

PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRA(O)S SOBRE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

PERCEPTION OF NURSES ON PATIENT ADMISSION WITH RISK RATING OF THE EMERGENCY CARE SERVICE

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE EL ACOJIMIENTO CON LA CALIFICACIÓN DE RIESGO EN EL SERVICIO DE URGENCIA

Celine Pinheiro Gordo Prudêncio¹
Rosilene Azeredo do Nascimento Monteiro¹
Bruna Cristina Martins Ribeiro¹
Mireli Silotti Mastelo Gomes²
Letycia Sardinha Peixoto Manhães³

Objetivo: conhecer a percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento e analisar as dificuldades dessa(e)s enfermeira(o)s para realizarem esse serviço. **Método:** estudo qualitativo, realizado na unidade de pronto atendimento de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, no período de setembro a dezembro de 2014, mediante aplicação de questionário, cujos dados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** a maior parte da(o)s enfermeira(o)s reconheceu a importância da classificação de risco no serviço de pronto atendimento e expôs, como limites, as dificuldades enfrentadas para o serviço de classificação de risco funcionar adequadamente, a exemplo dos problemas estruturais da unidade; enfatizaram o pouco conhecimento e informação da população e a característica repetitiva da atividade. **Conclusão:** para a(o)s enfermeira(o)s, a classificação de risco é um mecanismo indispensável para favorecer a otimização da assistência aos usuários que apresentam quadros clínicos específicos de urgência e emergência, porém não se exclui a experiência profissional e a Consulta de Enfermagem.

Descritores: Acolhimento; Classificação de Risco; Humanização da Assistência; Enfermagem.

Objective: to understand the perception of nurses on hospital admission with risk ratings of emergency care services and analyze the difficulties of these nurses in the performance of their duties. Method: a qualitative study, conducted in an emergency care unit at Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, in the period from September to December, 2014, with the application of questionnaires and data submitted to content analysis. Results: most nurses recognize the importance of risk rating in emergency care, exposing, as limits, the difficulties faced for the risk rating service to adequately succeed, such as structural issues of the unit; emphasizing the lack of knowledge and little information of the public and the repetitive nature of the activity. Conclusion: for the nurses, risk rating is an indispensable factor favoring the optimization of the care to users presenting specific emergency and urgent clinical conditions; nevertheless, it does not exclude professional experience and nursing care.

Keywords: Accommodation; Risk Rating; Humanization of Assistance; Nursing

¹ Enfermeiras. Institutos Superiores de Ensino do Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora (ISECENSA), Rio de Janeiro, Brasil. celineprudencio@hotmail.com; rosileneazeredo@hotmail.com; bruninha_ribeiro18@hotmail.com

² Enfermeira. Especialista em Gestão em Enfermagem Hospitalar da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro. Institutos Superiores de Ensino do Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora (ISECENSA), Rio de Janeiro, Brasil. mimastelo@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro. Coordenadora de Graduação em Enfermagem da Faculdade São Fidélis. Rio de Janeiro, Brasil. letyciasardinha@gmail.com

Objetivo: conocer la percepción de enfermera(o)s sobre el acogimiento con calificación de riesgo del servicio de atención de urgencia y analizar las dificultades de esta(o)s enfermera(o)s para realizar ese servicio. Metodología: estudio cualitativo, realizado en la unidad de urgencia de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, en el periodo de septiembre a diciembre de 2014, mediante un cuestionario cuyos datos fueron sometidos a análisis de contenido. Resultados: la mayoría de la(o)s enfermera(o)s reconoció la importancia de la calificación de riesgo en el servicio de atención de urgencia y exponen, como límites, las dificultades enfrentadas para el servicio de clasificación de riesgo funcionar correctamente, como, por ejemplo, los problemas estructurales de la unidad; con énfasis para la falta de conocimiento y de información de la población y naturaleza repetitiva de la actividad. Conclusión: para la(o)s enfermera(o)s, la clasificación de riesgo es un mecanismo indispensable para favorecer a la optimización de la asistencia a los usuarios que presentan cuadros clínicos específicos de urgencia y emergencia, pero no se excluye la experiencia profesional y la Consulta de Enfermería.

