



UPA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REGIÃO NOROESTE DO PARANÁ: UM ESTUDO DESCRITIVO

Patrícia Tiemi Kikuti Orita¹; Joelma Cristina de Souza²; Raquel Gusmão de Oliveira³

RESUMO: O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípio, a organização dos serviços de forma hierarquizada e regionalizada. Portanto, a rede de saúde deve ser composta por diversos pontos de atendimento, articulados e resolutivos, que atendam situações crônicas e agudas da população, constituídos por Unidades Básicas de Saúde (UBS), e todos os serviços de suporte, ambulatórios de especialidades, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais. Atualmente, os atendimentos nas UPAs constituem-se num desafio na maior parte dos municípios brasileiros, neste sentido, é essencial a ocorrência de modificações do modelo assistencial, a ponto de não permitir que estes permaneçam restritos à incerteza do descompasso presente. Posteriormente às problemáticas apresentadas, o estudo objetivou avaliar uma UPA, com foco na estrutura física, rotinas, fluxos e equipamentos, com respaldo da Portaria 2048/ 02 do Ministério da Saúde, das quais se tornam indispensáveis para o atendimento satisfatório com sucessiva continuidade de prestação de serviços adequadas. Tratou-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quantitativa, realizada em uma UPA de um município de médio porte do Noroeste do Paraná, no ano de 2009. Constataram-se inadequações em todos os itens pesquisados no estudo, que iniciam na com foco na estrutura física, recurso tecnológicos e humanos, materiais e equipamentos, medicamentos, rotina de atendimento e se findam no fluxo. Considera-se neste conjunto, as diversas causas, que interferem nas atuações profissionais e no sistema funcional como todo, sendo necessário avançar nas negociações e na construção das redes de atenção à urgência e emergência do município, bem como no fortalecimento da Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE: Administração de Recursos Humanos, avaliação de serviços de saúde; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípio, a organização dos serviços de forma hierarquizada e regionalizada. Neste sentido, a rede de saúde deve ser composta por diversos pontos de atendimento, articulados e resolutivos, que atendam situações crônicas e agudas da população, constituídos por Unidades Básicas de Saúde (UBS), e todos os serviços de suporte, ambulatórios de especialidades, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais. No contexto do atendimento de eventos agudos, os serviços são estruturados para compor a Rede de Atenção às Urgências (UPA, SAMU), que devem ser auxiliares, atuantes e integrantes ao componente pré-hospitalar, segundo preconização da Política Nacional de Atenção às Urgências. No entanto, o funcionamento das UPAs tem inspirado apreensão, devido ao fato de ofertar atendimento médico “[...] sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede

¹ Discente do Curso de Enfermagem e membro do grupo de pesquisa de Neonatologia e Pediatria do Centro Universitário de Maringá. tiempatricia@hotmail.com

² Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário de Maringá. joelmacristinasouza@hotmail.com

³ Docente do Departamento de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá, Líder do Grupo de Pesquisa Integralidade em Saúde (GPIS). raquel.oliveira@cesumar.br

assistencial. Embora estejam cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de consultas de urgência” (BRASIL, 2006, p. 56). Os serviços oferecidos pelas UPAs devem oferecer atendimento 24 horas, e servir como estruturas de complexidade intermediária, da qual desempenham papel de porta de entrada para as urgências hospitalares. Estes sistemas também desempenham função de garantir atendimento e acesso aos demais serviços, com qualidade. Atualmente, estes atendimentos constituem-se num desafio evidente na maior parte dos municípios brasileiros, entretanto, esta modalidade de serviço deve ser ofertada para que ocorram modificações do modelo assistencial em questão, a ponto de não permitir que estes permaneçam restritos à incerteza do descompasso presente. Posteriormente às problemáticas apresentadas, o estudo objetivou avaliar uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com foco na estrutura física, recurso tecnológicos e humanos, materiais e equipamentos, medicamentos, rotina de atendimento e fluxo, com respaldo da Portaria 2048/ 02 do Ministério da Saúde, das quais se tornam indispensáveis para o atendimento satisfatório com sucessiva continuidade de prestação de serviços adequados.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quantitativa, realizada na UPA de um município de médio porte do Noroeste do Paraná, no ano de 2009. Utilizou-se para a coleta de dados, uma planilha padrão que continha itens preconizados pelo Ministério da Saúde, e uma planilha ação, na qual foram descritas a real situação do serviço, por meio da produção de uma planilha de avaliação, capaz de compará-las. Seguiram-se os preceitos éticos da resolução 196/96, através da utilização do Termo de Proteção de Risco e Confidencialidade (TPRC), articulada à aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário da Maringá (CESUMAR), com o parecer nº 475/09.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A UPA pesquisada enquadra-se em Porte I, pois os dados do IBGE evidenciam que a população de abrangência totaliza “[...] 71.392 habitantes, sendo 1.924 residentes da área rural e 69.468 habitantes da zona urbana” (MANOSSO, CZUY, 2005, p. 116).

