

# POP

HC-UFTM/EBSERH

## SEGREGAÇÃO DE FLUXO DE PACIENTES NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Versão: 2 | 2025

**SUPERINTENDENTE**

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

**GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

**CHEFE DA DIVISÃO MÉDICA**

MURILO ANTONIO ROCHA

**CHEFE DO SETOR DE PACIENTE CRÍTICO**

EDWARD MEIRELLES DE OLIVEIRA

**CHEFE DA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

WANDERSON BORGES TOMAZ

**ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL**

Lana Jaya Silveira Cerqueira, Unidade de Urgência e Emergência  
Wanderson Borges Tomaz, Unidade de Urgência e Emergência  
Natana Moura Teodoro, Unidade de Urgência e Emergência  
Mariana Salomão Braga, Unidade de Urgência e Emergência

**ANÁLISE**

Wanderson Borges Tomaz, Unidade de Urgência e Emergência

**AVALIAÇÃO**

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

**VALIDAÇÃO TÉCNICA**

Wanderson Borges Tomaz, Setor de Paciente Crítico  
Luciana Paiva Romualdo, Setor de Gestão da Qualidade

**APROVAÇÃO**

Murilo Antonio Rocha, Divisão Médica

**REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO**

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Data da emissão: 25/2/2025

Código do documento: POP.UUE.005

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados  
[www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*



## 1. OBJETIVO

Apresentar a implementação da segregação de fluxo de paciente na Unidade de Urgência e Emergência (UUE) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), visando otimizar o fluxo interno e melhorar a segurança e assistência dos pacientes, contribuindo, assim, para a diminuição do tempo de permanência hospitalar e para a melhor rotatividade no setor.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Dedicado à equipe multidisciplinar e demais serviços que atuam em conjunto com o serviço de urgência e emergência do HC-UFTM.

## 3. CONTEXTO GERAL

O HC-UFTM aderiu ao Projeto Lean nas Emergências. Iniciando o processo de diagnóstico em 2021. Este projeto é do Ministério da Saúde, desenvolvido por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) e executado em parceria com o Hospital Sírio-Libanês. Uma das ações do Lean constitui na instituição de segregação de fluxo de pacientes no serviço de emergência.

O serviço de emergência é a unidade hospitalar mais complexa devido à demanda excessiva e à ausência de leitos para internação, o que gera superlotação com conseqüente prejuízo à assistência. Diante disso, é necessário o uso de ferramentas para otimizar fluxos, diminuir o tempo de espera, facilitar o reconhecimento de patologias graves que necessitam de cuidado imediato e melhorar as condições de trabalho.

O primeiro passo nessa estratégia de gestão é a classificação realizada pela regulação do paciente no Sistema de Regulação do Município (SISREG), podendo ser utilizado o sistema de classificação de risco, como o Manchester (figura 1).

EMERGÊNCIA	Emergência: Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato e risco de morte.
MUITA URGÊNCIA	Muito urgente: Caso grave e risco significativo de evoluir para morte. Atendimento urgente.
URGÊNCIA	Urgente: Caso de gravidade moderada, necessidade de atendimento médico, sem risco imediato.
POUCA URGÊNCIA	Pouco Urgente: Caso para atendimento preferencial nas unidades de atenção básica.
NÃO URGÊNCIA	Não Urgente: Caso para atendimento na unidade de saúde mais próxima da residência. Atendimento de acordo com o horário de chegada ou serão direcionados às Estratégias de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde. Queixas crônicas; resfriados; contusões; escoriações; dor de garganta; ferimentos que não requerem fechamento e outros.

Figura 1 – Classificação de Risco. Fonte: Sistema de Classificação de Risco de Manchester

A partir da classificação de risco, serão propostas estratégias que permitam segmentar os fluxos hospitalares, metas de tempo de decisão, mudanças no modelo de regulação interna dos leitos e rearranjo estrutural do setor. As estratégias de fluxo utilizadas são: sala de estabilização (*Shock Room*), sala de curta permanência (*Short Stay Unit*), unidade

de dor torácica (UDT) e rastreamento rápido (*Fast Track*) e sala de decisão clínica. Todo direcionamento do fluxo será definido pelo enfermeiro.