Descritores: Acogimiento; Calificación de Riesgo; Humanización de la Atención; Enfermería.

Introdução

A assistência às urgências acontece em unidades voltadas para atender este fim, conhecidas como prontos-socorros ou pronto atendimento. Independente da condição estrutural desse ambiente, elas funcionam como “porta de entrada” do sistema público de saúde⁽¹⁾. Nessas unidades, as demandas misturam-se, e acontece não só o atendimento de pacientes que apresentem quadro clínico específico de urgências, como também de todos os usuários que não tiveram suas queixas resolvidas na atenção primária. Este atendimento ocorre sem nenhum critério de atendimento, além do horário de chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos agravem-se na fila pelo não atendimento no tempo adequado, ocorrendo até a morte de pessoas⁽²⁾.

No ano de 2002, pela Portaria n. 2.048, o Ministério da Saúde propôs a implantação, nas unidades de urgências, do acolhimento e da triagem classificatória de risco. Posteriormente, em 2004, a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), HumanizaSUS, trouxe como princípios norteadores a valorização do sujeito e o fortalecimento da relação usuário/trabalhador⁽³⁾. Tal política consiste em um conjunto de propostas que têm como finalidade a produção da saúde populacional. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos participantes, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde⁽²⁾.

O HumanizaSUS sugere a implantação de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) nos serviços de saúde de emergências. Com esse instrumento, busca-se acolher e atender a demanda de acordo com a avaliação de risco, além de garantir acesso referenciado aos demais níveis de assistência, gerando redução na fila e no tempo de espera⁽⁴⁾.

A(o) Enfermeira(o) realiza entrevista, exame físico sucinto, verificação dos dados vitais e, eventualmente, algum exame complementar. Após verificação desses parâmetros, classifica o usuário conforme o quadro clínico apresentado, encaminhando-o para o atendimento adequado. Todavia, esses profissionais que atuam nos serviços de pronto atendimento enfrentam, muitas vezes, em seu ambiente de trabalho, uma superlotação, que dificulta o desempenho de suas atividades de forma efetiva, ficando impossibilitado de avaliar os seus processos de trabalho e intervir para transformá-los⁽¹⁾.

Vale ressaltar a necessidade de um ambiente adequado para que ocorra o AACR. A proposta do Ministério da Saúde sugere que a composição espacial deve ser dividida por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. São sugeridos no mínimo dois eixos: o vermelho e o azul. No primeiro, estará contida a área vermelha, amarela e verde, e serão atendidos os pacientes que apresentem risco de morte. No eixo azul, o arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do usuário e a classificação do

grau de risco, voltado para atender aos pacientes aparentemente não graves, mas que necessitam ou procuram o atendimento de urgência. Devem existir, no mínimo, três planos de atendimento, sendo importante que apresentem fluxos claros, informações e sinalização⁽²⁾.

Justifica-se a realização desta pesquisa pela importância da(o) enfermeira(o) para a implementação do acolhimento e da classificação de risco em unidades de pronto atendimento, tendo em vista a Política do HumanizaSUS, que especifica o profissional de enfermagem de nível superior para realizar tal atividade. É de fundamental significância que a(o) enfermeira(o) domine as políticas e os protocolos propostos pelo Ministério da Saúde e compartilhe o conhecimento e a informação acerca dessa política com os usuários do serviço. Para isso, será necessário que compreenda seu papel e sua atuação dentro do acolhimento e da classificação de risco.

Outro fator que justifica a necessidade de produção do conhecimento acerca do tema é a carência de publicações, no Brasil, referentes à atuação da(o) enfermeira(o) na implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços Hospitalares de Emergência, como afirmam alguns estudos⁽³⁾.

Tem-se como objeto de estudo a percepção da(o)s enfermeira(o)s sobre o acolhimento com classificação de risco. As questões que nortearam o estudo foram: Qual é a percepção da(o)s enfermeira(o)s sobre o acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento? De que maneira se dá a atuação da(o)s enfermeira(o)s na classificação de risco no intuito de acolher o usuário em unidade de pronto atendimento? Existem dificuldades enfrentadas por essa(e)s enfermeira(o)s para realizarem o serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)?

