

Overcrowding in Emergency Unit: app project

Superlotação em Pronto Socorro: projeto aplicativo

[Josiane Garcia](#), [Alessandra Sanfelice do Amaral Sampaio](#), [Fernanda Barros Bittar](#), [Flávia Alves Ribeiro](#), [Getulio Freitas de Paula](#), [Luís Carlos Oliveira Resende](#), [Marília Matos Oliveira](#), [Natana Moura Teodoro](#), [Viviane da Silva Alves Filgueira](#)

Abstract: Overcrowding represents an operational limit on emergency hospital services. The objective of this study is to develop a proposal for intervention in relation to overcrowding in the Adult Emergency Unit of a government hospital. An Application Project is developed to solve patient overcrowding on emergency service, based on the analysis of the internal flow of patients, investigation of outpatient flow to emergency care, verification of the need to refer low and medium complexity ambulatory patients to the Adult Emergency Unit and the design of goals regarding the time of permanence of the patient in the unit. Participants in the study are managers of the various areas of assistance, which meet periodically to monitor the results of the indicators and the implementation schedule. Each action is analyzed from the Critical Node. It presents the operational tactics of management, monitoring the action plan and intervention to reach results.

Keywords: Emergency Unit. Overcrowding. App Project.

Resumo: A superlotação representa um limite operacional nos serviços hospitalares de emergência. O objetivo deste estudo é desenvolver uma proposta de intervenção em relação à superlotação na Unidade de Emergência para Adultos de um hospital do governo. Um Projeto aplicativo é desenvolvido para resolver a superpopulação no serviço de urgência com base na análise do fluxo interno de pacientes, investigação de fluxo ambulatorial para atendimento de emergência, verificação da necessidade de encaminhar pacientes ambulatoriais de baixa e média complexidade para a Unidade de Emergência Adulto e desenho de metas quanto ao tempo de permanência do paciente na unidade. Os participantes do estudo são gestores das diversas áreas de assistência, que se reúnem periodicamente para acompanhar os resultados dos indicadores e o cronograma de implementação. Cada ação é analisada a partir do nó crítico. Apresentam-se táticas operacionais de gerenciamento, monitorando o plano de ação e intervenção para alcançar resultados.

Palavras-chave: Pronto Socorro. Superlotação. Projeto aplicativo.

Introdução

A demanda por atendimento de urgência e emergência é um fenômeno mundial crescente ao longo dos anos, especialmente devido ao aumento de acidentes e da violência urbana (SOUZA et al., 2011), com impacto na saúde pública sobre a morbidade e a mortalidade também na população brasileira (OLIVEIRA; JORGE, 2008).

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

De acordo com o AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (2002), a maioria das unidades de Pronto Socorro operam dentro da sua capacidade máxima, sem condições de acomodar mais pacientes.

O tempo de permanência prolongado nos serviços de saúde é o principal marcador de superlotação (BRADLEY, 2005). A superlotação nos serviços de emergência envolve desde a atenção primária à capacidade de resolução da rede hospitalar (BARAKAT, 2004).

Pacientes de Pronto Socorro frequentemente necessitam de testes diagnósticos como tomografia computadorizada, ressonância magnética, exames de medicina nuclear, radiografias ou exames laboratoriais. De acordo a EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (ENA) 46% dos atrasos são causados pelo tempo de espera de laudos (RICHARDS; NAVARRO; DERLET, 2000).

No Brasil, as emergências estão acima de sua capacidade máxima, sem suficiente oferta de leitos, além de quantidade insuficiente de profissionais e falta de treinamento, verba insuficiente, gerenciamento inadequado de recursos, ausência de seguimento do tratamento por estrutura deficiente, ocasionando insegurança aos profissionais (O'DWYER et al. 2009). Outra causa da superlotação hospitalar é a indisponibilidade de leitos equipados para cuidado crítico (DERLET; RICHARDS; KRAVITZ, 2001).

Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD) mostra a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), seus avanços e capacidade de oferta de serviços. Porém, a atenção à urgência ainda está centrada em hospitais. Os serviços de emergência funcionam com grande demanda, culminando em superlotação e, conseqüentemente refletindo na qualidade da assistência (RIBEIRO et al., 2006).

A indisponibilidade de leitos para admissão nos hospitais faz com que pacientes ocupem temporariamente corredores do Pronto Socorro ou outras áreas, como unidades de observação, até que sejam disponibilizados leitos na internação. (FORSTER et al., 2003).

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Alguns indicadores de superlotação nos serviços de emergência hospitalares apontam pacientes nos corredores por falta de leitos disponíveis, saturação operacional para o recebimento de ambulâncias, lotação em salas de espera de consulta médica, equipes de saúde no limite da exaustão, tempo de espera para o atendimento médico superior a uma hora, fatores que sinalizam o desempenho do SUS e dos hospitais induzindo a baixa qualidade assistencial (WEISS et al., 2004).

Uma proposta para as grandes emergências é o QualiSUS, um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. Além de uma reforma estrutural dos hospitais, cria-se um grupo de humanização do atendimento com reorganização da oferta de leitos com priorização para a emergência, relevante porta de entrada para o sistema hospitalar. Concomitante ao QualiSUS, outras políticas que visavam à melhoria da qualidade da assistência foram implantadas, como a Política Nacional de Humanização e a criação de Centrais de Regulação de Leitos, estratégica para a emergência (PORTAL DA SAÚDE, 2006).

Mecanismos para a vazão de pacientes do Pronto Socorro são apontados como estratégias para diminuir a superlotação, visando disponibilização de recursos a novos pacientes. Desse modo, a transferência de pacientes para leito de apoio é uma alternativa para contra referenciar pacientes que não precisam mais de leitos de alta complexidade. Outra opção é o fechamento da porta de entrada para a demanda espontânea (FERNANDES, 2011).

De acordo com os fundamentos normativos do SUS, o serviço de atendimento em urgência, deve estar organizado em redes de atenção à saúde buscando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A grande procura pelos serviços de pronto atendimento, consideravelmente superior à capacidade de oferta e por condições de atendimento nas unidades básicas, requer estruturação do sistema, em nível de atenção e integração (ROCHA, 2005).

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

É responsabilidade dos gestores a organização dos fluxos, o aprimoramento da atenção primária, concomitante à estruturação da rede de serviços e de mecanismo de regulação do acesso às urgências em nível regional, a fim de garantir o acesso aos serviços de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2015).

As normas regulamentadoras da Política Nacional de Atenção às Urgências estão centradas na atenção hospitalar, caracterizada pelo aumento da demanda, sobrecarga de atendimentos na porta de entrada dos hospitais em consequência do maior número de acidentes, violências e doenças crônicas, aliados à insuficiência da rede básica. A implantação das Centrais de Regulação Médica de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nas grandes Capitais em meados da década de 1990 foram algumas das estratégias utilizadas (BRASIL, 2015).

Apesar da tentativa de descentralização do atendimento às urgências, os serviços hospitalares e as unidades de pronto atendimento ainda apresentam grande demanda de atendimentos emergenciais (DINIZ et al., 2014).

É frequente a permanência de pacientes críticos em diversos setores hospitalares, especialmente nos serviços de emergência, devido à demanda de pacientes graves, aliado à falta de disponibilização de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Dessa forma, cuidados intensivos são executados em diversos setores hospitalares, uma vez que pacientes em unidades de internação também apresentam complicações e estado crítico. Além disso, ocorre admissão de paciente graves no serviço de emergência trazido pelo SAMU, permanecendo, assim, em suas respectivas unidades até a liberação de um leito na UTI. Esse fato gera dificuldades na assistência pela carência de recursos físicos, materiais e humanos, bem como outros obstáculos diante da demanda de pacientes, sejam críticos ou de menor complexidade (ZANDOMENIGH, 2014).

