

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Ariadne Andrade Bitencourt *

Nádila Graziela Rodrigues de Oliveira *

Carina Martins da Silva Marinho **

RESUMO

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) acarretou uma grande evolução para o sistema de saúde do Brasil, porém ainda havia algumas dificuldades para propiciar acesso aos serviços de saúde à população. As unidades de emergências hospitalares e pronto-atendimentos são caracterizados como porta de entrada da população aos serviços de saúde e amargam por enfrentar a superlotação da busca nesses serviços dessas unidades. O presente estudo tem caráter qualitativo, do tipo revisão de literatura, com objetivo de descrever o papel do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na UE. Foram utilizadas pesquisas dos bancos de dados LILACS, SCIELO através do portal BIREME, REBEM e MS através do portal BVS por serem portais que utilizam critérios formais para publicação. Obteve-se um resultado de 56 artigos, destes apenas 26 foram utilizados como referência, pois atendiam ao critério de inclusão. Verificou-se a importância do enfermeiro a partir de seus conhecimentos teóricos e práticos, no ato de acolher e classificar o paciente na UE. A padronização desses protocolos de atendimento dentro do ACCR visa a resolutividade no atendimento, reduzindo o número de espera, reorganização do fluxo de atendimento e do setor ao qual está inserido todo o contexto, aumentando a chance de vida dos pacientes. E com o resultado desse estudo, tenciona-se orientar ao leitor métodos que possam ajudar a identificar os pacientes que chegam a uma UE apresentando risco iminente de morte e que o profissional ao realizar a identificação permita que a equipe dê-lhe o suporte adequado à manutenção da vida.

Palavras Chave: Emergência. Enfermagem na Unidade de Emergência. Acolhimento com Classificação. Humanização na Assistência. Acolhimento.

*Graduandos do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio/FIB, Email: ariadne_bitencourt12@hotmail.com.

**Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Terapia Intensiva. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá Bahia. E-mail: carinamarinho@uol.com.br

1 INTRODUÇÃO

A unidade de emergência (UE) é o conjunto de elementos que norteia quanto ao atendimento, diagnóstico e tratamento de pacientes acometidos de mal súbito. É subdividida por locais onde são distribuídos os clientes/pacientes de acordo com a necessidade de atendimento, buscando assim remanejar todos conforme especificidade do atendimento prestado. Seu maior objetivo é atender as ocorrências que implicam em risco eminente de morte, exigindo tratamento médico imediato. Os profissionais que trabalham na UE devem ser experientes e capacitados para identificar e constatar uma pessoa que apresente risco de morte e o que pode esperar (SANTOS, 2008).

A enorme procura por atendimento nas UE possui inúmeras causas que podem estar associadas ao número de violência urbana, crimes ou acidentes, o crescimento desordenado da população, questões socioeconômicas, doenças cardiovasculares, ausência de leitos nos hospitais, falta de habilidade e ordem na estruturação da rede de atendimento. Todos esses fatores levam a essa procura por atendimento (BRASIL, 2009).

A intensidade do fluxo dos atendimentos que são feitos em UE indicam que a elevada quantidade de pacientes que aguardam por atendimento em filas de espera é um fator que corrobora de forma a negativa na qualidade do atendimento prestado, pois algumas ocorrências em números maiores poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade (BELLUCCI JÚNIOR, MATSUDA, 2012).

Visando a melhoria para prestar uma assistência de qualidade no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lança a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004, no cenário da UE com objetivo de reorganizar o processo de trabalho, acolher e priorizar o atendimento em casos de emergência. A PNH estatui a diretriz do Acolhimento com Classificação de Risco, onde o MS ressalta que o enfermeiro é um profissional apto para realizar esse acolhimento, pois sua formação favorece a valorização das necessidades biológicas, psicológicas e sociais dos pacientes (BRASIL, 2004a; BELLUCCI JÚNIOR, MATSUDA, 2012).

O acolhimento é a forma de executar os processos de trabalho em saúde, buscando atender as pessoas que vão à busca do serviço de saúde, ouvindo seus pedidos e adotar nesse serviço uma postura que acolha, escute e transmita as respostas das quais os usuários necessita, prestar um serviço resolutivo e com responsabilidade orientando sempre que houver necessidade o paciente e à família para a continuidade da assistência (BRASIL, 2004b).

