

ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL EM UM PRONTO ATENDIMENTO DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO SUL DO BRASIL

MANAGEMENT STRATEGY FOR THE ORGANIZATION OF CARE FLOW IN AN EMERGENCY CARE UNIT OF A SMALL MUNICIPALITY IN SOUTHERN BRAZIL

Nataniele da Silva Ricardo¹
Edilson Nobuyoshi Kaneshima²

RESUMO: **Objetivo:** Elaborar, validar e implantar um protocolo clínico para a unidade de urgência e emergência do Pronto Atendimento de um município de pequeno porte do Sul do Brasil. **Métodos:** Estudo metodológico, aplicado, com abordagem qualitativa e utilização de procedimentos quantitativos, desenvolvido em quatro etapas: diagnóstico situacional do serviço, elaboração do protocolo clínico, validação por juízes especialistas, capacitação da equipe para implantação do protocolo. Participaram 14 profissionais da equipe multiprofissional na etapa diagnóstica e 12 juízes especialistas (oito médicos e quatro enfermeiros) na validação do protocolo. A capacitação envolveu oito profissionais, sendo três médicos, dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem. **Resultados:** O diagnóstico situacional evidenciou fragilidades relacionadas à superlotação, alta demanda, ausência de protocolos clínicos e insuficiência de capacitação contínua. O protocolo apresentou excelente validade de conteúdo (IVC = 0,92) e adequada confiabilidade interna. A capacitação resultou em aumento médio de 38% no conhecimento dos participantes. **Conclusão:** O protocolo clínico mostrou-se válido e aplicável, contribuindo para a padronização das condutas e a organização do fluxo assistencial. Estudos futuros são necessários para avaliar seu impacto em indicadores assistenciais.

Palavras-chave: Classificação de risco. Protocolos clínicos. Serviços de saúde. Urgência e emergência.

¹ Primeira Autora. Médica e Mestra em Gestão, Tecnologia e Inovação em Urgência e Emergência - Universidade Estadual de Maringá (UEM).

² Coautor e Orientador. Doutor e Professor - Universidade Estadual de Maringá (UEM). Programa de Mestrado Profissional em Gestão, Tecnologia e Inovação em Urgência e Emergência (PROFURG).

ABSTRACT: **Objective:** To develop, validate, and implement a clinical protocol for an emergency care unit in a small municipality in Southern Brazil. **Methods:** Methodological and applied study with a qualitative approach and the use of quantitative procedures, conducted in four stages: situational diagnosis of the service, development of the clinical protocol, validation by expert judges, and staff training for protocol implementation. Fourteen multidisciplinary healthcare professionals participated in the diagnostic stage, and 12 expert judges (eight physicians and four nurses) participated in the protocol validation process. The training stage involved eight healthcare professionals, including three physicians, two nurses, and three nursing technicians. **Results:** The situational diagnosis identified weaknesses related to overcrowding, high healthcare demand, the absence of clinical protocols, and insufficient continuing professional education. The clinical protocol showed excellent content validity (Content Validity Index [CVI] = 0.92) and satisfactory internal consistency. The training intervention resulted in a mean increase of 38% in participants' knowledge scores. **Conclusion:** The clinical protocol proved to be valid and applicable, contributing to the standardization of clinical practices and the organization of care flow. Further studies are needed to evaluate its impact on healthcare performance indicators.

Keywords: Risk classification. Clinical protocols. Health services. Emergency Medical Services.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, garantindo acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção (GIOVANELLA et al., 2012; BRASIL, 2013). Nesse contexto, os serviços de urgência e emergência desempenham papel estratégico na assistência à população, sendo responsáveis pelo atendimento de condições agudas que demandam intervenções rápidas, resolutivas e seguras.