A superlotação nos serviços de emergência hospitalar é um fenômeno mundial e caracteriza-se por ocupação de todos os leitos do serviço, pacientes acamados

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

nos corredores, tempo de espera para atendimento superior a uma hora, alta tensão na equipe assistencial, grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde e do hospital, induzindo a baixa qualidade assistencial. O prolongamento do tempo de permanência é o principal marcador para a superlotação, a falta de leitos para internação a principal causa e o atraso no diagnóstico e tratamento a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade (BITTENCOURT, 2009).

O fluxo inadequado é comum em hospitais públicos no Brasil, onde o primeiro atendimento acontece no setor de emergência e pacientes que precisam de internação permanecem na unidade provocando superlotação e impossibilitando outros atendimentos (SANTOS et al., 2013; MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011). Bugs et al. (2017) ressaltam a falta de rotatividade no fluxo de atendimento com a permanência dos clientes no setor.

O controle da superlotação em serviços de emergência hospitalar está relacionado ao fluxo de pacientes (BRADLEY, 2005; ASPLIN; MAGID, 2007). Negri Filho (2013), resalta que serviços de urgência hospitalar devem organizar o número de pacientes, de acordo com as horas médicas e de enfermagem, de modo que o tempo de espera do paciente não seja superior a duas horas. Isso implica em incorporar alguns princípios disciplinadores em Serviço Hospitalar de Urgência (SHU), especificados no Quadro 1.

Um processo dinâmico é a classificação de risco, que consiste em identificar o a vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002).

Um processo dinâmico é a classificação de risco, que consiste em identificar o a vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002).

Quadro 1. Princípios disciplinadores em Serviço Hospitalar de Urgência (SHU).

| | |
|----|--|
| a. | Classificar as necessidades dos pacientes de forma ágil e precisa na definição do tempo máximo de espera para serviços acima de 50.000 consultas anuais |
| b. | Não dispensar o paciente sem que tenha sido visto pelo médico, não internar pacientes no SHU |
| c. | Ter autoridade para controlar o acesso aos leitos de hospitalização mediante a figura do médico que contabiliza os leitos ou regula o fluxo de atenção |
| d. | Após a classificação dos pacientes, separar aqueles que a serem atendidos no Pronto Atendimento do hospital, daqueles que seguem para a atenção de urgência, propriamente dito |
| e. | Adequar o volume das salas de espera para a comodidade dos pacientes e familiares |
| f. | Dimensionar consultórios, salas de procedimentos e salas de observação com lotação médica e de enfermagem resolutivas, conforme o fluxo esperado |
| g. | Instituir o tempo máximo de permanência no SHU de até 12 horas |
| h. | Delimitar a permanência de pacientes na sala de reanimação até no máximo 4 horas e instituir coordenação de altas do Serviço de Urgências |
| i. | Adotar prontuários eletrônicos |
| j. | Constituir equipes de alto desempenho clínico |
| K | Instalar laboratório-satélite |
| l | Adotar indicadores de saturação operacional do SHU |
| m. | Adotar censo de vagas e demandas na hospitalização |
| n. | Adotar encaminhamento rápido para sala de observação clínica |
| o. | Instaurar busca ativa do paciente que espera internação no Serviço de Urgência |
| p. | Instituir coordenação de alta hospitalar, com critério de alta e Sala de Alta; |
| q. | Ordenar e administrar as consequências, sem prejuízo para os pacientes, do cancelamento da internação eletiva e a redistribuição de cirurgia eletiva |

Fonte: Negri Filho (2013).

A classificação de risco utiliza cores para a organização dos serviços de emergência hospitalar. O fluxo azul atende ao acolhimento, classificação de risco, consulta médica, sala de procedimentos de baixa complexidade e sala de observação até 12 horas. O fluxo vermelho atende ao setor de reanimação, unidade de estabilização com cuidados intensivos e sala de observação até 24 horas. Equipes do fluxo azul organizam-se em esquema de plantão para o atendimento na porta de entrada (BITTENCOURT, 2006). No fluxo vermelho as equipes têm perfil para o atendimento intensivo e procedimentos invasivos, preferencialmente, organizada horizontalmente para maior vínculo e responsabilidade na conduta aos pacientes (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Portanto, a justificativa deste estudo é que o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) é o único da região em nível terciário, apresentando aumento considerável na demanda de atendimento na unidade de Pronto Socorro Adulto (PSA) no decorrer dos anos.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

A necessidade de leito na UTI surge pela gravidade dos pacientes. Entretanto, a oferta de leitos de UTI disponíveis não é suficiente para a demanda, sendo que pacientes críticos têm ocupado leitos do PSA, influenciando a superlotação daquela unidade. Encontram-se também no PSA, pacientes de média ou baixa complexidade provenientes do ambulatório para internação e que se enquadram em admissão eletiva.

O PSA-HC-UFTM apresenta superlotação tendo pacientes em macas no corredor e estagnação da rotatividade em sala de emergência. Além disso, o elevado número de encaminhamento ambulatorial gera internação de pacientes que poderiam ser admitidos no hospital de modo eletivo.

No PSA-HC-UFTM o tempo de permanência do paciente é aproximadamente entre uma semana a doze dias, incluindo casos de trauma crânio-encefálico (TCE) grave e médio, bem como parada cardiorrespiratória (PCR) com ressuscitação. Outros casos são choque cardiogênico e doenças do aparelho respiratório com média de nove dias de permanência, refletindo falha na estruturação da rede, omissão dos demais serviços e escassez de leitos de UTI.

Esse contexto requer com urgência estratégias de regulação da entrada de pacientes que não se enquadram no perfil da unidade, assim como na redução do tempo de permanência dos mesmos, com escoamento para leitos do próprio hospital ou para a rede SUS visando o planejamento de metas diagnósticas e terapêuticas eficazes para a redução da morbimortalidade.

Objetivos

Este estudo tem como objetivo geral desenvolver proposta de intervenção em relação à superlotação de pacientes no PSA-HC-UFTM. Quanto aos objetivos específicos são analisar o fluxo interno de pacientes, averiguar o fluxo de encaminhamento de pacientes ambulatoriais ao atendimento de urgência e emergência, verificar a necessidade de encaminhamento de pacientes ambulatoriais de baixa e média complexidade e delinear o tempo de permanência do paciente.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Método

Apresenta-se um Projeto Aplicativo desenvolvido em grupo interdisciplinar com foco na construção de uma intervenção para a superlotação do PSA-HC-UFTM, considerado referência na assistência de alta complexidade pelo SUS a 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais.

O PSA-HC-UFTM está situado no andar térreo, possui 22 leitos, sendo 2 de isolamento, 20 salas de observação e 1 sala de emergência com capacidade para 4 atendimentos simultâneos. Em média atinge 2000 atendimentos ao mês, por médicos especialistas presenciais em diversas especialidades clínicas ou cirúrgicas, incluindo ortopedia cardiologia intervencionista, neurologia, neurocirurgia, vascular, oftalmologia, entre outras. Aproximadamente 10% dos atendimentos são referenciados do Ambulatório Maria da Glória (AMG) contribuindo para a superlotação da unidade de casos eletivos por não se caracterizar como urgência ou emergência.

Em 2013, a UFTM estabeleceu o contrato de adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que passou a gerir o Hospital de Clínicas com o compromisso da de readequação da força de trabalho e melhoria da qualidade da assistência prestada.