A dinâmica para acolher deve basear-se na área física e sua adequação, dimensionamento da equipe, compatibilidade entre a oferta e a demanda das ações de saúde,

em como organiza os processos e serviços de trabalho, humanização das relações interpessoais da equipe e serviço, o ato da escuta pelo profissional induzindo a criar vínculo para a ação terapêutica (BRASIL, 2009).

A classificação de risco deve ser realizada a partir da observação pela equipe ou por explicitação do próprio usuário. Àqueles pacientes que são introduzidos à frente dos que já estão na fila de espera a um maior tempo poderá surgir com questionamentos, os quais poderão ser sanados com a divulgação do protocolo de acolhimento, para a ciência e que não se sintam prejudicados com a espera (BRASIL, 2004b).

O problema é que pessoas que estão em estado de emergência e as que estão em condições de saúde juntas num mesmo espaço físico acabam por dificultar a visualização e o estabelecimento da prioridade no atendimento, podendo ainda sobrecarregar a equipe que presta atendimento corroborando para a prática de ações mecanizadas e desprovidas de humanização (BRASIL, 2001).

Essa classificação não se trata de um diagnóstico prévio do paciente, mas sim de uma avaliação primária, diminuindo a demora em prestar atendimento às pessoas que necessitam de atendimento imediato, sendo esses protocolos utilizados na classificação de risco um instrumento que sintetiza o atendimento, considerada como uma ferramenta útil e extremamente necessária, podendo ser construídas a partir das existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, sendo adaptadas à realidade de cada serviço (BRASIL, 2009).

Os critérios para classificar será a apresentação usual da doença, sinais de alerta (choque, palidez, cutânea, febre alta, desmaio ou perda de consciência, desorientação e tipo de dor), queixa principal, sinais vitais (SSVV), escala de coma de Glasgow, doenças preexistentes, idade, dificuldade em comunicação (BRASIL, 2004a).

No Brasil, o enfermeiro passou a atuar como classificador após a cartilha de Classificação de Risco editada pelo MS em 2004, onde define que o enfermeiro é o profissional responsável em coletar os dados através da escuta dos antecedentes clínicos e sua queixa principal para avaliar o estado de saúde do paciente que procura atendimento nessa unidade, realiza o exame físico para identificar os sinais e sintomas apresentados, analisa os sinais psicológicos, físicos e de comunicação desse paciente utilizando protocolos preestabelecidos pela unidade (ACOSTA, DURO, LIMA, 2012; BRASIL, 2012).

De acordo com o presente estudo podemos notar que diante das superlotações em UE, mostra-se necessário instituir métodos que possam ajudar a identificar o estado clínico dos pacientes que procuram atendimento. A importância de ter um profissional devidamente

capacitado capaz de identificar os pacientes/clientes que apresentem risco de morte iminente, para promover a manutenção da vida e ganho de tempo para ofertar o atendimento correto.

Diante da implantação da classificação de Risco nas Unidades de Emergências surge a dúvida de quais critérios são utilizados pelos enfermeiros para identificar os pacientes que apresentam estado clínico com risco iminente de morte.

Assim este estudo tem como objetivo descrever o papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na UE.

2 METODOLOGIA

Refere-se sobre um estudo qualitativo do tipo revisão de literatura com uma abordagem proposta por Gil (2002), caracterizada por utilizar material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos. Esse tipo de estudo permite ao investigador obter uma gama de conhecimentos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2002).

Ainda de acordo com Gil (2002), como em qualquer outra modalidade de pesquisa, esta foi desenvolvida através de várias etapas. Dependentes de vários fatores, tais como o nível de conhecimento que o pesquisador possui sobre o assunto abordado e quanto à natureza do problema.

Foi utilizada a proposta de Gil (2002) na identificação, localização e obtenção das fontes, foram utilizados artigos de periódicos nacionais, referentes aos últimos 10 anos, por terem utilizados as primeiras referências com a estratégia do acolhimento. Para localização e identificação das fontes, foram utilizadas base de dados eletrônicos LILACS, SCIELO, através do portal BIREME, REBEN e MS através do portal BVS utilizando palavras chave: emergência; enfermagem na unidade de emergência; acolhimento com classificação; humanização na assistência, acolhimento.