O presente estudo teve como objetivos conhecer a percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento e analisar as dificuldades dessa(e)s enfermeira(o)s para realizarem esse serviço.

Método

Pesquisa de campo com abordagem qualitativa, de natureza descritivo-exploratória. O referencial teórico do estudo pautou-se na reflexão sobre a pesquisa social, que busca compreender as organizações sociais, a construção da realidade, a compreensão do mundo, das coisas, dos fenômenos, dos processos e das relações⁽⁵⁾. O estatuto de ciência é atribuído ao campo social, onde os seres humanos são agentes de uma realidade e assim se consideram a subjetividade e os processos sociais.

Neste estudo, o processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s em um serviço de pronto atendimento é considerado uma prática profissional advinda de uma organização social que se utiliza de objetos sociais no trabalho. Do mesmo modo, o relacionamento com os usuários do serviço e suas demandas de saúde articulam-se com a realidade social de todos os agentes, individuais e coletivos, e também de todos os fatores envolvidos no acolhimento e na classificação de risco.

A pesquisa desenvolveu-se numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Campos dos Goytacazes, no estado do Rio de Janeiro, que já implantou o Acolhimento e Classificação de Risco. A unidade de saúde onde a pesquisa foi desenvolvida fica localizada no município de Campos dos Goytacazes, que enfrenta dificuldades relacionadas ao atendimento na atenção primária à saúde, entre elas um número reduzido de Unidades com Estratégia Saúde da Família. Atualmente, estão em pleno funcionamento nessa modalidade 24 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) para um município de população estimada de 483.970 habitantes, para 2015, que vem tentando reestruturar-se desde maio de 2014⁽⁶⁾.

Os participantes da pesquisa foram 21 enfermeira(o)s que trabalham em regime de escala de 24 horas semanais. Essa(e)s foram escolhida(o)s por serem profissionais que atuam no setor de Acolhimento e Classificação de Risco, com a responsabilidade de triar todos os usuários que procuram atendimento na unidade.

Foram excluídos da pesquisa a(o)s enfermeira(o)s que não atuavam na classificação de risco, os profissionais que não se encontravam em pleno exercício das suas funções (licença médica/férias), e ainda aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu mediante aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas. Inicialmente, houve um período de ambientação, no cenário do estudo, com as participantes, com duração de duas semanas de contato com o pesquisador para, posteriormente, propor-se o questionário individual.

O instrumento foi apresentado a cada participante de forma reservada, e cada um pôde responder sem um tempo estabelecido para devolução. Enquanto isso, o pesquisador permaneceu no local, aguardando a entrega do questionário respondido. As perguntas versaram sobre dados de caracterização dos participantes; como se deu a implantação do serviço de ACCR naquela unidade; se houve treinamento; se sentiam-se preparadas e satisfeitas para a execução dessa tarefa; como avaliavam sua própria atuação; que dificuldades apontavam e quais seriam as medidas necessárias para saná-las; se utilizavam um protocolo institucional; e se a infraestrutura era adequada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISECENSA sob o número da CCAE 3275714300005524 e número de parecer de aprovação 353339. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Seus depoimentos, neste texto, foram identificados com a letra "E" seguida de um número indicador da ordem em que foi respondido o questionário.

Obteve-se um número significativo de questionários respondidos, na grande maioria com respostas discursivas. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin. De acordo com essa orientação, o material coletado foi organizado em três polos cronológicos: pré-análise, exploração ou análise do material e tratamento dos resultados⁽⁷⁾.

Resultados

Em relação ao sexo, 14 profissionais atuantes no ACCR eram do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Considerando a faixa etária, 10 estavam entre 31 a 40 anos, 8 entre 20 a 30 anos de idade e 3 na faixa etária de 41 a 60 anos. O tempo de conclusão da graduação variou entre 2 e 17 anos. Dentre os 21 profissionais, 16 possuíam pós-graduação.

Quando o questionamento referiu-se à atuação em ACCR em outras unidades de serviço, 11 respondentes já haviam atuado no mesmo setor em outras organizações de saúde. O tempo de atuação na unidade de saúde ficou distribuído de maneira uniforme: 11 profissionais atuam em um período de meses a três anos e 10 entre quatro e seis anos. Alguns, desde que a unidade foi inaugurada.