O PSA-HC-UFTM presta assistência às especialidades de clínica médica, cirurgia geral, neurocirurgia, ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia, além de especialidades de sobreaviso, Pronto Socorro Infantil e Pronto Socorro da Mulher que atende ginecologia e obstetrícia.

O PSA-HC-UFTM possui 22 leitos sendo dois de isolamento, 20 de observação e 1 sala de emergência com capacidade para quatro atendimentos simultâneos. Realiza, em média, 2 mil atendimentos ao mês. Por sua vez. O Pronto Socorro Infantil possui 10 leitos, sendo dois de isolamento e 1 sala de emergência com capacidade para quatro atendimentos simultâneos. Em média são realizados 300 atendimentos ao mês.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Os pacientes recebidos pelo Setor de Urgência e Emergência têm procedência do SAMU, resgate do Corpo de Bombeiros, concessionárias das rodovias, além da Polícia Militar, Rodoviária, Florestal, Civil ou Federal.

Atende urgências em ginecologia, oftalmologia e *Vírus da Imunodeficiência Humana* (HIV) ou *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS), casos provenientes dos Ambulatórios e do Hemocentro do HC-UFTM, com encaminhamento padronizado e contato prévio junto às equipes de plantão.

O atendimento abrange pacientes em tratamento continuado, como doenças hematológicas e oncológicas em quimioterapia, pós-transplantes, pós-cirúrgicos até 30 dias. São recebidos também vítimas de trauma ou violência, intoxicação exógena ou envenenamento, além de acidente por animais peçonhentos, suspeita de abuso sexual com agravo até 72 horas antes da admissão.

Aos pacientes que não se enquadram nos critérios anteriores é utilizado o sistema de Regulação Assistencial SUSfácil prestada à população de Minas Gerais, conforme cumprimento de protocolo *online*, considerando a gravidade e a disponibilidade dos serviços.

Pacientes provenientes de outras cidades são atendidos com encaminhamento da Central Estadual de Regulação SUSfácil, autorização online e relatório completo. A partir da regulação e com equipe qualificada, o Pronto Socorro busca assegurar a equidade e a acessibilidade, visando garantir atendimento resolutivo, a fim de estabilizar ou minimizar o impacto dos agravos à saúde.

Esse estudo foi realizado pelo grupo afinidade idealizador deste Projeto Aplicativo em conjunto com a chefia da unidade de PSA, a Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e o Superintendente do HC-UFTM, em parceria com os profissionais que exercem atividade laborativa na unidade.

Esse projeto de intervenção envolve os próprios autores, chefia da unidade de PSA, Gerente de Atenção à Saúde, Superintendente, pacientes, o Núcleo de Regulação Interna, equipe multiprofissional dos segmentos da enfermagem, medicina, fisioterapia, serviço social e psicologia, docentes, médicos, residentes,

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

acadêmicos que prestam cuidado aos pacientes, em parceria com o Setor de Acolhimento e de Classificação de Risco, além do Serviço de Regulação Médica SUSfácil.

O método de coleta de dados deste Projeto Aplicativo é por meio de reunião convocada aos principais atores sociais para divulgação do plano, a fim de alinhar estratégias efetivas de intervenção.

Esse processo inclui um *Brainstorming* entre os participantes da reunião elencando as fragilidades que necessitam de estratégias e critérios para resolução do fluxo interno de pacientes na unidade do PSA.

Posteriormente, a proposta é encaminhada à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) institucional, visando o desenvolvimento de pesquisa na busca da solução para a superlotação do PSA com proposta de reestruturação do fluxo interno de pacientes no âmbito do HC-UFTM.

O primeiro momento da operacionalização deste Projeto Aplicativo é de apresentação aos gestores quanto aos dados elencados, no período de junho de 2016 a junho de 2017, relativa ao encaminhamento de pacientes da unidade de PSA, a fim de exemplificar o perfil da clientela.

A etapa seguinte é a escolha dos profissionais responsáveis para elaboração da rotina de encaminhamento de paciente ao PSA e definição de fluxos junto ao Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais do HC UFTM garantindo a validação e transcrição nos moldes preconizados pela Ebserh.

Este Projeto Aplicativo determina que a rotina ou protocolo institucional do fluxo de encaminhamento de paciente do PSA e demais unidades do complexo HC-UFTM seja divulgada à comunidade. Para esse propósito a Assessoria de Comunicação institucional oferece suporte, seja por e-mail, *site*, folders, panfletos, assembleia ou encontros. Uma proposta adicional é a capacitação dos profissionais do HC-UFTM subsidiando a reestruturação do fluxo interno de pacientes.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Para o êxito na aplicabilidade dos critérios estabelecidos é preciso ainda a participação da alta gestão hospitalar liderando o engajamento das chefias das unidades funcionais no âmbito do HC-UFTM na divulgação da rotina institucional do fluxo interno de pacientes entre seus comitês gestores.

O processo de acompanhamento da implementação e execução do plano é de responsabilidade da equipe preestabelecida do HC-UFTM e dos gestores das diversas áreas da assistência, ocorrendo por meio de reuniões periódicas para acompanhamento dos resultados dos indicadores e do cronograma de implementação.

Os benefícios do Plano Terapêutico Singular (PTS) no manejo pacientes internados no PSA, após apresentação à Chefia da unidade, é divulgado em Assembleia ou reunião, com apoio da alta gestão.

Médicos do PSA, participantes do Projeto em questão, atuam também como guardiões desta estratégia ministrando aulas expositivas sucintas e aplicando diariamente na visita multidisciplinar a padronização do painel de gestão *Kanban*. Essa estratégia favorece a sistematização do cuidado integral e individualizado ao paciente, na redução do tempo de internação, agilidade na resolução dos casos e maior efetividade do serviço prestado.

A capacitação no PTS é programada para realização em dois encontros, com duração de uma hora cada um, no período de um bimestre, no auditório do HC-UFTM, sendo ministrada pelos próprios autores deste Projeto Aplicativo, embasado em evidências científicas e no material da pós-graduação em Atenção ao Paciente Crítico do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês.

Após a capacitação dos profissionais que atuam, direta ou indiretamente, no PSA está programada a realização do PTS dos pacientes, internados ou em observação, para discussão de cada caso junto ao plantonista.

Para análise da aplicabilidade, adesão, fragilidades e forças do PSA recomenda-se a formação de um grupo pela chefia do PSA, denominado “Guardião do PTS”, a fim de dar subsídio à apresentação mensal dos indicadores sobre a

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

implantação dessa atividade, assim como o tempo de internação e a taxa de ocupação do leito, entre outros

O Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU), sistema de gestão do HC-UFTM fornece dados quanto à especialidade do atendimento, data de entrada ou alta, além do tempo de internação, a serem utilizados tanto pelos autores deste Projeto Aplicativo, quanto pela Chefia do PSA para monitorar alguns indicadores, entre esses, taxa de casos atendidos de urgência ou emergência, taxa de permanência dos pacientes de acordo com a especialidade, taxa de pacientes encaminhados do ambulatório por especialidade, taxa de pacientes internados para tratamento eletivo por especialidade

Esses indicadores permitem a avaliação deste Projeto Aplicativo, no período de um ano, quanto aos fatores dificultadores e facilidades na execução do plano de intervenção, bem como propor melhoria, com possibilidade de ampliação para outras unidades funcionais.