Em relação à estrutura física, no Bloco de Procedimento foi possível visualizar uma sala de sutura e curativos, e a não existência de uma sala para curativos contaminados nem sala específica para inalação. Há uma sala para realização de medicamentos, e não foram detectadas salas; para higienização dos pacientes, redução de fraturas, de reidratação endovenosa ou oral, de pequenas cirurgias, de exame indiferenciado ou diferenciado, de procedimentos especiais invasivos e área de escovação.

Algumas discordâncias foram encontradas e dentre estas, pode-se citar que a sala de espera não incluía local para a higienização das mãos e os banheiros não continham materiais para higienização pessoal. Constatou-se ainda carência de uma sala para armazenamento de arquivos e prontuários médicos, sala de triagem classificatória e áreas para guardar macas e cadeiras de rodas.

Em relação ao Bloco de Emergência e leitos de observação, pode-se destacar a presença de 11 leitos, sendo estes divididos em: sala de reanimação e estabilização (1 leito), 2 sala de observação sem sanitários e chuveiros com 3 leitos cada, para adultos, 1 sala de observação (5 leitos pediátricos). O acesso para ambulância é satisfatório,

entretanto, constatou-se a ausência de sala de isolamento, sanitários, chuveiros, sala de atendimento simultâneo, macas com grades e rodas, bem como, portas amplas de fácil manuseio.

O Bloco de Emergência deve ser composto por salas de reanimação e estabilização / urgência, de observação masculina, feminina e pediátrica (com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros).

Recorda-se, além disso, a insuficiência de sanitários e chuveiros nos ambientes, sala de isolamento e de atendimento simultâneo.

Este bloco deve ter portas amplas para a entrada de pacientes em macas para fluxo ágil até a sala de emergência. Esta deve comportar o atendimento de dois ou mais casos simultaneamente. As macas devem apresentar rodas e grades e devem estar distribuídas de forma a garantir a livre circulação da equipe ao seu redor (GM/MS n.º 2048/02).

No Bloco de Apoio Logístico encontrou-se uma pequena sala de almoxarifado, lavanderia e rouparia. Não se encontrou farmácia exclusiva para o setor, expurgo e nem sala para lavagem de material, central de material esterilizado, necrotério e nem sala para estocagem de hemocomponentes.

Os critérios considerados adequados para o amplo atendimento englobam Farmácia (exclusiva para dispensação interna), almoxarifado, expurgo/lavagem de material, central de material esterilizado, rouparia e necrotério.

O Bloco de Apoio Administrativo encontrou-se provido de 3 salas para gerência e administração, sendo 1 de descanso com sanitário sem chuveiro, uma distinta aos médicos e outra para Enfermagem, administração e motoristas. Cozinha de pequeno porte, em que é reservada a alimentação, contêiner de acondicionar lixos comuns, e uma pequena caixa de material com grade exclusiva a lixos contaminados e estacionamento somente para ambulâncias e funcionários.

Não foi encontrado vestiários para funcionários, copa ou refeitório, depósito para materiais de limpeza nem área para limpeza geral.

Este bloco, por sua vez, deve prover de salas de gerência e administração, de descanso para funcionários (com sanitários e chuveiros), de vestiários para funcionários, copa e refeitório, depósito de material de limpeza, área para limpeza geral e local de acondicionamento de lixo.

A função do Bloco de Apoio Administrativo é recepcionar o paciente, para espera de consultas, por isso deve asilar sanitários distintos, bem como áreas para notificações médicas, depósito de material de limpeza; área para guarda de macas e cadeiras de roda, rouparia, sala administrativa, copa, sala/área para estocagem e distribuição de hemocomponentes, quarto para descanso de funcionários durante período de plantão, depósitos de equipamentos, posto policial. Em cumprimento relacionado às normas da ABNT NBR 9050/2004.

Cabe advertir a necessidade de salas de curativos contaminados, inaloterapia, higienização dos pacientes, redução de fraturas, reidratação endovenosa ou oral, de pequenas cirurgias, de exame indiferenciado ou diferenciado, de procedimentos especiais invasivos e área de escovação, das quais não são inclusas na UPA pesquisada. Recorda-se, além disso, a insuficiência de sanitários e chuveiros nos ambientes, sala de isolamento e de atendimento simultâneo. Não foi encontrado vestiários para funcionários, copa ou refeitório, depósito para materiais de limpeza.

A ausência de tais ambientes, trás conseqüências no atendimento aos pacientes, e desconforto aos profissionais, pois no panorama geral da estrutura, percebe-se a existência de reorganização interna para o cumprimento das funções na realização do serviço que devem ser prestados.

Quanto aos recursos tecnológicos, pode-se apresentar a existência de 1 aparelho de eletrocardiograma no setor para exames cardiológicos. Exames radiológicos e laboratoriais atualmente são terceirizados e em caso de urgências, tais serviços são posteriormente encaminhados ao Hospital de referência. Sabe-se que é obrigatória a sala para radiologia no local, exceto quando houver hierarquia entre as unidades 24 horas não hospitalares de atendimento de urgência de diferentes portes em uma determinada localidade e desde que haja garantia de acesso e transporte, dentro de intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco - regionais (BRASIL, 2002).