Para a seleção das fontes foram considerados como critérios para inclusões bibliográficas que abordassem o tema definido. Inicialmente selecionaram-se 56 artigos, após leitura dos resumos, apenas 26 foi utilizados para a pesquisa, pois apenas os referidos 26 continha informações sobre o tema, o período de levantamento de coleta bibliográfica foi desde janeiro 2013 até outubro de 2013. Foi feito uma leitura de caráter exploratório com o objetivo de se ter uma visão global das obras selecionadas, bem como sua utilidade para a pesquisa e para selecionar de forma efetiva o material que integrou a pesquisa. Após,

realizou-se uma leitura seletiva com finalidade de determinar o material que de fato compôs a pesquisa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O serviço de emergência

A emergência é a ocorrência de agravo à saúde que necessita de uma ação médica imediata por tratar-se de risco iminente de morte, enquanto a urgência é a identificação dos casos em que existe risco à vida, porém com uma exigência de assistência a saúde de forma menos imediata (ZANELATTO, PAI, 2010).

A lei orgânica de saúde, federal, nº. 8.080 de setembro de 1990 determinam de que forma o Sistema Único de Saúde – SUS deve se organizar em acordo com a constituição de 1988, pois após a criação do SUS o conceito de que saúde é a ausência de doença passa a ser ampliadas para a oferta de qualidade de vida para a população, condições de alimentação adequada, transporte, lazer, saneamento básico e não apenas a cura de doenças (BRASIL, 2000).

Tido como uma das maiores conquistas sociais propostas pela constituição de 1988, o SUS e seus princípios que apontam para a democracia das ações e serviços que deixam de ser limitados a pessoas com vínculos formais de trabalho, ou seja, carteira assinada, passando a ser universal (BRASIL, 2000).

As UEs vêm demonstrando na última década, que está sendo o local de primeira escolha, pelo qual a população está buscando para sanar suas necessidades de saúde, esses serviços são procurados por ofertar atendimento médico e ações terapêuticas em das equipes multiprofissionais e pela disponibilidade do serviço, já que funcionam 24 horas por dia, assim esse paciente/cliente que se encaminha a essa unidade encontrará a avaliação da qual necessita com exames realizados para servir como fins diagnósticos, representando para essa população uma solução paliativa para atender às necessidades (LUDWIG, BONILHA, 2003).

Tornando-se a porta de entrada para o SUS, as UEs encontram embasamento no princípio da Universalidade onde todos os cidadãos têm direito a saúde através dos serviços estatais, ou seja, pela União, Distrito Federal, Estadual e Municipal. Com essas mudanças que ocorreram no sistema de saúde nas décadas passadas, hoje a população brasileira possui direito legal ao cuidado da saúde sem ter custos, possuindo vínculo empregatício ou não, para que isto acontecesse, nosso sistema de saúde passou por inúmeras mudanças na década de 80

SUS foi criado e implantado para que o artigo 196 da constituição brasileira fosse garantido (LUDWIG, BONILHA, 2003).

A busca indevida pelos serviços de emergência mobiliza desnecessariamente recursos humanos e materiais especializados, reforça a desvalorização da ação preventiva e soluciona, paliativamente, os problemas de saúde da população, acarretando um agravamento tanto das condições de trabalho nestes serviços como da qualidade de atenção prestada (SHIROMA, PIRES, 2011).

De acordo com Marques e Lima (2007), são diversos os fatores que influenciam a superlotação nas UEs no Brasil, dentre algumas podem ser citadas a ausência de definições de políticas, o baixo índice de resolução e a qualidade dos serviços de saúde fazem com que a população concentre a busca por atendimento em lugares onde possam ter maior chance em serem atendidos, ou seja, locais que possam prestar o serviço de forma mais ágil e que possuam recursos como pronto-atendimento e unidade de emergência hospitalar.

Diante desse contexto, Santos et al., (2003) destaca que a superlotação de usuários nas UEs e nos PAs é um episódio bastante conhecido dos gestores e profissionais de saúde, assim como dos próprios usuários do serviço de saúde e toda a população.