A análise dos dados possibilitou a identificação dos núcleos temáticos, dos quais emergiram duas categorias que permitiram conhecer a percepção de enfermeira(o)s acerca da atuação no ACCR, assim como a percepção de enfermeira(o)s acerca dos desafios e dificuldades no ACCR. Pôde-se também analisar os desafios do ACCR e apresentar os fatores contribuintes para as dificuldades de atuar nesse serviço.

Percepção de enfermeira(o)s acerca da atuação no Acolhimento com Classificação de Risco

Os discursos oriundos dos questionários mostraram que, em relação à questão da satisfação profissional enquanto enfermeira(o) atuante no ACCR, pouco menos da metade dela(e)s sentiam-se satisfeita(o)s em estarem atuando nesse setor e consideraram-se capazes de contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário, conforme relatos a seguir:

Me sinto satisfeito, pois, enquanto enfermeiro, me sinto próximo ao paciente, realizando um atendimento de qualidade. (E1).

Na classificação de risco, temos a oportunidade de contribuir para a eficácia do sistema. Sendo assim,

bá uma melhoria na qualidade da assistência e suprimimento das necessidades do paciente. (E17).

Muito satisfeito, por ter a oportunidade de avaliar o cliente. (E18).

Entretanto, o estudo evidenciou que algumas(uns) da(o)s enfermeira(o)s encontravam dificuldades para desenvolver seu trabalho no referido local, alegando tratar-se de uma atividade estressante e cansativa. Queixaram-se ainda da falta de valorização do seu trabalho por parte de outras categorias profissionais e até dos pacientes, conforme relatos a seguir:

Ainda falta reconhecimento por parte das outras categorias e dos próprios pacientes. (E10).

Respeito e compreendo a necessidade desse setor, no entanto não sou plenamente satisfeito trabalhando nele. Tenho vocação para cuidar de pacientes graves. (E13).

Raras as vezes que tenho satisfação. Lidar com o público é muito difícil e, muitas vezes, eles não entendem o que significa risco. (E19).

A importância da consulta de enfermagem na implantação do ACCR foi outra temática levantada no questionário, sendo unânime a resposta dos participantes da pesquisa. Todos consideraram fundamental a utilização desse instrumento, pois possibilita fazer uma triagem das urgências e emergências, dando prioridade, de forma correta, garantindo a manutenção da qualidade no atendimento, da avaliação da história do paciente e da elaboração do diagnóstico de enfermagem. Tal importância é ressaltada nas falas dos entrevistados a seguir:

Através da consulta de enfermagem é possível identificar os sinais de riscos e gravidade no paciente para priorizar o atendimento. (E10).

Importante, pois fazemos o diagnóstico de enfermagem nesse momento e direcionamos o foco nas necessidades dos pacientes. (E13).

A(O) enfermeira(o) do acolhimento deve apresentar algumas habilidades fundamentais, como: avaliação, conhecimento e senso crítico.

Esta última característica desenvolve-se com experiência, sensibilidade e uso da observação. A experiência mobiliza os conhecimentos teóricos e práticos da(o)s enfermeira(o)s e contribui para o aguçamento de competências nesse processo de trabalho.

Questionou-se a respeito de como se enxergavam naquele setor, se consideravam-se capazes de transformar a realidade do usuário. Os discursos mostraram que tais profissionais entendiam que eram capazes de atuar com um olhar crítico, buscando atender as necessidades das pessoas que procuravam a unidade, gerando, assim, uma assistência de qualidade.

Atuo com olhar atento a cada necessidade. Não tenho dúvida da atenção e empenho dado. (E13).

Defino como uma ação de extrema importância, pois é possível avaliar melhor o estado do cliente seja em seu aspecto físico e/ou emocional. (E11).