Dos recursos humanos, quando se relaciona o número total de profissionais da UPA pesquisada, destaca-se que a equipe é composta por, 1 médico responsável e técnico, 1 gerente administrativo, 2 clínicos gerais e um pediatra que atua em dias intercalados, além de 5 Enfermeiros, 15 auxiliares de Enfermagem, 2 Auxiliares de serviços gerais e administrativos, 2 motoristas de ambulância e 4 atendentes do SAMU. Observou-se a ausência de técnico de radiologia, devido a UPA pesquisada não realiza exames radiológicos. Outro item que emana atenção é a ausência de coordenação de Enfermagem. Lima e Erdmann (2006) trazem a consideração de que o enfermeiro em suas qualidades de responsabilidade e coordenação nas atividades assistências é capaz de aliar conhecimento e habilidade para desenvolver programas inovadores nas organizações, centrados em novas concepções de estrutura e propriedades dos seus serviços qualificados, visando melhores práticas em saúde e melhor qualidade do cuidado. Nesta totalidade é significativo observar a importância que o profissional enfermeiro detém, bem como seus atributos para a realização desta ponderação, avaliação e caracterização.

Quando se remete aos materiais e equipamentos, a carência de 27% destes inspira apreensão, pois, se constatou ausência de estetoscópio e esfigmomanômetro infantil, otoscópio com espéculos – infantil, oftalmoscópio, bomba de infusão com bateria e equipo universal, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, serra de gesso, máscaras laríngeas, pinça de magill, drenos frascos e extensões para drenagem de tórax, torneiras de três vias, frascos de solução salina, coletores de urina, conjunto de colares cervicais, travesseiros e prancha longa para imobilização. Dos medicamentos, foi observada a inexistência de 33% dos essenciais para o tipo de serviços, sendo estes, os Antidepressivos, antipiréticos, antibióticos, analgésicos, anti-hipertensivo, Antiarrítmico, anticonvulsivante, antiasmáticos e broncodilatadores, corticosteróide e diuréticos.

Quanto à rotina de atendimento, observou-se que os pacientes são submetidos à triagem classificatória, entretanto, realizada por auxiliares administrativos. Os procedimentos de Enfermagem e procedimentos médicos não seguem protocolos e não existem rotinas de controle para a infecção hospitalar. Sabe-se que o processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. Para Abbês e Massaro (2004, p. 05) estas classificações, são semelhantes a um processo de identificação, que demonstram as carências dos pacientes em relação aos agravos identificados. Revelam ainda, que “[...] a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de circulação desordenada dos usuários nas portas do Pronto Socorro tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade”. Existe um Hospital referência, entretanto, permanece obscura a dúvida da garantia deste serviço em que muitos

pacientes aguardam vagas durante períodos prolongados devido à falta de leitos ou profissionais para recebê-los. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deve ter sua referência garantida mediante encaminhamento realizado através das centrais de regulação ou, quando estas não existirem, através de fluxos previamente pactuados (Portaria nº 2048/GM em 5 de novembro de 2002). Quanto ao fluxo, o número de atendimentos médicos em 24 horas, na Instituição pesquisa, evidenciou-se aproximadamente 200 consultas, segundo os dados do livro de registro do setor. Conforme a classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 72), as UPAs consideradas Porte I, limitam o número de atendimentos médicos em 24 horas, para no máximo 100 pacientes. Fator que indica excesso de atendimento, o que aumenta a probabilidade de falhas no atendimento da Atenção Básica. Outro ponto que deve ser enfatizado é a deficiência na garantia de vaga para o Hospital referência, o que indica omissão de articulação entre os níveis de serviços e grave problema para a integralidade da assistência, preconizada pelo SUS.

4 CONCLUSÃO

Observa-se existência de lacunas na prestação de serviços da UPA pesquisada, entretanto é indispensável destacar que tais descompassos, não sobre caem em apenas um fator específico. Considera-se neste conjunto, as diversas causas, que interferem nas atuações profissionais e no sistema funcional como todo, sendo necessário avançar nas negociações e na construção das redes de atenção à urgência e emergência do município, bem como no fortalecimento da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ABBÊS, Cláudia; MASSARO, Altair. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: Um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília – DF: Ed. **Textos básicos em saúde**. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção às Urgências**, 2006. Disponível <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>. Acesso em: 15/08/2010.

_____. **Portaria GM/MS nº 2048**, de 05 de Novembro de 2002. Disponível <<http://gaia.saude.mg.gov.br/portal/legislacoes%20em%20saude/urg%C3%Aancia%20e%20emerg%C3%Aancia/Portaria%20GM.MS%20n%C2%BA%202048,%20de%2005%20de%20novembro%20de%202002.pdf>>. Acesso em: 20/04/2009.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 271- 8, 2006.

MANOSSO, Fernando César; CZUY, Daniele Crislei. Caracterização morfológica de um processo erosivo em Sarandi, PR. **Revista caminhos de geografia**, v. 14, n. 11, p. 115-20, fev. 2005.