Nas últimas décadas, o aumento da demanda por atendimentos de urgência tem representado um importante desafio para os sistemas de saúde. A superlotação dos serviços, associada à insuficiência de recursos humanos e estruturais, à complexidade dos casos atendidos e à procura por condições de baixa gravidade, pode comprometer a qualidade da assistência,

prolongar o tempo de espera e aumentar o risco de eventos adversos (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Com o objetivo de promover maior integração e eficiência na assistência, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), buscando organizar os fluxos assistenciais e qualificar o atendimento prestado à população (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; TOFANI et al., 2023). Entretanto, a efetividade dessas estratégias depende da adoção de instrumentos que favoreçam a padronização das condutas e auxiliem os profissionais na tomada de decisão clínica.

Nesse cenário, os protocolos clínicos e os sistemas estruturados de classificação de risco constituem importantes ferramentas para a organização dos serviços de urgência e emergência. Além de contribuírem para a priorização adequada dos pacientes, esses instrumentos promovem maior segurança assistencial, racionalização dos recursos disponíveis e redução da variabilidade das condutas profissionais (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014; GILBOY et al., 2012; CHRIST et al., 2010).

Embora sistemas estruturados de classificação de risco sejam amplamente utilizados em grandes centros e hospitais de maior complexidade, ainda são escassos os estudos que descrevem a elaboração, validação e implantação de protocolos clínicos adaptados à realidade de serviços de urgência localizados em municípios de pequeno porte. Nessas localidades, características como limitações estruturais, equipes reduzidas e elevada demanda espontânea exigem soluções organizacionais contextualizadas, capazes de promover maior eficiência assistencial e segurança no atendimento.

Estudos recentes também apontam que a efetividade da RUE depende da integração entre os diferentes pontos de atenção e da adaptação das estratégias organizacionais às especificidades dos contextos locais. (TOFANI et al., 2022; TOFANI et al., 2023).

Apesar dos avanços observados na organização dos serviços de urgência, muitos municípios de pequeno porte ainda enfrentam dificuldades relacionadas à ausência de protocolos clínicos padronizados e à fragilidade dos fluxos assistenciais. Tais fragilidades têm sido descritas como desafios persistentes para a consolidação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil. (TOFANI et al., 2023). Nessas localidades, a triagem frequentemente depende da experiência individual dos profissionais, o que pode gerar inconsistências na priorização dos atendimentos e comprometer a eficiência do serviço.

O Pronto Atendimento de um município de pequeno porte localizado na região Sul do Brasil é responsável pela assistência de aproximadamente 30 mil habitantes e apresenta desafios relacionados à elevada demanda assistencial, à necessidade de qualificação dos processos de trabalho e à inexistência de protocolos clínicos específicos para organização do fluxo assistencial. Diante desse contexto, torna-se relevante desenvolver estratégias que contribuam para a melhoria da qualidade do atendimento e para a padronização das condutas profissionais.

Assim, o presente estudo teve como objetivo elaborar, validar e implantar um protocolo clínico para a organização do fluxo assistencial em um Pronto Atendimento de um município de pequeno porte no Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico, aplicado, de abordagem qualitativa com utilização de procedimentos quantitativos, desenvolvido em um Pronto Atendimento localizado em um município de pequeno porte da Região Sul do Brasil.

Participaram do estudo profissionais da equipe multiprofissional atuantes no serviço de urgência e emergência, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Foram incluídos profissionais em exercício durante o período de coleta de dados, com atuação direta no atendimento de urgência e emergência há pelo menos 12 meses e que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídos profissionais afastados por licença ou férias e aqueles que não concluíram todas as etapas do estudo.

A amostra foi constituída por conveniência, de forma não probabilística, considerando a disponibilidade dos participantes e o interesse em colaborar com a pesquisa.

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas sequenciais: diagnóstico situacional do serviço, elaboração do protocolo clínico, validação do protocolo por juízes especialistas e capacitação da equipe para implantação do instrumento.

Diagnóstico situacional

Inicialmente, realizou-se um diagnóstico situacional do serviço por meio da aplicação de um questionário semiestruturado elaborado pelos autores, fundamentado na literatura científica e na experiência prática dos pesquisadores na área de urgência e emergência. O instrumento

continha questões fechadas, com opções de resposta “sim”, “não” e “não sei”, além de questões abertas de caráter exploratório.