O número expressivo de atendimentos que ultrapassa a previsão de leitos que estão disponíveis fica evidenciado mediante as macas extras que estão nos corredores, modificando a planta física da UE tornando-a inadequada para os usuários dos serviços de saúde, pois estes ficam sujeitos as condições insatisfatórias por terem sido acomodados em locais onde circulam pessoas, profissionais da unidade, presença constante de ruídos e luminosidade, o que acaba por dificultar o processo de trabalho da equipe multiprofissional de saúde. Para a equipe de enfermagem em especial, pois se tornam inadequadas essas condições para trabalho, refletindo na necessidade de um maior deslocamento para prestar à assistência, já que os corredores não foram planejados para alojar pacientes e ou realizar procedimentos (OHARA, MELO, LAUS, 2010).

Segundo Marques e Lima (2007), a população que procura assistência nas UEs e nos PAs com o objetivo de sanar a sua necessidade sendo ela urgente ou não, é manifestada principalmente pela queixa principal a qual se torna a porta de entrada desse usuário para receber o atendimento.

Um cenário que acarreta a insatisfação dos usuários que utilizam os serviços de saúde é o ato de não serem atendidos por médicos imediatamente ao chegarem numa UE, mesmo que não seja preciso essa consulta nesse primeiro momento, pois as pessoas que vão à busca de atendimento não querem apenas sanar seus problemas como também realizar essa primeira

consulta, expressando assim um sentimento de insatisfação e injustiça ao serem recebidos por outro profissional de saúde. Todo esse sentimento gerado demonstra como a cultura onde o atendimento centrado apenas no médico ainda prevalece, o que torna um obstáculo a ser vencido para que haja eficácia no cumprimento das implantações das políticas públicas (SOUZA et al., 2008).

Em julho de 2011, foi reformulada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), sendo constituída por diversos serviços de saúde, entre estes estão inserido o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS), hospitais e sala de estabilização (SE) tendo por finalidade articular e interagir com todos os meios de saúde para aumentar a capilaridade e qualificar o acesso à saúde de forma humanizada, sendo o ACCR a base desse processo (NASCIMENTO et al., 2011).

Para Nascimento et al., (2011) a falta efetiva da PNAU, ou seja, o inapropriado e inexistente processo de referência e contra-referência em todas as instâncias juntamente com a falta de conhecimento por parte da população sobre as ofertas de saúde e a utilização inadequada dos mesmos, faz com que o ACCR se torne inútil em alguns ângulos, já que o atendimento prestado aos pacientes classificados com menor gravidade torna-se pouco evidente.

Através da campanha Humaniza SUS o MS enfatiza que saúde é um direito de todos os cidadãos, por outro lado visualiza-se que ainda há déficit no atual sistema de saúde com a falta de profissionais qualificados e adequação de estrutura física nas Unidades Básicas de Saúde para ofertar à população uma assistência de qualidade (BRASIL, 2004c).

De acordo com a Portaria GM 2.048 de 2002 do MS, que se refere aos serviços de urgência e emergência institui vários parâmetros para serem adotados que visam organizar o atendimento, capacitação necessária dos profissionais para realizarem os diversos serviços que fazem parte do atendimento à emergência, definição dos fluxos e suas responsabilidades (BRASIL, 2002b).

De acordo com as Normas de Planejamento e Programação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicadas na RDC N°50 e na legislação edílica do local onde a unidade será implantada é desejável que a equipe de saúde que irá atuar esteja presente na definição de seu programa funcional, mesmo sendo o arquiteto o profissional responsável em criar o programa arquitetônico, o qual irá dimensionar para atender de acordo o perfil de clientela, devendo ter flexibilidade arquitetônica (BRASIL, 2004c).

Garlet et al., (2009) ressalta que, é perceptível nas UEs do Brasil onde há um déficit nas estruturas físicas, na tecnologia utilizada, escassez de equipamentos, recursos humanos delimitados, capacitação insuficiente para realizar o trabalho, atendimento pré-hospitalar com cobertura muito baixa, quantidade de unidades de PA e de retaguarda para a transferência de pacientes ainda insuficientes para atender a grande demanda.