É importante a articulação entre coordenadores da equipe multidisciplinar e demais serviços, que atuam em conjunto ao serviço de emergência, para fins de otimizar fluxo e reduzir tempo de permanência no serviço.

Cada hospital deve definir sua meta de tempo e é imprescindível o acompanhamento do *Kanban* pelos profissionais do setor de emergência. O método *Kanban* é uma ferramenta que pode ser utilizada na área de saúde para padronização e gerenciamento visual de vagas e tempo de internação do paciente, facilitando a estratégia de fluxo.

Para implementação dessa estratégia é recomendável a presença de um fluxista, que terá como função: direcionar e orientar os pacientes quanto ao fluxo; monitorar a liberação dos exames e comunicar aos médicos; monitorar as pendências de cada paciente, referentes às decisões médicas e à quantidade de pacientes aguardando internação; atualizar o quadro de *Kanban*, repor materiais e medicamentos nos postos de enfermagem do pronto-socorro, alinhado com a farmácia; e apoiar equipe médica e de enfermagem no que for preciso para otimização do fluxo.

Além disso, para melhorar a qualidade e agilidade no Serviço de Emergência é necessário o uso de tecnologia *point of care*, que permite resultados rápidos de testes laboratoriais específicos, sendo importante a padronização desses exames na sala de decisão médica.

#### 4. ESTRATÉGIAS DE FLUXO

As estratégias de fluxo e de direcionamento dos pacientes na UUE serão implementadas a partir da visão estratégica do enfermeiro da Unidade. A decisão de escolha será definida, conforme classificação de risco na admissão e, posteriormente, a partir da estabilização clínica dos pacientes.

- **Sala de estabilização (*Shock Room*)**

Local destinado ao primeiro atendimento e estabilização de pacientes críticos. Esse fluxo é importante para reduzir mortes e complicações evitáveis, além disso deve conter equipamentos *point-of-care*. É importante a articulação entre as áreas de unidade de terapia intensiva (UTI), bloco cirúrgico (BC), hemodinâmica e Núcleo Interno de Regulação (NIR) para fluxo rápido após estabilização. Os pacientes irão permanecer neste local somente até estabilização clínica. Após estabilizado será direcionado pelo enfermeiro para área específica de acordo com a gravidade clínica. A sala de estabilização deverá ficar com menor número de pacientes possíveis afim de assegurar a chegada de mais pacientes regulados.

- **Ala vermelha – Enfermaria 100**

Local destinado ao atendimento aos pacientes que necessitam de cuidados intensivos que foram direcionados a partir da sala de estabilização. Nessa ala serão admitidos pacientes em ventilação mecânica e/ou em uso de droga vasoativa ou que encaixam como cuidados de alta dependência na escala de Fugulin. Todos os pacientes desta ala deverão estar com solicitação de leitos no sistema para Leito de Unidade de Terapia Intensiva. Frente ao cumprimento desses critérios, essa ala deverá ficar com no máximo 2 leitos de retaguarda. As admissões de paciente graves nessa unidade devem sempre ser realizadas com comunicação

entre os enfermeiros e presença do enfermeiro responsável por essa unidade na recepção e admissão do cliente.

