistenciais que gera sobrecarga de trabalho para os profissionais, somado à escassez de recursos humanos, de modo a implicar prejuízo à agilidade e à qualidade dos atendimentos. No caso da UPA estudada, o resultado foram, como observado nos dias de coleta de dados, filas imensas com espera de horas para o atendimento.

Percebe-se o baixo critério para o atendimento da UPA, o que requer investimento em pesquisas para compreender melhor esses pontos levantados. A padronização do atendimento

de enfermagem em urgência, por meio de protocolos, aliados à classificação de risco, pode subsidiar o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, de forma sistematizada e organizada, garantindo agilidade, segurança e integralidade do atendimento que refletirá na qualidade da assistência [32]. Por vezes, apesar da existência de protocolos clínicos nas UPAs, há ausência de supervisão ou avaliação da utilização e/ou aplicabilidade desses roteiros nos atendimentos [5].

No Brasil, uma das estratégias atuais utilizadas para organizar os fluxos de atenção à saúde é a implantação do trabalho em Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujo modelo de atendimento pauta-se na integração entre pontos de atenção que se comunica, conforme o grau do seu agravamento, para o direcionamento do usuário a um serviço ou unidade de saúde [40].

Na dimensão dos fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, percebeu-se nesse estudo que não há uma comunicação entre a UPA e as unidades básicas desse município, achado levantado nas reuniões com a coordenação médica e de enfermagem. Há dificuldades de os profissionais elaborarem planos de alta que efetivem ações com a APS e pontua-se maior facilidade de referências entre as especialidades que atendem dentro do hospital, como a ortopedia, cardiologia e nefrologia.

Por isso, a comunicação efetiva entre APS, UPA, SAMU e hospitais é imprescindível para a eficiência do serviço. O ACCR não pode seguir a lógica da demanda/hora, pois perderá seu foco, que é a agilidade e a resolutividade, e as unidades básicas precisam estabelecer vínculo com o usuário no intuito de agilizar suas demandas [41].

Porém, têm sido constantes as dificuldades de referência e contrarreferência, o que consequentemente acarreta ao serviço um acúmulo de usuários, interferindo na qualidade do atendimento e na satisfação dos profissionais [42].

Conclusão

O mapeamento do fluxo de atendimento da UPA permitiu identificar cinco processos que compõem o macroprocesso de atendimento ao usuário que chega por livre demanda em busca de atendimento ou trazido pelas equipes móveis de urgência. São eles: recepção; acolhimento; consulta médica, observação e entrada de emergência UPA e Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), que ocorrem em 11 departamentos – recepção, acolhimento, consultório médico, posto de enfermagem, sala de coleta de exames, observação nas poltronas e nos leitos, entrada de emergência, box urgência e semi-intensiva, demonstrando sua complexidade por ser interfuncional, interdepartamental e interorganizacional.

Foi possível identificar falhas existentes no macroprocesso de atendimento, como: a não realização do ACCR nas 24 horas e no box de urgência derivado do pouco quantitativo de enfermeiros, a falta de comprometimento médico com o horário de trabalho, além da falta de sistema de comunicação de referência e contrarreferência.

O estudo partiu de uma análise do macroprocesso e não se aprofundou no processo de trabalho da equipe multiprofissional. Assim, recomenda-se posterior análise de como se operam os processos na prática desse serviço. Nesse sentido, sugerem-se investigações com enfoque mais amplo, tais como aquelas voltadas ao estudo das relações internas e externas relacionadas ao fluxo de atendimento e à identificação das potencialidades e fragilidades do ACCR em SHE.

A falta de padronização e do desenho do fluxograma de atendimento pode ocasionar falhas e quebras no processo de trabalho. Do ponto de vista da gestão, percebe-se a complexidade do macroprocesso analisado por ser interfuncional, interdepartamental e interorganizacional, o que demanda melhor comunicação, alinhamento e padronização das atividades sob olhar sistêmico para sua efetividade. Nesse sentido, sugere-se modelar este processo, redesenhando-o para incorporar as mudanças necessárias nas propostas de solução das lacunas e para orientar seus atores na sua execução padronizada, e, a partir disso, definir indicadores de desempenho que permitam efetivar o gerenciamento desse processo.

Foi possível identificar na produção do serviço da UPA uma frequência de atendimentos que não seriam dessa unidade devido à alta cobertura da APS. A partir da análise desses dados, é necessária uma reflexão que estabeleça maior comunicação com o sistema de referência e contrarreferência para a APS.

Recomenda-se que novos estudos sejam realizados na perspectiva de análise do fluxo de acesso dos pacientes na dimensão da RAS, tendo como princípios norteadores a coordenação pela APS e a resolubilidade da referência desses fluxos.