Resultados

O desenvolvimento do Plano de Intervenção deste Projeto Aplicativo para solucionar a superlotação de pacientes no PSA-HC-UFTM fundamentou-se na análise do fluxo interno de pacientes, averiguação do fluxo de encaminhamento de pacientes ambulatoriais ao atendimento de urgência e emergência, verificação sobre a necessidade de encaminhamento de pacientes ambulatoriais de baixa e média complexidade ao PSA-HC-UFTM e delineamento de metas quanto ao tempo de permanência do paciente na unidade.

Apresenta-se a seguir a análise das situações selecionadas como Nó Crítico, e os respectivos planos de ação, subdivididos em ações. Para o alcance das metas deste Projeto Aplicativo seguiu-se algumas perguntas norteadoras, demonstradas no Quadro 2.

A ocorrência de falha no fluxo interno no PSA-HC-UFTM (Macroproblema 1), devido ao encaminhamento de pacientes de baixa e média complexidade, provenientes do ambulatório (Nó Crítico 1), mostra necessidade de identificação

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

das especialidades médicas que efetuam encaminhamentos de baixa e média complexidade à unidade de urgência e emergência (Plano de Ação 1).

Quadro 2 - Etapas da análise do Macroproblema 1: falha no fluxo interno de pacientes no PSA-HC-UFTM.

| Nó Crítico 1 | Encaminhamento de pacientes de baixa e média complexidade do ambulatório |
|-----------------------------------|--|
| “What”: O quê? | Identificação das especialidades com maior número de encaminhamento de paciente de baixa e média complexidade para o PSA (*); Reunião com gestores do setor de urgência emergência, ambulatório e Gerente de Atenção à Saúde (**); Implantação e divulgação da rotina do fluxo do ambulatório para o PSA (***) |
| “Why”: Por quê? | Verificação quanto aos motivos do encaminhamento dos pacientes, a fim de pontuar a necessidades por especialidade (*); Alinhamento das estratégias e elaboração de rotina sobre o fluxo do ambulatório ao PSA (**); Redução do número de encaminhamento desnecessário ao PSA |
| “Who”: Quem? | Responsável Técnica do PSA (*); Grupo do Projeto Aplicativo e gestores (**); Gerente de Atenção à Saúde. Assessoria de comunicação (***) |
| “When”: Quando? | Respectivamente, julho de 2017 (*); dezembro de 2017 a fevereiro de 2018 (**); março a junho 2018 (***) |
| “Where”: Onde? | Acolhimento e Direção do PSA do HC-UFTM (*); Sala de reuniões (**); divulgação por e-mail e site institucional, além da distribuição de folhetos nos setores*** |
| “How”: Como? | Recolher semanalmente os encaminhamentos do ambulatório atuais. Buscar arquivos prévios de 2016 (; registro das atas de reuniões com assinaturas dos gestores presentes; memorando, cartazes, folders. |
| How Much”: Quanto? | Temporal (*) (**); estimativa de custo no valor de R\$ 1000,00 (***) |
| “How measure”: Qual indicador? | nº de especialidades encaminhadas ao mês (*); nº de participantes convocados e presentes (**); nº de pacientes do ambulatório antes e após a implantação (***) |

Legenda: PSA, Pronto Socorro Adulto; HC, Hospital de Clínicas; UFTM, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Fonte: Os autores, 2018.

Desse modo, estipulou-se a seguinte proposta de intervenção: investigar os motivos do encaminhamento de cada especialidade médica, oriundo do ambulatório Maria da Glória para o PSA no ano de 2016 (Ação 1); consolidar os dados e verificar quais as especialidades com maior número de encaminhamento de pacientes ambulatoriais; avaliar e monitorar encaminhamentos oriundos do ambulatório produzindo relatório mensal em conjunto com o Setor de Acolhimento e Direção do PSA (Ação 3).

A gestão de resultados para identificar o encaminhamento de paciente de baixa ou média complexidade por especialidade e o monitoramento de indicadores de resultado por ação no PSA-HC-UFTM estão representados no Quadro 3.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Quadro 3 - Gestão de resultados do encaminhamento de paciente de baixa ou média complexidade por especialidade e monitoramento de indicadores de resultado por ação no PSA-HC-UFTM.

| |
|---|
| Macroproblema 1 |
| Falha no fluxo interno de pacientes no PSA-HC-UFTM |
| Nó crítico 1 |
| Encaminhamento ambulatorial de pacientes de baixa ou média complexidade |
| Plano de ação 1 |
| Identificar o encaminhamento de paciente de baixa ou média complexidade por especialidade ao PSA-HC-UFTM |
| Ação 1 |
| Investigar o motivo do encaminhamento do paciente do AMG para o PSA por especialidade |
| Resultados esperados |
| Levantar o nº de encaminhamento de paciente de baixa ou média complexidade por especialidade |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: levantamento mensal do encaminhamento de paciente de baixa ou média complexidade do AMG ao PSA por especialidade |
| Método de cálculo: nº de encaminhamentos por especialidades por mês |
| Meta: 100% |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: executado |
| Resultados alcançados: 100% |
| Classificação e observações: positiva |
| Ação 2 |
| Consolidar as especialidades com maior ocorrência de encaminhamento de paciente do AMG ao PSA |
| Resultados esperados – Ano: 2016 |
| Identificar as especialidades com maior nº de encaminhamento de paciente do AMG ao PSA |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: levantamento do encaminhamento mensal de paciente de baixa ou média complexidade do AMG ao PSA por especialidade |
| Método de cálculo: nº mensal de encaminhamento por especialidades |
| Meta: 100% |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: executado |
| Resultados alcançados: 100% |
| Classificação e observações: positiva |
| Ação 3 |
| Monitorar e avaliar os encaminhamentos do AMG ao PSA prospectivamente apresentando relatório mensal |
| Resultados esperados |
| Reconhecer as especialidades com maior nº de encaminhamento de pacientes do AMG ao PSA |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: levantamento mensal do nº de encaminhamento de baixa e média complexidade do AMG ao PSA por especialidades |
| Método de cálculo: nº de encaminhamento mensal por especialidades |
| Meta: 100% |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: parcialmente executado |
| Resultados alcançados: contínuo |
| Classificação e observações: parcial |

Legenda: AMG, Ambulatório Maria da Glória; PSA, Pronto Socorro Adulto; HC, Hospital de Clínicas; UFTM, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Situação: executado, parcialmente executado ou não executado; Resultados alcançados: %, incidência ou prazo; Classificação: positiva, parcial ou negativa. Fonte: Os autores, 2018.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Quanto à falha no fluxo interno no PSA-HC-UFTM (Macroproblema 1), e ao encaminhamento de pacientes de baixa e média complexidade, provenientes do ambulatório (Nó Crítico 1), estipula-se também a implementação de reunião com gestores do setor de urgência emergência, ambulatório e Gerente de Atenção à Saúde (Plano de Ação 2). De maneira detalhada, reunião do Grupo do Projeto Aplicativo no mês de dezembro de 2017 com a Chefia do Pronto Socorro Adulto (PSA), Chefia do Ambulatório, Gerente de Atenção à Saúde (GAS), em sala de reuniões, para apresentação de dados consolidados sobre o encaminhamento referente ao ano de 2016 e coletados até o momento (Ação 1).

Quanto à falha no fluxo interno no PSA-HC-UFTM (Macroproblema 1), e ao encaminhamento de pacientes de baixa e média complexidade, provenientes do ambulatório (Nó Crítico 1), estipula-se também a implementação de reunião com gestores do setor de urgência emergência, ambulatório e Gerente de Atenção à Saúde (Plano de Ação 2). De maneira detalhada, reunião do Grupo do Projeto Aplicativo no mês de dezembro de 2017 com a Chefia do Pronto Socorro Adulto (PSA), Chefia do Ambulatório, Gerente de Atenção à Saúde (GAS), em sala de reuniões, para apresentação de dados consolidados sobre o encaminhamento referente ao ano de 2016 e coletados até o momento (Ação 1).