Em relação à utilização de protocolos pré-estabelecidos no ACCR, a maioria da(o)s enfermeira(o)s está de acordo em utilizar um protocolo para padronizar e sistematizar os procedimentos no ACCR. Entretanto, ao serem questionada(o)s sobre a validade dos protocolos, uma minoria considerou sua utilização de forma isolada do contexto da situação real em que estão participando. Muita(o)s enfermeira(o)s, contrária(o)s a essa ideia, afirmam que, além do protocolo, é necessário o olhar clínico do profissional. Podemos confirmar essas informações em algumas falas:

É útil em parte, pois, como também serve de respaldo, também atrapalha o atendimento, pelo fato de ter tanta burocracia, papelada. (E11).

Protocolos são importantes para nortear o profissional, criar um padrão e melhorar a assistência. Não impede de nos aprofundarmos quando necessário. (E17).

É uma maneira de universalizar, porém, muitas vezes, a experiência também ajuda. (E19).

Nesse cenário, os participantes consideraram que o instrumento é uma ferramenta complementar, que não excluiria a importância da

consulta de enfermagem. Também reconheceram que, por meio do seu uso, seria possível oferecer atendimento imediato aos usuários com risco de vida.

Compreende-se que todos os instrumentos utilizados na busca de gerar uma melhoria na qualidade do atendimento são válidos, pois auxiliam na tomada de decisão da(o) enfermeira(o) e buscam uma assistência uniformizada. Lembra-se que todo paciente é único e a sua individualidade deve ser respeitada em todos os aspectos.

Percepção de enfermeira(o)s acerca dos desafios e das dificuldades no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco

Nesta categoria foram apontados os desafios enfrentados pela(o)s enfermeira(o)s que atuavam na classificação de risco, apontando as principais dificuldades para a manutenção da implementação dessa modalidade de acolhimento na referida unidade.

A mudança na lógica de atendimento foi citada pela(o)s enfermeira(o)s como a principal dificuldade na implantação da classificação de risco na UPA, como pode ser confirmado nos relatos a seguir:

As dificuldades que percebo é na aceitação dos usuários da unidade no sentido da priorização do atendimento ao usuário com maior risco. (E1).

Dificuldade da população de aceitar o critério de prioridade e não ordem de chegada. (E6).

Muitas vezes não entendem o que é classificação de risco, pensam sempre que é por ordem de chegada e fazem escândalos. (E8).

Observa-se a necessidade de os municípios investirem na atenção primária, pois a deficiência nesse nível de atenção gera um aumento na quantidade de atendimentos dos prontos atendimentos e acaba por dificultar a humanização do cuidado nesses setores, assim como a aceitação do usuário.

Os profissionais inseridos no ACCR enfrentam conflitos diários. Atuam em ambientes lotados, com recursos humanos, tecnológicos ou

estrutura física por vezes inadequadas, e com difícil comunicação com a atenção básica do município. Tais dificuldades são expressadas pelas enfermeira(o)s nos seguintes relatos:

Dificuldade de ficar 24 h em uma cadeira dura, classificando. (E11).

Aparelhos para sinais vitais mais eficazes. (E12).

Mais médicos atendendo, para diminuir a fila e as reclamações. (E13).

Tempo de espera, falta de atenção básica. (E16).

Alguns fatores constituem-se em desafios, a exemplo do déficit em relação aos recursos materiais. O prontuário eletrônico na unidade necessita do uso de computadores, mas esses equipamentos constantemente apresentam defeitos, favorecendo a superlotação da unidade. Em relação à verificação dos sinais vitais, especificamente a pressão arterial, também se verificam dificuldades, pois o número de esfigmomanômetros é insuficiente.

Percebe-se que existem diversos limites na implantação desse instrumento de reorganização do atendimento e é preciso que todos sejam considerados e discutidos, a fim de que propostas de atendimento dos usuários em sua singularidade sejam formuladas e soluções colocadas em prática.

Discussão

A classificação de risco, aplicada na maioria das emergências do Brasil e do mundo, como uma tentativa de reorganizar o atendimento, é quase sempre realizada por enfermeira(o)s, após treinamento específico⁽⁸⁾. Em países como Inglaterra, Canadá, Austrália e Portugal são também considerados os profissionais mais adequados para a execução de tal atividade⁽⁹⁾. A atuação desses profissionais justifica-se pelo fato de, nesse momento, não ser levantado diagnóstico médico, e sim identificados sinais e sintomas que permitem atribuir ao usuário não apenas um grau de prioridade clínica, como também o tempo máximo de espera recomendado⁽⁸⁾.