- **Unidade de Curta Permanência (*Short Stay Unit*) – Enfermaria 105**

A unidade de curta permanência (UCP) é uma enfermaria que oferece atendimento direcionado para pacientes que necessitam de hospitalização com possibilidade e estão aguardando encaminhamento para leitos nas unidades de internação. As principais vantagens são: reduzir superlotação e altas inadequadas do pronto-socorro, cuidado com foco nos pacientes, alocação de recursos em local bem definido, melhorar a utilização dos leitos e reduzir número de internações. Deve-se atentar ao perfil do paciente, nesta unidade será possível a alocação de paciente semi-intensivos ou intensivos caso leito da enfermaria 100 estejam esgotados. Na UCP, pode-se alocar pacientes que acumulem 2 ou mais das seguintes características: acima de 80 anos de idades, confusão mental aguda ou demência, internação não eletiva nas últimas 4 semanas ou uso regular de polifarmácia (mais de cinco medicamentos). O tempo médio de internação é de até 72 horas.

- **Unidade de decisão clínica (UDC) – Enfermaria 109**

É uma área designada na UUE que permite o monitoramento e avaliação da condição clínica de pacientes não enquadrados nos critérios de internação hospitalar na admissão do serviço de urgência e emergência, mas que precisam de observação clínica ou exames complementares. A articulação entre as áreas (medicação, propedêutica, outros) e a instituição de protocolos assistenciais em tempo hábil são muito importantes para atingir as metas de tempo de decisão. É considerada uma boa prática a permanência de pacientes selecionados, idealmente, para realização dos exames necessários e possíveis condutas terapêuticas. Nesta unidade não são admitidos pacientes instáveis ou de cuidados intensivos.

- **Unidade de dor torácica (UDT) – Enfermaria 107**

A UDT é definida como unidade organizacional de curta permanência com protocolos de gerenciamento específicos, projetados para otimizar o diagnóstico de pacientes com dor torácica nos quais o diagnóstico ainda não foi estabelecido e que apresentam alto risco para receber alta imediatamente. O direcionamento para essa unidade será feito a partir da avaliação do Médico Preceptor da Clínica Médica. Nesta unidade não são admitidos pacientes instáveis ou de cuidados semi-intensivos.

- **Rastreamento rápido (*Fast Track*) – Sala de otorrino**




Fluxo especial para admissão e tratamento de pacientes classificados como baixo risco, queixas não urgentes, pouco urgentes e alguns selecionados de queixas urgentes. Esses pacientes seguem um fluxo diferenciado, sendo direcionados para locais com recursos adequados, com ênfase em equipes dedicadas a iniciar o atendimento, a fim de diminuir a permanência e otimizar a saída de pacientes de baixo risco. Esse fluxo de atendimento depende do perfil do hospital e da volumetria, podendo funcionar em horário de maior pico e não necessariamente 24 horas.




Em caso de superlotação em Nível 2 ou 3 do Plano de Capacidade Plena, os enfermeiros deverão implementar medidas de contingência e realizar avaliação clínica dos pacientes da sala de estabilização, identificando os estáveis e os alocando nos pontos de

cuidados dentro da Unidade. Caso não haja vaga em nenhum local deverão selecionar e realocar temporariamente os pacientes que apresentem sinais clínicos de estabilidade no corredor, devendo reavaliar o mais brevemente esses pacientes e direcioná-los para os pontos de cuidado disponíveis.

No HC-UFTM foi reorganizada a estrutura da UUE para atender a segregação de fluxo, incluindo mudança de regulação interna dos leitos, de isolamento respiratório e/ou contato, conforme quadro a seguir.