A segunda atividade trata-se do alinhamento de estratégias e estruturação da rotina de encaminhamento entre o Ambulatório Maria da Glória e o PSA. Desse modo, ficam estabelecidos critérios do encaminhamento direto ao PSA, diferenciando do atendimento eletivo (Ação 2).

Após o alinhamento dos tópicos de rotina, designam-se os profissionais responsáveis pela transcrição dessa rotina, consulta e apreciação no prazo de 15 dias, respeitando-se as normas institucionais. Finalmente, a rotina estabelecida é devidamente encaminhada à aprovação da Superintendência (Ação 3).

A gestão de resultados para reunião com gestores do setor de urgência e emergência, ambulatório e Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM está demonstrada no Quadro 4.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Quadro 4 - Gestão de resultados para reunião com gestores do setor de urgência ou emergência, ambulatório, Gerente de Atenção à Saúde e monitoramento de indicadores de resultado por ação no PSA-HC-UFTM.

| |
|--|
| Macroproblema 1 |
| Falha no fluxo interno de pacientes no PSA |
| Nó crítico 1 |
| Encaminhamento ambulatorial de pacientes de baixa ou média complexidade |
| Plano de ação 2 |
| Reunião com gestores do setor de urgência emergência, ambulatório e Gerente de Atenção à Saúde |
| Ação 1 |
| Reunir o Grupo do Projeto Aplicativo, Chefias do PSA e AMG, junto ao Gerente de Atenção à Saúde, para apresentação de dados consolidados dos encaminhamentos referentes ao ano de 2016 a 2017 |
| Resultados esperados |
| Apresentar dados dos encaminhamentos referentes ao período 2016 a 2017 mostrando o impacto na superlotação do PSA |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: garantir na reunião a presença dos atores envolvidos por meio de convocação |
| Método de cálculo: nº de participantes presentes na reunião e convocados |
| Meta: 100% |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Ação 2 |
| Definir estratégias e estrutura da rotina de encaminhamentos de paciente do AMG ao PSA |
| Resultados esperados – Ano: 2016 |
| Estabelecer critérios para encaminhamento direto ao PSA |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: monitorar encaminhamentos do AMG o PSA verificando a efetividade dos critérios e rotinas a fim de diminuir ao menos em 30% |
| Método de cálculo: nº de encaminhamentos do AMG pré-implantação das estratégias e rotinas comparado ao nº pós-implantação |
| Meta: reduzir em 30% os encaminhamentos do AMG |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Ação 3 |
| Encaminhar o documento à Comissão de Protocolos e Rotinas Institucionais para elaboração de rotina compatível com a normatização institucional e posteriormente, ao Grupo do Projeto Aplicativo para consulta, apreciação e possíveis adaptações |
| Resultados esperados |
| Redigir o documento com as novas rotinas de acordo com as normas institucionais pré-estabelecidas e encaminhá-lo à consulta e apreciação do Grupo do Projeto Aplicativo dessas rotinas para possíveis adaptações |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: criar o protocolo de estratégias e rotinas de encaminhamento do AMG para o PSA |
| Método de cálculo: protocolo concluído |
| Meta: Criar Protocolo de Estratégias e Rotinas de Encaminhamento do AMG ao PSA |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: |
| Resultados alcançados: |
| Classificação e observações: |

Legenda: AMG, Ambulatório Maria da Glória; PSA, Pronto Socorro Adulto; HC, Hospital de Clínicas; UFTM, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Situação: executado, parcialmente executado ou não executado; Resultados alcançados: %, incidência ou prazo; Classificação: positiva, parcial ou negativa. Fonte: Os autores, 2018.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Ainda, quanto à falha no fluxo interno no PSA-HC-UFTM (Macroproblema 1), e ao encaminhamento de pacientes de baixa e média complexidade, provenientes do ambulatório (Nó Crítico 1), determina-se a implantação e divulgação da rotina de fluxo ambulatorial para o PSA (Plano de Ação 3). Estabelecendo-se, desse modo, o encaminhamento para aprovação final da rotina pelo Superintendente da instituição, após o parecer final dos participantes que alinharam as estratégias de controle de encaminhamentos entre ambulatório e PSA, programado para mês de março de 2018 (Ação 1).

Após a aprovação a rotina, o encaminhamento ao serviço de comunicação do HC-UFTM para divulgação no site da Ebserh, além da divulgação institucional por e-mail à comunidade UFTM e divulgação da rotina escrita aos atores diretamente envolvidos nos encaminhamentos das duas unidades funcionais (Ação 2).

Cabe também a convocação dos atores diretamente envolvidos nos respectivos encaminhamentos, para treinamento em relação à rotina estabelecida, pela exposição de aula teórica e simulação das situações de encaminhamento mais comuns.

Esse treinamento deve ser realizado em todos os turnos de plantão e ministrado por médicos em anfiteatro, como estratégia de alcance do público-alvo, com o reforço das Chefias das Unidades Funcionais e Gerente de Atenção à Saúde. Está previsto o rodízio no treinamento a fim de atingir 100% dos atores envolvidos (Ação 3).

A gestão de resultados do plano de ação para implantar e divulgar a rotina de fluxo ambulatorial do PSA-HC-UFTM está compilada no Quadro 5

Apresenta-se a seguir a análise das situações selecionadas como Macroproblema 2, seguido do Nó Crítico 2, e os respectivos planos de ação, subdivididos em ações, em resposta às perguntas norteadoras (Quadro 6).

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Quadro 5 - Gestão de resultados para implantação e divulgação da rotina do fluxo ambulatorial ao PSA-HC-UFTM e monitoramento de indicadores de resultado por ação

| |
|---|
| Macroproblema 1 |
| Falha no fluxo interno de pacientes no PSA |
| Nó crítico 1 |
| Encaminhamento ambulatorial de paciente de baixa e média complexidade |
| Plano de ação 3 |
| Implantar e divulgar a rotina de fluxo ambulatorial ao PSA |
| Ação 1 |
| Submeter o Protocolo de Rotina de Encaminhamentos do AMG ao PSA à aprovação final do Superintendente do HC-UFTM |
| Resultados esperados |
| Aprovação pelo superintendente do HC-UFTM do Protocolo de Rotinas de Encaminhamento do AMG ao PSA. |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: encaminhar o Protocolo para apreciação e aprovação do Superintendente do HC-UFTM |
| Método de cálculo: submeter o protocolo para aprovação do superintendente do HC-UFTM |
| Meta: aprovação do Protocolo pelo Superintendente do HC-UFTM |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Ação 2 |
| Encaminhar o Protocolo de Rotina de Encaminhamentos do AMG ao PSA para divulgação pelo Serviço de Comunicação do HC-UFTM |
| Resultados esperados – Ano: 2016 |
| Divulgar o Protocolo de Rotina de Encaminhamentos do AMG ao PSA no site do HC-UFTM, Filial Ebserh, via e-mail institucional à comunidade da UFTM e entregar por escrito aos atores das unidades funcionais diretamente envolvidos |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: verificar a publicação no site do HC-UFTM; solicitar ao serviço de TI confirmação de encaminhamento do protocolo via e-mail institucional e aos atores diretamente envolvidos confirmação assinada de recebimento do protocolo |
| Método de cálculo: confirmar a divulgação nos canais estabelecidos |
| Meta: divulgação do protocolo nos canais estabelecidos |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Ação 3 |
| Realizar treinamento do Protocolo de Rotina de Encaminhamento do AMG ao PSA dos atores diretamente envolvidos |
| Resultados esperados |
| O treinamento deve ser realizado por médicos indicados de forma estratégica para alcance do público-alvo, reforçado pela presença das Chefias das unidades funcionais e do Gerente de Atenção à Saúde, em todos os turnos resgatando aqueles que não participaram |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: garantir a presença dos atores envolvidos nesses treinamentos por meio de convocação |
| Método de cálculo: nº de participantes presentes nos treinamentos e convocados |
| Meta: 100% |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |

Legenda: AMG, Ambulatório Maria da Glória; PSA, Pronto Socorro Adulto; HC, Hospital de Clínicas; UFTM, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Ebserh, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; TI, Tecnologia e Informação; Situação: executado, parcialmente executado ou não executado; Resultados alcançados: %, incidência ou prazo; Classificação: positiva, parcial ou negativa. Fonte: Os autores, 2018.