A reinvenção dos espaços físicos das UE quando orientadas pelas diretrizes do acolhimento e da ambiência nos impõe alguns desafios tanto conceituais quanto metodológicos, um desses é trabalhar essa reinvenção de modo que contribua para a produção de saúde. É uma compreensão que aposta na composição de saberes para a co-produção dos espaços físicos, pois o espaço é um território onde se habita, se vivencia, onde se convive e se relaciona. Essa produção de espaço ocorre porque há processos de trabalho, encontro de pessoas, modo de se viver e de ir reconstruindo esse espaço (BRASIL, 2009).

A RDC N°50 dispõe sobre algumas das características de que uma estrutura física da UE deverá possuir, onde esta deverá ter uma área de desembarque de ambulância e estacionamentos, acessos, recepção, sala de triagem e consulta de enfermagem, sala de serviço social ou de entrevistas, consultórios indiferenciados e diferenciados, sala de gesso e redução de fraturas, sala de suturas e curativos, sala de reidratação ou inalação, sala de administração de medicações, salas de observação, posto central de enfermagem, sala de procedimentos invasivos, sala de pequenas cirurgias, sala de emergência de politraumas (sala de parada) (BRASIL, 2004c).

Segundo Baggio, Callegaro e Erdman (2008), os profissionais que trabalham numa UE devem expressar habilidade, destreza, agilidade e ser apto para diferenciar o que será prioridade aproximando-se do paciente de forma categórica e objetiva para poder assistir ao usuário de forma consciente e resguardada.

Realizado estudo sobre os serviços de saúde na região nordeste do Brasil, onde se encontra relatos que há uma baixa adesão dos profissionais médicos na prática do acolhimento, pois esse profissional pode deparar-se com algumas dificuldades em envolver-se nessa realidade de atendimento já que esse profissional antigamente tinha sua figura voltada nos serviços de saúde de forma centralizada (SOUZA et al., 2008).

O MS tem papel fundamental em organizar e estruturar as UE, segundo dados da mesma a quantidade de pessoas que chegam a serem atendidas em UE apontam que as principais causas de mortalidade que as acometem são acidentes automobilísticos, envenenamento e violência. Essas causas chegam a superar as doenças cardiovasculares e neoplasias, diante desse quadro o MS criou mecanismos que apóiam a Implantação dos

Sistemas Estaduais de Referência hospitalar para o Atendimento de Urgência (BRASIL, 2009).

De acordo com Garlet et al; 2009, foi realizado um estudo num hospital geral de Pernambuco, onde entrevistaram profissionais da saúde e pacientes, segundo os profissionais, a unidade de emergência deveria ser um ambiente transitório, no qual o paciente deveria ser estabilizado de seu estado clínico recebendo cuidados médicos, da equipe de enfermagem. Porém a excessiva demanda de atendimentos acaba por gerar sobrecarga de trabalho na equipe ao tentar realizar múltiplas tarefas ao mesmo tempo, sem deixar de observar o paciente em estado grave. Diante desse cenário de sobrecarga da equipe, fica evidente que há a falta de um maior número de profissionais para dar conta da demanda.

Ainda segundo Garlet et al., (2009) nesse estudo fica evidenciado que 74,5% dos atendimentos que foram realizados eram por queixas que deveriam ser atendida na atenção básica, por tratar-se de casos de queixas típicas, essa demanda além de prejudicar o atendimento aos casos graves e agudos faz com que acresça trabalho para os profissionais de saúde gerando uma enorme sobrecarga de trabalho.