Compreende-se que, na extensão universitária, a integração ensino-serviço se fortalece quando os profissionais atores do serviço e que possuem, de certa forma, governabilidade de

mudança, participam dos espaços de construção, como no caso deste relato. Trata-se de reconhecer o campo fértil que a extensão possui enquanto produção de saberes, rico em compartilhamento, para aproximar teoria e prática.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Souza MF, Figueiredo LA, Pinto IC. Análise da utilização do Serviço de Pronto-Socorro na Percepção do Usuário. *Cienc Cuid Saúde* 2010;9(1):13-20. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i1.5242>
3. Bittencour RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2009;25(7):1439-54. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
5. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Rev Saúde Coletiva* 2015;25(2):525-45. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011>
6. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h: percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2015;24(1):238-44. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003390011>
7. Diniz AS, Silva AP, Souza CC, Chianca TCM. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Rev Eletr Enf* 2014;16(2):312-20. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i2.21700>
8. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm* 2012;25(spe2):19-25. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900004>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017: Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
10. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. História da Classificação de Risco 2010 [citado 2017 Jun 04]. Disponível em: <http://gbc.org.br/>
11. Jesus PBR, Lopes MHBM, Toti ICC, Silva VFP, Monteiro, MI, Lamas JLT. Caracterização e classificação de risco em urgência e emergência hipertensiva. *Cogitare Enferm* 2016;21(2): 01-09. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i2.43590>
12. Mello AENS. Aplicação do Mapeamento de Processos e da Simulação no desenvolvimento de projetos de processos produtivos [Tese]. Itajubá: Universidade Federal de Itajubá; 2008. Disponível em: <http://repositorio.unifei.edu.br/xmlui/handle/123456789/1695>
13. Cunha AUN. Mapeamento de Processos Organizacionais na UnB: Caso Centro de Documentação da UnB – CEDOC [Monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/4191/1/2012_AlexUilamardoNascimentoCunha.pdf
14. Pinho AF, Leal F, Montevechi JAB, Almeida DA. Combinação entre as técnicas de fluxograma e mapa de processo no mapeamento de um processo produtivo. In: XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2007; Foz do Iguaçu. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2007_tr570434_9458.pdf
15. Mareth T, Alves WT, Borba GS. Mapeamento de processos e simulação como procedimentos de apoio à gestão de custos: uma aplicação para o processo de registros e matrículas da Universidade de Cruz Alta [dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2830/TacianaMarethCienciasContabeis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de

- saúde. Interface (Botucatu) 2016;20(56):147-58. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0395>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde no Brasil. Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
 18. Gleriano JS, Lucietto GC, Reis JB, Teixeira VM, Chaves LDP. A percepção de enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o conceito e prática da avaliação. CuidArte Enferm 2017;11(2):248-56 Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v2/248.pdf>
 19. Gleriano JS, Roela SCR, Gasparini LVL, Bento RCP, Furquim FC, et.al. Mapeamento de processos na dispensação de medicamentos: ferramenta para gestão e melhoria da qualidade. Rev Adm Saúde 2018;18(72). <https://doi.org/10.23973/ras.72.127>
 20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População de Tangará da Serra – MT, 2015. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mt/tangara-da-serra/panorama>
 21. Tangará da Serra (MT). Decreto nº 216, de 30 de junho de 2016. Institui o complexo hospitalar municipal. Diário Oficial de Tangará da Serra (Mato Grosso). 05 de julho de 2016.
 22. Cury A. Organização e métodos: uma visão holística. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
 23. Becker HS. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
 24. Mattar FN. Pesquisa de marketing: metodologia e planejamento. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.
 25. Konder M, O'dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. Physis 2019;29(2). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290203>
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
 27. Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Papa MAF, Vidor RC, Matsuda LM. Evaluation of quality of risk classification in emergency services. Acta Paul Enferm 2015;28(5):420-5. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500071>
 28. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n. 423/2012. Normatiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem a participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4232012_8956.html
 29. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev Latinoam Enferm 2013;21(spe):131-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>
 30. O'Dwyer G, Machado CV, Alves RP, Salvador FG. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2016;21(7):2189-2200. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.15902014>
 31. O'Dwyer G, Konder MT, Machado CV, Alves CP, Alves RP. The current scenario of emergency care policies in Brazil. BMC Health Services Research 2013;13:70. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-70>
 32. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN/BR). Resolução COFEN 543/2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
 33. Ulbrich EM, Mantovani MF, Balduino AF, Reis BK. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. Cogitare Enferm 2010; 15(2):286-92. <https://doi.org/10.5380/ce.v15i2.17863>
 34. Machado CV, Lima LD, O'Dwyer G, Andrade CLT, Baptista TWF, Pitthan RGV, et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. Cad Saúde Pública 2016;32(2):e00170614. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170614>
 35. Montejano AC, Visser LS. What is a triage nurse? Journal of Emergency Nursing 2010;36(1):85-6. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.010>
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf

37. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2017;51(125). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>
38. Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL et al. Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(Supl 1):1283-91. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700037>
39. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Unidade de Pronto de Atendimento - UPA 24h: percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2015;24(1):238-44. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003390011>
40. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
41. Junior JAB, Matsuda LM, Marcon SS. Análise do fluxo de atendimento de serviço hospitalar de emergência: estudo de caso. *Rev Eletr Enf* 2015;17(1):108-16. <https://doi.org/10.5216/ree.v17i1.23823>
42. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertocello KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 2011;19(1):84-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>