Quadro 6 - Etapas da análise do Macroproblema 2: Superlotação no PSA-HC-UFTM.

| Nó Crítico 2 | Longo tempo de internação dos pacientes no PSA |
|-----------------------------------|--|
| “What”: O quê? | Implantação de PTS aos pacientes com estimativa de tempo de permanência superior a 48 horas (*); reunião entre chefias das especialidades e equipe multidisciplinar do PSA para viabilização e sensibilização do PTS (**); inserção de pacientes com possibilidade de tratamento em nível primário ou secundário no SUS fácil (***) |
| “Why”: Por quê? | Redução do tempo de permanência dos pacientes no PSA (*); definição da equipe quanto à necessidade de implantar o PTS (**); maior rotatividade de leitos hospitalares (***) |
| “Who”: Quem? | Grupo do Projeto Aplicativo e Chefia de unidades funcionais (*) (**); médicos assistentes, residentes e docentes (***) |
| “When”: Quando? | Meses de agosto e setembro de 2018 (*); junho e julho de 2018 (**); novembro de 2018 (***) |
| “Where”: Onde? | PSA (*); Anfiteatro (**); Sala do SUS fácil (***) |
| “How”: Como? | Realizar treinamento da equipe multidisciplinar para a elaboração do PTS. Na visita diária aos pacientes deve ser definida a necessidade ou não de elaboração do PTS. Em caso positivo deve ser nomeado um guardião que controle a participação dos atores na elaboração do PTS e faça um seguimento quanto à evolução do mesmo (*); registro das atas de reuniões com assinaturas dos gestores presentes (**); definido pelo corpo clínico definir a condição de alta hospitalar ou inserção no SUS fácil (***) |
| How Much”: Quanto? | Temporal (*) (**) (***) |
| “How measure”: Qual indicador? | Taxa de permanência dos pacientes que integraram o PTS (*); nº de participantes convocados e número de presentes (**); taxa de permanência dos pacientes inseridos no SUS fácil (***) |

Legenda: PSA, Pronto Socorro Adulto; PTS, Projeto Terapêutico Singular; HC, Hospital de Clínicas; UFTM, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; SUS, Sistema Único de Saúde. Fonte: Os autores, 2018.

A superlotação do PSA-HC-UFTM (Macroproblema 2), devido aos pacientes com internação de longa permanência no PSA-HC-UFTM (Nó Crítico 2) evidencia a necessidade de sensibilização e orientações para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) no PSA (Plano de Ação 1). Para tanto, estipulou-se a seguinte proposta de intervenção: reunião do Grupo do Projeto Aplicativo no mês de junho de 2018 com a Chefia do HC-UFTM, para apresentação de um modelo de PTS, propondo-se também reunião com chefes das especialidades médicas e do corpo clínico multidisciplinar (Ação 1).

Além disso, agendamento de reunião multidisciplinar entre chefes dos diversos setores assistenciais do HC-UFTM, Chefia do PSA e Grupo do Projeto Aplicativo para apresentação do PTS. A meta é o esclarecimento sobre a finalidade e aplicabilidade do PTS, e integração dos participantes, com apoio efetivo dos

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

setores assistenciais (Ação 2). Finalmente, definição da formação de grupo, constituído por diversos seguimentos assistenciais, para a elaboração das diretrizes gerais do PTS, elegendo-se “guardiões” com a responsabilidade de acompanhar e garantir que o plano seja integralmente seguido independentemente da localização do paciente no HC-UFTM (Ação 3).

A gestão de resultados do plano de ação para sensibilização e orientações na construção do PTS no PSA-HC-UFTM está mostrado no Quadro 7.

A superlotação do PSA-HC-UFTM (Macroproblema 2), devido aos pacientes com internação de longa permanência no PSA-HC-UFTM (Nó Crítico 2) surge a necessidade de implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) aos pacientes com alta estimada acima de 48 horas no PSA-HC-UFTM (Plano de Ação 2).

O grupo responsável pela implantação do PTS tem a responsabilidade de elaborar diretrizes gerais do PTS do HC-UFTM, treinando os atores para aplicação aos pacientes internados no PSA.

Essa programação é referente aos meses de agosto e setembro de 2018, sendo realizada na Sala de Reunião e também em campo de treinamento do PSA, conforme o plano piloto (Ação 1).

A implantação do PTS é obrigatória aos pacientes com internação superior a 48 horas no PSA-HC-UFTM e realizada somente após o treinamento das equipes assistenciais.

Visitas multidisciplinares diárias aos pacientes do PSA-HC-UFTM são programadas com a finalidade de elaboração do PTS, devendo ser seguido na íntegra, mas possibilitando modificações, se necessário. As atividades são realizadas no PSA e programadas para o mês de outubro de 2018 (Ação 2).

Os guardiões do PTS têm carga horária de trabalho horizontal assegurando aos pacientes um PTS rigorosamente seguidos pela equipe até a alta hospitalar. A atuação dos guardiões ocorre concomitantemente com a implantação do PTS, planejada para realização em outubro de 2018.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Quadro 7 - Gestão de resultados quanto à sensibilização e orientação para construção do PTS no PSA-HC-UFTM e monitoramento de indicadores de resultado por ação.

| |
|--|
| Macroproblema 2 |
| Superlotação do PSA-HC-UFTM |
| Nó crítico 2 |
| Paciente com internação de longa permanência no PSA-HC-UFTM |
| Plano de ação 1 |
| Sensibilização e orientação para construção do PTS no PSA-HC-UFTM |
| Ação 1 |
| Reunir o Grupo do Projeto Aplicativo com a Chefia do PSA para a proposta do PTS |
| Resultados esperados |
| Sensibilizar a Chefia do PSA quanto ao possível impacto positivo da implantação do PTS frente à superlotação da unidade sugerindo convocação de reunião também com as demais Chefias de Departamentos |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: - |
| Método de cálculo: retorno favorável da Chefia do PSA perante a proposta do PTS |
| Meta: apoio da Chefia do PSA quanto ao PTS |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Ação 2 |
| Reunir o Grupo do Projeto Aplicativo com Chefia do PSA e dos setores assistenciais do HC-UFTM |
| Resultados esperados – Ano: 2016 |
| Esclarecer sobre o significado do PTS, sua importância, aplicabilidade, participantes, entre outros, envolvendo os demais setores assistenciais |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: garantir a presença pelo menos um integrante de cada setor assistencial do HC-UFTM em reunião, por meio de convocação |
| Método de cálculo: nº de participantes presentes e convocados para a reunião |
| Meta: 100% |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Ação 3 |
| Definir os membros do grupo constituído de integrantes dos diversos seguimentos assistenciais do HC-UFTM para elaboração das Diretrizes elegendo guardiões do PTS |
| Resultados esperados |
| Elaboração das diretrizes gerais do PTS e escolha dos guardiões |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: - |
| Método de cálculo: definição das Diretrizes e da escolha dos guardiões |
| Meta: elaboração das Diretrizes e definição dos Guardiões |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Legenda: Legenda: PTA, Projeto Terapêutico Singular; PSA, Pronto Socorro Adulto; HC, Hospital de Clínicas; UFTM, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Situação: executado, parcialmente executado ou não executado; Resultados alcançados: percentual, incidência ou prazo; Classificação: positiva, parcial ou negativa. Fonte: Os autores, 2018. |