O questionário foi aplicado a 14 profissionais da equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, com o objetivo de identificar fragilidades relacionadas à organização do fluxo assistencial, à priorização dos atendimentos e às condições de trabalho no serviço.

Elaboração do protocolo clínico

A elaboração do protocolo clínico foi realizada a partir de revisão da literatura científica nas bases de dados SciELO, PubMed e LILACS. Foram utilizados os descritores “classificação de risco”, “triagem”, “urgência e emergência” e “protocolos clínicos”. O conteúdo do protocolo foi estruturado com base em evidências científicas e adaptado à realidade assistencial do serviço, considerando as fragilidades identificadas durante o diagnóstico situacional.

Validação do protocolo clínico

A validação de conteúdo foi conduzida por um comitê composto por 12 juízes especialistas, a mostra por conveniência, de forma não probabilística, considerando a disponibilidade dos participantes e o interesse em colaborar com a pesquisa, sendo oito médicos e quatro enfermeiros, todos com experiência mínima de 12 meses na área de urgência e emergência.

Para a avaliação do protocolo foi utilizado um instrumento estruturado em escala Likert de quatro pontos (“discordo fortemente”, “discordo”, “concordo” e “concordo fortemente”), acrescido da opção “não sei”.

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi utilizado para mensurar o grau de concordância entre os juízes, adotando-se como critério de aceitabilidade valores iguais ou superiores a 0,80 (POLIT; BECK, 2019). A consistência interna do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, considerando-se valores iguais ou superiores a 0,70 como indicativos de confiabilidade adequada.

Capacitação da equipe e implantação do protocolo

Após a validação, foi realizada capacitação presencial da equipe multiprofissional para aplicação do protocolo clínico, seguida de sua implantação no serviço. Participaram dessa etapa oito profissionais, sendo três médicos, dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem.

Para avaliar o impacto da capacitação, foi utilizado instrumento adaptado de Araújo et al., composto por sete questões objetivas, aplicado em dois momentos distintos (pré e pós-intervenção), permitindo mensurar a evolução do conhecimento dos participantes por meio da comparação da variação percentual de acertos entre as avaliações.

Análise estatística

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas.

Na etapa de validação foram empregados o Índice de Validade de Conteúdo e o coeficiente alfa de Cronbach. Para a avaliação da capacitação, realizou-se análise comparativa da variação percentual de acertos obtidos antes e após a intervenção educativa.

Aspectos éticos

6

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa de instituição pública de ensino superior, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 85354424.6.0000.0104, em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O diagnóstico situacional evidenciou fragilidades relevantes no serviço de urgência e emergência (Tabela 1). Todos os participantes relataram impacto negativo do encaminhamento de pacientes de baixa prioridade para o Pronto Atendimento e da elevada carga de trabalho sobre a dinâmica do serviço.

A maioria dos profissionais indicou que a alta demanda assistencial e a ausência de protocolos clínicos comprometem a qualidade do atendimento e dificultam a tomada de decisão.

Também foram identificadas limitações relacionadas à insuficiência de recursos, ferramentas de apoio e estratégias organizacionais para o gerenciamento do fluxo assistencial.

Em relação às propostas de melhoria, os participantes destacaram a necessidade de capacitação contínua da equipe e de maior integração entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, especialmente entre o Pronto Atendimento e a Atenção Primária à Saúde.

O protocolo clínico foi submetido à validação por 12 juízes especialistas, sendo oito médicos e quatro enfermeiros, com experiência na área de urgência e emergência. Os resultados da validação encontram-se apresentados na Tabela 2.

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) total foi de 0,92, indicando elevado grau de concordância entre os avaliadores. Os domínios objetivo, conteúdo, relevância e usabilidade apresentaram valores superiores ao ponto de corte estabelecido, enquanto o domínio linguagem apresentou desempenho inferior ao valor recomendado. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,75, demonstrando adequada consistência interna do instrumento.