A(o) enfermeira(o) é um agente transformador da realidade do paciente. Ela(e) busca ouvir queixas e trabalha com o propósito de levantar todas as necessidades do indivíduo, desde físicas até sociais. A avaliação é realizada no momento da consulta de enfermagem, na triagem, após escuta qualificada, anamnese e exame físico, quando é decidida a conduta adequada para o usuário.

Faz-se necessário refletir sobre a satisfação com o trabalho no acolhimento de usuários com demandas heterogêneas e diferentes graus de assistência. A satisfação com o trabalho envolve um conjunto de sentimentos favoráveis que os indivíduos apresentam em relação ao que fazem e está relacionada a diversos elementos, tais como: reconhecimento, respeito, ambiente e condições de trabalho. Assim, quanto mais satisfeito se sentir em seu ambiente de trabalho, maior será o seu empenho para a prestação de uma assistência de qualidade⁽¹⁰⁾. Já a insatisfação com o trabalho também está relacionada à expectativa que o profissional cria ao começar a atuar em determinado setor e, com o passar do tempo, não consegue ver a sua concretização⁽¹⁰⁾.

Na Classificação de Risco não existe integração entre os diversos serviços da organização para a resolutividade da necessidade de saúde do usuário no menor tempo possível⁽¹⁾. Para o funcionamento adequado do ACCR é necessário que não seja aplicado de forma isolada, mas de forma integrada, multidisciplinar e comprometida com as respostas às demandas dos pacientes.

A eficiência do trabalho realizado pela(o) enfermeira(o) gera, para os demais trabalhadores, um ambiente de trabalho menos estressante; para o usuário, a tranquilidade de uma priorização pautada em conhecimento científico, e ainda uma atenção humanizada que é característica própria da profissão⁽¹¹⁾. A enfermagem pautada no atendimento humanizado pode basear sua assistência no ACCR em protocolos organizacionais que levem em consideração a cartilha do HumanizaSUS do Ministério da Saúde.

Os principais fatores que dificultam a realização da classificação de risco de forma humanizada são: estrutura física inadequada, falta

de materiais adequados, número insuficiente de recursos humanos, dificuldade na capacitação profissional e falta de entendimento político a respeito da classificação de risco⁽¹²⁾.

Os achados desta pesquisa estão de acordo com estudo desenvolvido no Maranhão, no qual se afirma que a classificação de risco deve ser realizada mediante protocolos pré-estabelecidos, usando processo de escuta qualificada e capacidade de julgamento crítico, além de experiência da(o) enfermeira(o)⁽¹³⁾. Esses protocolos funcionam como ferramentas de auxílio e suporte para a tomada de decisão da(o) enfermeira(o) na classificação de risco do usuário. Por isso, tais profissionais precisam identificar e diferenciar aquelas pessoas que não podem esperar por atendimento médico daquelas que podem, influenciando, assim, a dinâmica do serviço de urgência⁽¹⁴⁾.

Estudo realizado em Porto Alegre sobre a avaliação do protocolo de Manchester na classificação de risco, em um hospital público, acerca da opinião da(o)s enfermeira(o)s sobre o protocolo pré-estabelecido utilizado na unidade, verificou que é seguro e permite a identificação rápida de usuários com maior gravidade no momento da realização da triagem⁽¹⁵⁾.

Os protocolos de classificação de risco sistematizam a avaliação e respaldam legalmente as condutas da(o) enfermeira(o). Configuram-se como ferramentas importantes do processo, mas não suficientes, pois não são capazes de atingir os aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais, fatores indispensáveis para que ocorra a efetiva avaliação do risco de cada pessoa que procura os serviços de urgência⁽¹⁶⁾.

A recomendação é que sejam utilizados protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, pois apresentam maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado real do paciente. Dentre os mais usados mundialmente, tem-se: *Emergency Severity Index* (ESI), *Australasian Triage Scale* (ATS), *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS®), e *Manchester Triage System* – Protocolo de Manchester⁽¹⁷⁾.