**Quadro 1 – Estrutura da UUE**

ÁREAS	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO								
<p><b>SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SHOCK STAY UNIT)</b></p> 	<p><b>PORTA DE ENTRADA DE PACIENTES GRAVES</b> – os pacientes devem permanecer nesta sala somente durante a avaliação inicial e estabilização clínica para, posteriormente, serem encaminhados aos pontos de cuidado da Unidade, de acordo com o caso clínico ou para UTI, Hemodinâmica ou Centro Cirúrgico, conforme a necessidade.</p>	<p>Caso não haja vagas nas enfermarias da Unidade o paciente em estado crítico permanece na sala de estabilização e aqueles estáveis poderão ser encaminhados para o corredor.</p>								
<p><b>ENFERMARIAS 100 E 105 (ALA VERMELHA)</b></p> 	<p><b>ENFERMARIAS DE CUIDADOS CRÍTICOS</b> – acomoda pacientes procedentes da SALA DE ESTABILIZAÇÃO ou CORREDOR em cuidados intensivos e semi intensivos que necessitam de monitorização contínua e aguardam leitos nas UTIs ou outros procedimentos.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">KANBAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #92d050;"></td> <td>Até 12 horas</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td>13 – 24 horas</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ff0000;"></td> <td>&gt; 24 horas</td> </tr> </tbody> </table>	KANBAN			Até 12 horas		13 – 24 horas		> 24 horas
KANBAN										
	Até 12 horas									
	13 – 24 horas									
	> 24 horas									
<p><b>ENFERMARIA 109 (DECISÃO CLÍNICA)</b></p> 	<p>Acomoda pacientes admitidos, que aguardam decisão clínica. Caso haja definição de internação, devem ser transferidos para as unidades de enfermarias. De acordo com o nível de PCP – Plano de Capacidade Plena, os pacientes mais independentes desse ponto de cuidado podem ser transferidos para macas extras no corredor, cedendo o leito para os pacientes de cuidados intermediários da sala de estabilização.</p> <p>TEMPO DE PERMANÊNCIA: máximo 8 horas.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">KANBAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #92d050;"></td> <td>0 – 3 horas</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td>4 – 8 horas</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ff0000;"></td> <td>&gt; 8 horas</td> </tr> </tbody> </table>	KANBAN			0 – 3 horas		4 – 8 horas		> 8 horas
KANBAN										
	0 – 3 horas									
	4 – 8 horas									
	> 8 horas									

<p><b>ENFERMARIA 107 (UNIDADE DE DOR TORÁCICA)</b></p> 	<p>Acomoda pacientes estáveis, com hipótese diagnóstica de dor torácica os quais aguardam exames complementares para confirmação diagnóstica e tratamento. Pacientes que apresentam maior probabilidade para receber alta oportuna. TEMPO DE PERMANÊNCIA: máximo 3 dias.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">KANBAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #92d050;"></td> <td>Até 24 horas</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td>1 – 2 dias</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ff0000;"></td> <td>&gt; 3 dias</td> </tr> </tbody> </table>	KANBAN			Até 24 horas		1 – 2 dias		> 3 dias
KANBAN										
	Até 24 horas									
	1 – 2 dias									
	> 3 dias									
<p><b>ENFERMARIA 108 (QUARTO PRIVATIVO)</b></p> 	<p>Acomoda temporariamente pacientes que necessitam de isolamento (contato e/ou respiratória) com indicação de quarto privativo até transferência para leitos de ISOLAMENTO das unidades de internação. TEMPO DE PERMANÊNCIA: máximo 24 horas.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">KANBAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #92d050;"></td> <td>Até 12 horas</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffff00;"></td> <td>13 – 24 horas</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ff0000;"></td> <td>&gt; 24 horas</td> </tr> </tbody> </table>	KANBAN			Até 12 horas		13 – 24 horas		> 24 horas
KANBAN										
	Até 12 horas									
	13 – 24 horas									
	> 24 horas									
<p><b>FAST TRACK (CONSULTÓRIO PARA AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL)</b></p> 	<p><i>FAST TRACK</i> – No ACOLHIMENTO para avaliação inicial e rápida de pacientes estáveis. Atendimentos curtos: avaliação de otorrinolaringologia, oftalmologia, avaliação inicial ( admissão) de acidentes com queixa de picada de escorpião, avaliação de retornos por complicação pós alta e “portas abertas” encaminhados do ambulatório. TEMPO DE PERMANÊNCIA: máximo 15 minutos</p>									

Fonte: dos autores

Da mesma forma, a figura 2, a seguir, representa o fluxograma de segregação de pacientes na UUE do HC-UFTM.