Na etapa de capacitação, observou-se aumento médio de 38% no desempenho dos participantes entre os momentos pré e pós-intervenção, evidenciando ganho de conhecimento após a atividade educativa.

As frequências relativas das fragilidades identificadas pelos profissionais encontram-se apresentadas na Tabela 1, enquanto os resultados da validação do protocolo clínico são apresentados na Tabela 2.

7

Tabela 1 – Fragilidades relacionadas a organização do fluxo assistencial identificadas pelos profissionais do Pronto Atendimento (n=14)

Fragilidades identificadas	Frequência n	%
Encaminhamento de pacientes de baixa prioridade impacta negativamente o atendimento	14	100,0
Impacto da elevada carga de trabalho afeta a saúde mental dos profissionais	14	100,0
A alta demanda impacta negativamente na qualidade do atendimento	13	92,9
A falta de protocolos clínicos dificulta a tomada de decisão e a padronização das condutas entre os membros da equipe de profissionais do PAM	13	92,9
O treinamento e capacitação da equipe são importantes para otimizar o fluxo de atendimento	12	85,7

O setor de triagem não dispõe de recursos e ferramentas adequadas (como protocolos e instrumentos de avaliação) para auxiliar na tomada de decisão	12	71,4
Cursos de capacitação não são ministrados aos profissionais responsáveis pela triagem do PAM	10	71,4
Não existem estratégias que priorizem o atendimento emergencial ou de urgência, e os casos de baixa complexidade são responsáveis pelas longas filas	10	71,4
Não existem protocolos clínicos disponíveis atualizados no setor de urgência e emergência	10	71,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2025

Tabela 2. Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dos itens do protocolo clínico segundo avaliação dos juízes especialistas (n=12)

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO	NÚMERO DE ITENS	IVC
OBJETIVO	4	1,00
CONTEÚDO	4	0,98
LINGUAGEM	4	0,71
RELEVÂNCIA	4	0,96
USABILIDADE	4	0,96
IVC TOTAL		0,92

Fonte: Dados da pesquisa, 2025

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo reforçam a relevância dos protocolos clínicos como instrumentos de apoio à organização dos serviços de urgência e emergência. A utilização de protocolos estruturados contribui para a padronização das condutas, qualificação da tomada de decisão clínica e adequada priorização dos atendimentos, favorecendo maior segurança assistencial e racionalização dos recursos disponíveis (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2014; GILBOY et al., 2012).

O diagnóstico situacional evidenciou fragilidades relacionadas à elevada demanda assistencial, à ausência de protocolos clínicos padronizados e a limitações organizacionais do serviço. Tais achados são compatíveis com a literatura que descreve a superlotação e a

sobrecarga dos serviços de urgência como fatores capazes de comprometer o fluxo assistencial, aumentar o tempo de espera e dificultar a tomada de decisão dos profissionais (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

A inexistência de protocolos clínicos padronizados também pode favorecer a variabilidade das condutas e a dependência da experiência individual dos profissionais. Além da padronização assistencial, estudos recentes destacam que a organização dos fluxos e a articulação entre os diferentes componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências são fatores essenciais para ampliar a resolutividade dos serviços e garantir a continuidade do cuidado. (TOFANI et al., 2022; TOFANI et al., 2024) Nesse contexto, a elaboração de um protocolo adaptado à realidade local representa uma estratégia potencialmente capaz de fortalecer a organização do processo de trabalho, especialmente em serviços localizados em municípios de pequeno porte, onde frequentemente existem limitações estruturais e operacionais.

A validação do protocolo clínico demonstrou elevado grau de concordância entre os juízes especialistas, evidenciado pelo Índice de Validade de Conteúdo total de 0,92. Esse resultado indica adequação dos itens avaliados e está em consonância com recomendações metodológicas amplamente utilizadas na validação de instrumentos em saúde, que consideram valores superiores a 0,80 como indicativos de validade satisfatória (POLIT; BECK, 2019). Além disso, o coeficiente alfa de Cronbach de 0,75 demonstrou adequada consistência interna do instrumento, reforçando sua confiabilidade e aplicabilidade no contexto estudado.