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Quadro 8 - Gestão de resultados quanto à implantação do PTS aos pacientes com estimativa de alta acima de 48 horas e monitoramento de indicadores de resultado por ação no PSA-HC-UFTM

| |
|--|
| Macroproblema 2 |
| Superlotação do PSA-HC-UFTM |
| Nó crítico 2 |
| Paciente com internação de longa permanência no PSA-HC-UFTM |
| Plano de ação 2 |
| Implantação do PTS aos pacientes com estimativa de alta acima de 48 horas no PSA-HC-UFTM |
| Ação 1 |
| Elaborar as Diretrizes do PTS e treinar os atores designados para aplicá-lo aos pacientes internados no PSA-HC-UFTM |
| Resultados esperados |
| Treinamento da equipe assistencial para a elaboração do PTS |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: - |
| Método de cálculo: certificação da equipe para elaboração do PTS |
| Meta: 100% |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Ação 2 |
| Implantar necessariamente o PTS aos pacientes com internação estimada mais de 48 horas no PSA |
| Resultados esperados – Ano: 2016 |
| Implantação do PTS no PSA-HC-UFTM. |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: - |
| Método de cálculo: implantação do PTS no PSA-HC-UFTM |
| Meta: implantação do PTS no PSA-HC-UFTM |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Ação 3 |
| Assegurar que seja aplicado o PTS pela equipe assistente até a alta hospitalar aos pacientes com internação acima de 48 horas |
| Resultados esperados |
| Será aplicado o PTS ao paciente com internação acima de 48 horas gerando melhora da assistência e reduzindo o tempo de internação |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: - |
| Método de cálculo: Taxa de ocupação e Taxa de permanência do PSA e do HC-UFTM. Número PTS confeccionados/Pacientes com internação >48 hs X 100). |
| Meta: Reduzir a taxa de ocupação e a taxa de permanência do PSA e do HC-UFTM. Todos pacientes com internação > 48 hs tenham PTS. |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |

Legenda: Legenda: PTA, Projeto Terapêutico Singular; PSA, Pronto Socorro Adulto; HC, Hospital de Clínicas; UFTM, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Situação: executado, parcialmente executado ou não executado; Resultados alcançados: %, incidência ou prazo; Classificação: positiva, parcial ou negativa. Fonte: Os autores, 2018.

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção ao Paciente Crítico, Programa de Pós-Graduação Lacto sensu do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2017. Orientador: [Ivan Batista Coelho](#)

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Quadro 9 - Gestão de resultados da solicitação de vaga aos pacientes em condições de alta hospitalar do nível terciário-quaternário para nível secundário-primário pelo do SUS fácil e **monitoramento de indicadores de resultado por ação** no PSA-HC-UFTM.

| |
|--|
| Macroproblema 2 |
| Superlotação do PSA-HC-UFTM |
| Nó crítico 2 |
| Paciente com internação de longa permanência no PSA-HC-UFTM |
| Plano de ação 3 |
| Solicitar vaga aos pacientes em condições de alta hospitalar do nível terciário-quaternário para nível secundário-primário pelo do SUS fácil |
| Ação 1 |
| Sensibilizar e remanejar quantitativamente a equipe assistente para inserção dos dados de pacientes no SUS fácil pleiteando vaga em nível secundário-primário para continuação do tratamento em outra instituição, quando possível |
| Resultados esperados |
| Apoio da equipe assistencial e definição dos atores para inserção dos dados no SUS fácil |
| Indicadores e resultados - Ano: 2016 |
| Descrição: - |
| Método de cálculo: setores assistenciais que efetuam inserção de dados no SUS fácil |
| Meta: 100% |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Ação 2 |
| Solicitar vaga hospitalar em nível secundário-primário assim que o cliente tenha condições de alta hospitalar |
| Resultados esperados: |
| Redução do tempo de permanência das internações |
| Indicadores e resultados |
| Descrição: - |
| Método de cálculo: taxa de ocupação e de permanência do paciente no PSA-HC-UFTM |
| Meta: taxa de ocupação e de permanência do paciente no PSA-HC-UFTM |
| Ano: 2017 e 2018 |
| Situação: não executado |
| Resultados alcançados: - |
| Classificação e observações: - |
| Legenda: PSA, Pronto Socorro Adulto; HC, Hospital de Clínicas; UFTM, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; SUS, Sistema Único de Saúde; Situação: executado, parcialmente executado ou não executado; Resultados alcançados: %, incidência ou prazo; Classificação: positiva, parcial ou negativa. Fonte: Os autores, 2018. |

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

A eficácia do PTS é medida por dados estatísticos, como a taxa de ocupação e permanência hospitalar, tanto no PSA propriamente dito, quanto no HC de modo geral (Ação 3).

A gestão de resultados do plano de ação para a implantação do PTS aos pacientes com estimativa de alta superior a 48 horas no PSA-HC-UFTM está apresentado no Quadro 8.

A superlotação do PSA-HC-UFTM (Macroproblema 2), devido aos pacientes com internação de longa permanência no PSA-HC-UFTM (Nó Crítico 2) possui necessidade de solicitação no SUS fácil de vaga aos pacientes em condições de alta hospitalar do nível terciário-quaternário para secundário-primário (Plano de Ação 3).

Para tanto, a proposta de intervenção é sensibilizar e remanejar quantitativamente a equipe assistente, a fim de inserir os dados dos pacientes no SUS fácil pleiteando vaga em nível secundário-primário para continuação do tratamento em outra instituição, quando possível. Essa tarefa deve ser realizada pelo grupo do PTS e pelas Chefias do PSA-HC-UFTM e demais unidades funcionais, programado a partir de novembro de 2018 (Ação 1).

De acordo com o PTS, cabe aos médicos assistentes a solicitação da vaga hospitalar em nível secundário-primário, assim que o paciente estiver em condições de receber a alta hospitalar do HC-UFTM. Essa ação está planejada para ocorrer na sala do SUS fácil a partir de novembro de 2018, devendo a efetividade ser medida pela taxa de permanência e ocupação do PSA (Ação 2).

A gestão de resultados do plano de ação para solicitar no SUS fácil vaga aos pacientes em condições de alta hospitalar de nível terciário-quaternário para secundário-primário está expressa no Quadro 9.