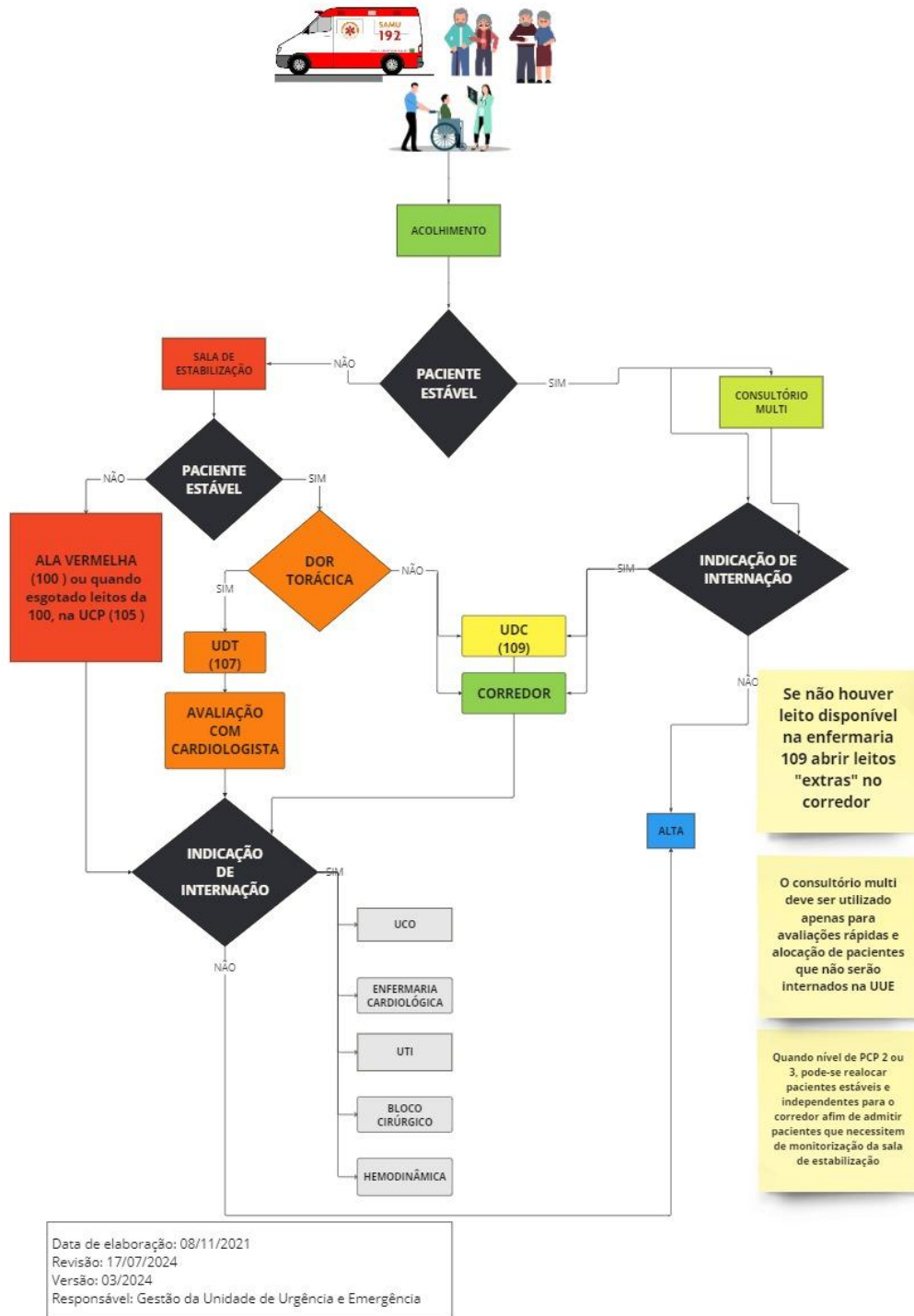


Figura 2 – Segregação de Pacientes na UUE do HC-UFTM. Fonte: Comitê de Gestão Avançada do Serviço de Urgência

## 5. CONCLUSÃO

É conhecido o cenário de superlotação dos setores de urgência e emergência do Brasil. A estratégia de fluxo, facilita, portanto, a gestão da rotina no serviço, gerando mais agilidade nos fluxos dos pacientes, conforme a classificação de risco. Auxilia, também, na tomada de decisão, melhorando a qualidade assistencial e segurança do paciente, além de promover redução no tempo de internação e superlotação.