O protocolo pode subsidiar o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, de forma sistematizada e organizada no acolhimento

emergencial às vítimas, com segurança e qualidade, garantindo agilidade e integralidade do atendimento. Como não existe instrumento de mensuração infalível, fatores situacionais e ambientais, tendenciosidade nas respostas, fatores pessoais e alterações no método de coleta de dados podem contribuir para erros de mensuração⁽¹⁸⁾.

A PNH resultou em mudanças significativas nos serviços de emergências, nos quais formas de conduta foram alteradas. O médico deixou de ser o centro da produção de saúde e também o atendimento, antes por ordem de chegada, passou a ocorrer por ordem de gravidade⁽¹⁹⁾.

Com a implantação do ACCR buscou-se dar o destino correto a essa clientela, porém os usuários com poucos recursos disponíveis na atenção básica acabam buscando esses serviços para atender suas necessidades. Assim, a inadequada ou inexistente referência e contrarreferência, o desconhecimento dos usuários sobre a oferta dos serviços de saúde ou o uso inadequado desses serviços fazem com que tal dispositivo torne-se ineficiente, já que a assistência prestada àqueles classificados como menos graves torna-se superficial^(1,19).

Estudo realizado na mesma localidade deste estudo desvelou que os participantes que buscavam assistência nas unidades básicas de saúde não encontravam médicos ou então o tempo de espera pelo atendimento era muito prolongado, levando até meses. Assim sendo, a falta de atenção básica adequada revela-se um grande problema, pois tal assistência insuficiente gera transtornos nos serviços de emergência⁽²⁰⁾.

Autores afirmam que as dificuldades para a execução da atividade de acolhimento e classificação estão associadas ao sentimento de insegurança, relativo às mudanças do estado clínico do usuário que aguarda atendimento e às tensões provenientes de atos hostis de usuários, quando não concordam com a classificação efetuada pela(o) enfermeira(o)⁽¹⁴⁾. Este fato revela que o serviço requer capacitação específica e exige do profissional raciocínio crítico e reflexivo, além de capacidade de tomar decisões imediatas. Assim, o caminho para superar o modelo atual

de atenção nos serviços de emergência deverá ser sistêmico e ter o usuário como foco, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho⁽²¹⁾.

O acolhimento com avaliação e classificação de risco é visto como “luz” para as dificuldades e os problemas enfrentados nos serviços de urgência e emergência e possibilitam a reflexão profissional sobre as ações⁽²²⁾, gerando novas alternativas e possibilidades na prática da(o) enfermeira(o), colaborando para uma melhoria da qualidade da assistência aos usuários.

Considerações Finais

A(o) enfermeira(o) é a(o) profissional adequada(o) para atuar na classificação de risco, por possuir conhecimentos para a definição da prioridade de atendimento. O processo de trabalho pode ser favorecido se essa metodologia de acolhimento do usuário em unidades de pronto atendimento for implementada em sua totalidade.

A percepção da(o)s enfermeira(o)s evidenciou fatores associados às suas atuações no ACCR, que podem contribuir de forma positiva ou negativa para suas ações, tais como: motivação com o atendimento realizado, satisfação ou insatisfação com o processo de trabalho, infraestrutura da unidade, estratégias de disseminação de informação para a população atendida e uso de protocolo específico, sem perder o olhar holístico que o acolhimento convida a ter.

O uso de um protocolo para o atendimento no pronto atendimento com base no ACCR aparece de forma necessária, porém avaliado como uma ferramenta de apoio à sistematização da atuação da(o) enfermeira(o), tendo em vista que as singularidades dos usuários, a experiência de trabalho da(o)s enfermeira(o)s e o grau de informação da população podem interferir nesse protocolo e, por vezes, necessitarão de adequações ou mudanças.

Conclui-se que a classificação de risco é um mecanismo indispensável para favorecer a otimização da assistência aos usuários que apresentam

quadros clínicos específicos de urgência e emergência, porém não se exclui a experiência profissional e a Consulta de Enfermagem. São necessárias estratégias de informação eficazes para a população, para que procure assistência nas unidades compatíveis com suas demandas, evitando, assim, a superlotação dos prontos atendimentos. Ao mesmo tempo, deve-se investir na qualificação contínua dos profissionais responsáveis pela realização desta ferramenta, aumentando a eficácia do serviço.