A implementação do plano de ação exige a confecção de um cronograma com a determinação de prazos, conforme demonstrado nos Quadros 10 e 11.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Quadro 10 - Cronograma de implementação das ações para o Nó Crítico 1.

| Ano | 2017 | | | | | | 2018 | | | | | |
|-----------------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|---------|-----------|-------|-------|------|-------|
| Mês | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maió | Junho |
| Plano de Ação 1 | | | | | | | | | | | | |
| Ação 1 | | | | | | | | | | | | |
| Ação 2 | | | | | | | | | | | | |
| Ação 3 | | | | | | | | | | | | |
| Plano de Ação 2 | | | | | | | | | | | | |
| Ação 1 | | | | | | | | | | | | |
| Ação 2 | | | | | | | | | | | | |
| Ação 3 | | | | | | | | | | | | |
| Plano de Ação 3 | | | | | | | | | | | | |
| Ação 1 | | | | | | | | | | | | |
| Ação 2 | | | | | | | | | | | | |
| Ação 3 | | | | | | | | | | | | |

Fonte: Os autores, 2018.

Quadro 11 - Cronograma de implementação das ações para o Nó Crítico 2.

| Ano | 2018 | | | | | | |
|-----------------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|
| Mês | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro |
| Plano de Ação 1 | | | | | | | |
| Ação 1 | | | | | | | |
| Ação 2 | | | | | | | |
| Ação 3 | | | | | | | |
| Plano de Ação 2 | | | | | | | |
| Ação 1 | | | | | | | |
| Ação 2 | | | | | | | |
| Ação 3 | | | | | | | |
| Plano de Ação 3 | | | | | | | |
| Ação 1 | | | | | | | |
| Ação 2 | | | | | | | |

Fonte: Os autores, 2018.

5 Discussão

A superlotação é uma situação de saturação do limite operacional nos serviços de emergência hospitalares e caracteriza-se na retenção de pacientes aguardando hospitalização acima da capacidade das unidades, sem fluxo resolutivo. Desse modo, torna-se necessário que sejam seguidos critérios clínicos de triagem e da classificação de risco.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

Há uma relação linear entre a superlotação nos serviços de emergência médica e o aumento da mortalidade (RICHARDSON, 2006). A regulação médica reduz o coeficiente de mortalidade (SANTOS, 2002), contribuindo para a melhoria contínua do serviço.

O atual estudo desenvolve uma proposta para que o sistema de assistência hospitalar esteja voltado às necessidades e direitos humanos e não permita serviços de urgência hospitalar superlotado, onde a falta de atendimento traz risco de morte e de seqüela, além de prejuízo econômico para o indivíduo, a família e instituição. A universalidade, a integralidade e a igualdade explícitos na Constituição da República Federativa do Brasil, devem estar presentes também no planejamento, gestão, avaliação e regulação dos serviços de urgência hospitalar no país.

6 Considerações Finais

Apresenta-se um Projeto Aplicativo quanto ao desenvolvimento de uma proposta de intervenção para a solução da superlotação de pacientes no PSA-HC-UFTM. As ações incluíram a análise do fluxo interno e de encaminhamento de pacientes ambulatoriais ao atendimento de urgência-emergência, em relação à necessidade de encaminhamento desses pacientes de baixa e média complexidade ao setor, traçando-se metas quanto ao tempo de permanência do paciente.

A gestão e monitoramento do Plano de Ação mostra ser parte essencial do planejamento, pois trata-se da intervenção propriamente dita, o momento tático-operacional para que o projeto se desenvolva com o alcance de resultados.

O Grupo do Projeto Aplicativo do HC-UFTM organizou a gestão dos resultados alcançados, para cada ação a partir do Nó Crítico, desenvolvendo o monitoramento das ações para o alcance das metas.

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

7 Referências

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (AHA). **Emergency department overload: a growing crisis**. Study conducted by The Lewin Group. Apr. 2002.

ASPLIN, B. R.; MAGID, D. J. If you want to fix crowding, start by fix your hospital. **Ann Emerg Med**,; 49: p. 273-274, 2007.

BARAKAT, S. F. C. **Caracterização da demanda do Serviço de Emergências Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo**. 2004. Tese (Doutorado em Emergências Clínicas) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRADLEY, V. M. Placing Emergency. Department crowding on the decision agenda. **J Emerg Nurs**, v. 31, n. 3, p. 247-258, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. – Brasília: CONASS, 2015. 400 p. (Documento 28).

BRASIL, Ministério da Saúde, **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema, Único de Saúde (SUS)**, PORTARIA n. 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul., 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/02>>. Acesso em: 20/09/2017.

BITTENCOURT, R. J. **Pacto pela qualidade no SUS: estudo de viabilidade técnica no subsistema de urgência e emergência**. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, 2006.

BUGS, T. V. et al. Dificuldades do enfermeiro no gerenciamento da unidade de pronto-socorro hospitalar. **Rev Enferm. UFSM**, v. 7, n. 1, p. 90-99, jan./fev., 2017.

DERLET R.W.; RICHARDS J.R.; KRAVITZ R.L. Frequent overcrowding in U.S. emergency departments. **Acad Emerg Med**, v. 8, n. 2, p. 151-155, 2001.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester, **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 312-20, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21700>>. Acesso em: 15 out. 2017.

FERNANDES, F. S. L. **O Pronto Socorro do Hospital São Paulo: entre o ensino e a assistência**. São Paulo, 2011. 96 p.

FORSTER, A. J. et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. **Acad Emerg Med**, v. 10, n. 2, p. 127-133, 2003.

MONTEZELLI, J.H.; PERES, A.M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 2, p. 348-54, mar./abr., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a20v64n2.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2017.

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção ao Paciente Crítico, Programa de Pós-Graduação Lacto sensu do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2017. Orientador: [Ivan Batista Coelho](#)

GARCIA, Josiane et al. Overcrowding in Emergency Unit: app project. **LIPH Science Journal**, v. 5, n. 1, p.12-39, Jan./June, 2018. <www.liphscience.com>

NEGRI FILHO, A. de A crise dos Serviços Hospitalares de Urgências no Brasil: elementos para uma agenda transformadora em prol dos direitos humanos. **Consensus**: Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), v.3, n. 7, abr./maio, p. 44-49, 2013. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/consensus_7.pdf>. Acesso em: 05 maio 2017.

OLIVEIRA, L. R. de; JORGE, M. H. P.de M. **Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso**. Rev Bras Epidemiol, v. 11, n. 3, p. 420-430, 2008.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P. de; SETA, M. H. de Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.5, Rio de Janeiro, nov./dec. 2009.

PORTAL DA SAÚDE. Projeto BRA 98/006 - Edital 22/04. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Cien Saude Colet**, 2006;11(4):1011- 1022.

RICHARDS, J. R.; NAVARRO, M. L., DERLET, R. W. **Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding**. **West J Med** v. 172, n. 6, p. 385-388, 2000.

RICHARDSON, D. B. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. **Med J Aust.**, v. 184, n. 5, p. 213-216, 2006.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2005. 97 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

SANTOS, J. S. dos. **Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da Unidade de Emergência e sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às urgências**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 35, p. 403-418, jul./set., 2002.

SANTOS, J. L. G. dos et al. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 97-103, jan./mar.,2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). Proposta de regulação da porta de entrada das unidades de urgência e emergência de Belo Horizonte, 2002.

SOUZA, C. C. de et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19, n. 1, n p. 1-8, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf> Acesso em: 05 out. 2017.

WEISS, S. J. et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in Academic Medical Center: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). **Acad Emerg Med**, 2004; 11:38-50.

ZANDOMENIGH, R.C. Cuidados intensivos em um serviço hospitalar de emergência: desafios para os enfermeiros. **Rev Min Enferm.**, v.18, n. 2, p. 404-414, abr./jun., 2014.

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção ao Paciente Crítico, Programa de Pós-Graduação Lacto sensu do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2017. Orientador: [Ivan Batista Coelho](#)