## 6. REFERÊNCIAS

- 1) Ferro, Mara. Sistema Lean na reorganização de Pronto Socorro hospitalar. Disponível em: <https://www.lean.org.br/artigos/119>. Acesso em: 01 nov. 2021.
- 2) Ferreira, Simone et al. Implantação da metodologia Lean Healthcare no pronto socorro de um hospital público: impactos no gerenciamento de leitos. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br>. Acesso em: 03 nov. 2021.
- 3) Christoph Becker, M. D. Et al. Interventions to improve communication at hospital discharge and rates of readmission: systematic review and meta-analysis. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2783547>. Acesso em 10 nov. 2021.
- 4) Juventino. Grace Kelly et al. LEAN nas emergências: análise comparativa da implementação em cinco hospitais brasileiros. RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde Vol. 18, n.3. Belo Horizonte, MG. JUL/SET 2021. e-ISSN: 2177-2754 e ISSN impresso: 1983-5205. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.7097>. Acesso em 17 nov. 2021.
- 5) Neto, Rodrigo. Ferramentas de Gestão no Departamento de Emergência. Disponível em: [https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/7608/ferramentas\\_de\\_gestao\\_no\\_departamento\\_de\\_emergencia.htm](https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/7608/ferramentas_de_gestao_no_departamento_de_emergencia.htm). Acesso em: 17 nov. 2021.

## 7. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	20/6/2022	Elaboração da 1ª versão do documento em Rotina Operacional Padrão (ROP)
2	25/02/2025	Revisão da ROP, transformação em Procedimento Operacional Padrão (POP) e inserção em novo modelo

## 8. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

### **Elaboração da versão atual em POP (versão 2) – data: 18/7/2024**

Lana Jaya Silveira Cerqueira, enfermeira horizontal da Unidade de Urgência e Emergência (UUE)  
Wanderson Borges Tomaz, chefe da UUE  
Natana Moura Teodoro, responsável técnica (RT) de enfermagem da UUE  
Mariana Salomão Braga, RT médica da UUE

### **Análise – data: 18/7/2024**

Wanderson Borges Tomaz, chefe da UUE

### **Avaliação – data: 22/11/2024**

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

### **Validação técnica – data: 24/9/2024 a 22/11/2024**

Wanderson Borges Tomaz, chefe do Setor de Paciente Crítico (STPC) substituto  
Luciana Paiva Romualdo, chefe do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

### **Aprovação – data: 14/2/2025**

Murilo Antonio Rocha, chefe da Divisão Médica (DMED) substituto

### **Registro, validação de forma e revisão – data: 25/2/2025**

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

### **Elaboração da versão 1 em ROP – data: 20/6/2022**

Cintia Machado Dutra, chefe do Setor de Urgência e Emergência em 9/12/2021  
Luana Rezende Guimarães, médica da UUE  
Patrícia Naves Rezende, RT médica da UUE  
Tatiana Miranda Rodrigues, RT de enfermagem da UUE  
Wanderson Borges Tomaz, chefe da UUE  
Equipe do Comitê de Gestão Avançada do Serviço de Urgência

### **Colaboração**

Luciana Paiva Romualdo, chefe STGQ e equipe

### **Validação**

Wanderson Borges Tomaz, chefe do Setor de Paciente Crítico substituto  
Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ

### **Registro, análise e revisão**

Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG)  
Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG

### **Aprovação**

Marlos Aureliano Dias de Sousa, chefe da DMED