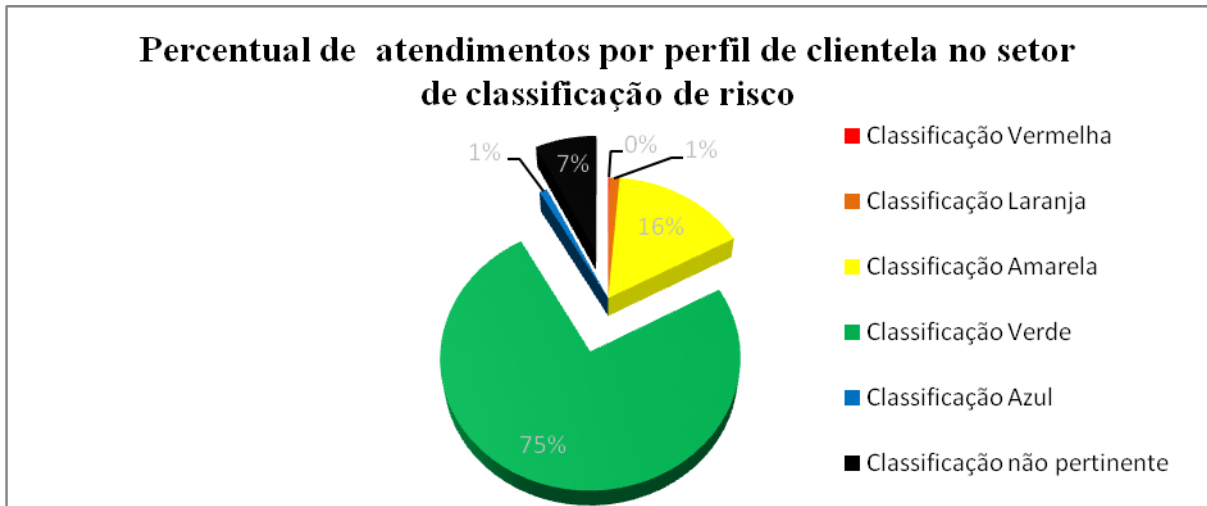
São inúmeras as causas que geram a procura por atendimento numa UE, na década de 80 as causas que levavam a morte muitos brasileiros, eram as causas externas, podendo associar-se ao aumento do número de violência, questões socioeconômicas, acidentes. Segundo pesquisas e estudos epidemiológicos, a incidência de atendimentos ao sexo masculino está relacionada a acidentes com motocicletas, variando entre 79% a 96%, pois esse público se expõe mais com um predomínio da faixa etária entre 10 e 39 anos (SANTOS et al, 2003).

A combinação do perfil epidemiológico das dominantes síndromes clínicas e cirúrgicas, constituída por lesões traumáticas e eventos cardiovasculares que decorrente de atendimento rápido e eficaz pode levar ao usuário a ter uma assistência com um bom prognóstico, por isso a necessidade de capacitação dos profissionais torna-se indispensável (BITTENCOURT, HORTALE, 2007).

De acordo com Madeira, Loureiro e Nora (2010) realizada uma pesquisa quantitativa num hospital no leste de Minas Gerais com o objetivo de observar o perfil de atendimento prestado para os pacientes adultos pela UE, com permanência máxima de 24 horas no período de maio a junho de 2009. Foi analisado um total de 10.175 atendimentos durante o período citado de acordo com as cores do protocolo de Manchester, o qual serve de base para realizar a classificação dos pacientes. Diante dos dados analisados fica evidenciado que a maioria dos

atendimentos, cerca de 75%, foi direcionada a população que não estava em situação de risco de morte. Os dados estão inseridos no gráfico abaixo de acordo a ordem da legenda.

GRÁFICO 1- Percentual de atendimentos por perfil de clientela no setor de classificação de risco.



GRAF 1. MADEIRA, LOUREIRO, NORA, 2010.

3.2 O enfermeiro na Classificação de Risco

Considerada como um dos princípios do cuidado de emergência, a triagem, como era escrito o termo antigamente, palavra que advém do francês *trier* que significa selecionar. Já o acolhimento com classificação de risco distinguiu-se da triagem e das práticas de exclusão, pois no ACCR todos os que buscam atendimento serão atendidos (BRASIL, 2004b, 2006).

O acolhimento é a conduta tecno-assistencial que implica na troca de relação profissional/usuário e todos os seus familiares por intermédio de critérios técnicos, humanitários, éticos e aceitando o usuário como indivíduo e componente ativo no processo da construção da saúde (BRASIL, 2004a, 2009).

O processo de acolhimento deve ocorrer em articulação com as várias diretrizes que foram introduzidas para melhoria dos processos de trabalho e gestão do serviço: clínica ampliada, co-gestão, ambiência, valorização do trabalho em saúde (BRASIL, 2009).