9

A capacitação da equipe multiprofissional promoveu aumento médio de 38% no desempenho dos participantes entre os momentos pré e pós-intervenção. Esse resultado sugere que estratégias de educação permanente podem contribuir para o aprimoramento do conhecimento dos profissionais e favorecer a implementação de protocolos clínicos no ambiente assistencial. A literatura destaca que processos educativos contínuos representam importante ferramenta para qualificação das equipes e fortalecimento das práticas baseadas em evidências.

Do ponto de vista metodológico, o delineamento adotado permitiu identificar fragilidades do serviço, desenvolver uma intervenção adaptada à realidade local e avaliar sua validade e aplicabilidade. Tais características são particularmente relevantes em estudos metodológicos voltados para a melhoria dos processos assistenciais e para a inovação em serviços de saúde.

Entretanto, algumas limitações devem ser consideradas. O estudo foi realizado em um único serviço de urgência e emergência, utilizando amostra não probabilística e número reduzido de participantes, o que limita a generalização dos resultados. Além disso, as informações obtidas no diagnóstico situacional foram baseadas na percepção dos profissionais, podendo sofrer influência de características individuais e institucionais. Outro aspecto importante é que não foram avaliados indicadores assistenciais objetivos, como tempo de espera, tempo de atendimento, taxa de retorno ou satisfação dos usuários, impossibilitando a mensuração do impacto do protocolo sobre o desempenho do serviço.

Dessa forma, recomenda-se que estudos futuros avaliem os efeitos da implantação do protocolo clínico sobre indicadores assistenciais, bem como sua sustentabilidade, adesão pelos profissionais e aplicabilidade em diferentes contextos organizacionais.

Em síntese, os resultados demonstram que a elaboração, validação e implantação de um protocolo clínico, associadas à capacitação da equipe multiprofissional, constituem estratégias promissoras para a qualificação do fluxo assistencial e para o fortalecimento da organização dos serviços de urgência e emergência.

CONCLUSÕES

10

O presente estudo permitiu identificar fragilidades relacionadas à organização do fluxo assistencial em um serviço de urgência e emergência de município de pequeno porte, destacando aspectos como elevada demanda assistencial, ausência de protocolos clínicos padronizados e necessidade de capacitação contínua da equipe multiprofissional.

A elaboração e validação do protocolo clínico resultaram em um instrumento com adequada validade de conteúdo e consistência interna, demonstrando potencial aplicabilidade no contexto assistencial estudado. Além disso, a capacitação realizada contribuiu para o aumento do conhecimento dos profissionais envolvidos, reforçando a importância das estratégias de educação permanente para a qualificação da assistência.

Os resultados sugerem que a implementação de protocolos clínicos adaptados à realidade local, associada à capacitação das equipes, pode contribuir para a organização do fluxo assistencial, a padronização das condutas e o fortalecimento dos processos de trabalho em serviços de urgência e emergência.

Recomenda-se a realização de estudos futuros que avaliem o impacto da utilização do protocolo sobre indicadores assistenciais objetivos, bem como sua aplicabilidade em diferentes cenários de atenção à saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram inexistência de conflito de interesses na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, 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). *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, 8 jul. 2011.

CHRIST, Michael et al. Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt International*, Berlin, v. 107, n. 50, p. 892-898, 2010.

GILBOY, Nancee; TANABE, Paula; TRAVERS, David; ROSENAU, A. M. Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care. 4. ed. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012.

GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. Emergency triage. 3. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

O'DWYER, Gisele; OLIVEIRA, Sandra Patrícia de; SETA, Marismar Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

TOFANI, Luana Ferreira Nunes et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção do cuidado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 761-776, 2022.

TOFANI, Luana Ferreira Nunes et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise da política pública. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 1, e220122pt, 2023.

TOFANI, Luana Ferreira Nunes et al. A política de Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: contextos de influência e de produção de textos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 34, e34028, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured. Geneva: WHO, 2019.