Como limitações ressalta-se que o estudo trabalhou com dados subjetivos ao contexto das participantes e também que o município em questão, momentaneamente, não tem cobertura adequada pela Estratégia Saúde da Família. Com isso, as demandas do pronto atendimento podem ultrapassar o esperado, o que interfere na quantidade de usuários e na forma de a(o)s enfermeira(o)s realizarem o acolhimento com classificação de risco, em razão da sobrecarga de trabalho. Assim, a percepção dessa(e)s enfermeira(o)s sobre o acolhimento com classificação de risco pode ser influenciada. Entretanto, a pesquisa demonstra a realidade das dificuldades enfrentadas por esses profissionais, e sugere-se que mais estudos possam ser realizados na área temática proposta, para correlacionar com mais serviços, diferentes realidades e peculiaridades de outros cenários.

Referências

1. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Acolhimento com Classificação de Risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2011 out/dez [citado 2014 mar 30];13(4):597-603. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília; 2009.
3. Bellucci Júnior JÁ, Matsuda LM. Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. *Ciênc cuid saúde* [Internet] 2012 abr/jun [citado 2014 mar 20]; 11(2):396-401. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14922/pdf>
4. Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADD. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2011 out/dez [citado 2014 mar 20];13(4):648-56. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a08.htm>
5. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
6. Ministério do Planejamento (BR), Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem populacional. Brasília; 2015. [citado 2015 nov 20]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330100>
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Parecer Técnico n. 136/2011. [citado 2015 mar 13]. Disponível em: www.corenmg.gov.br/anexos/Parecer%20Técnico%20136.2011.pdf
9. Oliveira RF, Silva MA, Costa ACJ. Classificação de risco pela enfermeira: uma revisão de literatura. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2012 jan/abr [citado 2015 jul 24];26(1):409-22. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5464>
10. Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2010 [citado 2015 mar 10];12(2):252-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7006>
11. Abadia LE. Atuação do enfermeiro na classificação de risco em serviço de urgência e emergência [trabalho de conclusão de curso]. Goiânia (GO): Faculdade Delta; 2012.
12. Lima Neto AV, Nunes VMA, Fernandes RL, Barbosa IML, Carvalho GRP. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. *Rev enferm UFSM* [Internet]. 2013 maio/ago [citado 2015 maio 15];3(2):276-86. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8279/pdf>
13. Prefeitura de São Luiz do Maranhão. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Acolhimento

- com Classificação de Risco. Política Municipal de Humanização – PMH. São Luís; 2010. [citado 2014 mar 15]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf
14. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev gaúcha enferm* [Internet]. 2012 dec [citado 2014 mar 20];33(4):181-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-4472012000400023&lng=en
 15. Bohn MLS. Classificação de risco Manchester: opinião dos enfermeiros do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense do Rio Grande do Sul; 2013.
 16. Lopes JB. Enfermeiro na Classificação de Risco em serviços de emergência: revisão integrativa [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense do Rio Grande do Sul; 2011.
 17. Souza CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
 18. Ulbrich EM, Mantovani MF, Balduino AF, Reis BK. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o Acolhimento às vítimas. *Cogitare enferm* [Internet]. 2010 abr/jun [citado 2015 abr 14];15(2):286-92. Disponível em: ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index/cogitare/article/viewFile/17863/11655
 19. Descovi CA. A prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco em serviços de urgência e emergência [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
 20. Santos CM, Gomes MSM, Silva ATMF, Ferreira LBA, Araújo YB. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. *Perspect online: biol saúde*. [Internet]. 2014 [citado 2015 abr 16];15(4):25-49. Disponível em: http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_.../566
 21. Dal Pai D, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2011 [citado 2015 mar 16];15(3):524-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300012>
 22. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Rev adm emp* [Internet]. 1995 mar/abr [citado 2014 mar 20];35(2):57-63. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/viewFile/38183/36927>

Artigo apresentado em: 18/11/2015

Aprovado em: 9/5/2016

Versão final apresentada em: 30/5/2016