Entende-se que o acolhimento não é um espaço físico e sim uma conduta ética a qual o profissional deve adotar que não deduz hora, lugar ou profissional específico para realizá-lo, pois exige obrigatoriamente os saberes e angústias, pois quem realiza o acolhimento toma

para si o compromisso de abrigar o outro e suas necessidades, buscando sanar as queixas dessa forma é que se distingue de triagem (BRASIL, 2009).

Ciente dos problemas que geram a superlotação nas UE, o MS lança em 2004 a Cartilha Nacional de Humanização, onde consta que o acolhimento com classificação de risco é considerado um recurso de mudanças nos processos de trabalho da atenção e produção de saúde, principalmente em UE, o MS induz que essa classificação de risco seja um processo dinâmico de visualizar e identificar os usuários que necessitem de atendimento médico imediato de acordo com o critério de avaliação do quadro clínico, seus agravos à saúde e ou sofrimento (BRASIL, 2004b; Souza et al, 2011).

O acesso para atendimento em uma UE dava-se por longas filas, onde eram organizadas por ordem de chegada sem dar importância a o que levou aquele usuário a procurar atendimento. Organizadas por profissionais desprovidos de conhecimento técnico científico para identificar alguma prioridade no atendimento, pois quem tem o primeiro contato com o usuário são os funcionários da segurança os quais se quer possuem conhecimento para definir prioridade do atendimento, onde expõe ao usuário do sistema de saúde a uma seleção equivocada e adulterada onde os casos que necessitam de resolução imediata fiquem a esperar por atendimento (DESCOVI, 2009).

O ACCR vem com o objetivo de modificar a antiga realidade em que pessoas desprovidas de conhecimento realizavam a triagem dos usuários dos serviços de saúde, eram porteiros, maqueiros e recepcionistas que determinavam a ordem dos atendimentos. Através desse novo processo de atendimento, a ordem desses atendimentos será priorizada com critério clínica, hierarquizada e conforme a gravidade, realizado por um profissional devidamente capacitado onde determinará a prioridade do atendimento (BRASIL, 2008).

Com o aumento da demanda pela procura por atendimento nas UE identificou-se um enorme fluxo desordenado de usuários nas UE, onde se tornou necessário reorganizar os serviços de trabalho prestados para a saúde dessa população, onde possa viabilizar atendimento com resolutividade na assistência prestada, de forma que se atinjam todos os graus da necessidade e sofrimento pelos que requer assistência e que não seja mais impessoal e por ordem de chegada (BRASIL, 2004a).

Segundo Marques et al., (2007), as UEs tem o dever de acolher ao usuário, ainda que em condições que não seja da sua responsabilidade, pois acolher não indica que atenderá a todos e sim que as portas do sistema de saúde estarão abertas aos usuários no ambiente próprio para a assistência das necessidades e demandas.

O problema é que pessoas em estado de emergência e as que estão em condições de saúde juntas num mesmo espaço físico acabam por dificultar a visualização e o estabelecimento da prioridade no atendimento, podendo ainda sobrecarregar a equipe que presta atendimento corroborando para a prática de ações mecanizadas e desprovidas de humanização (BRASIL, 2002).

Oferecer assistência de saúde com qualidade a todos os usuários que buscam atendimento é um desafio que implica em formular estratégias de trabalhos que proporcione a qualificação da equipe profissional, capacitando-os e que direcione o fluxo das portas de entrada do sistema de saúde nas UEs reorganizando o serviço prestado, pois o benefício ofertado pelas UEs que são utilizados com casos que não necessitam desses serviços gerando desgaste nos profissionais que acaba por possuir um sentimento de desamparo por parte do usuário (MARQUES et al., 2007).

Alegando a necessidade de políticas que norteiem ações dos profissionais que prestam serviço nas UEs, para remodelar o que era apenas uma assistência onde o foco era consultas de urgências sem definição de conduta gerando sobrecarga nessas unidades, sendo que poderiam ser solucionados em outros níveis de atenção à saúde, pois estes profissionais ainda possuem dificuldade em reconhecer o que deve ser prioridade em atendimento e o que pode esperar por atendimento (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de reduzir as superlotação em UE em todo o Brasil, o MS passa a compor políticas públicas para recompor a assistência das UEs em todos os níveis para reparar as necessidades reais dos usuários, nasce assim a PNH, PNAU e o QualiSUS (BRASIL, 2004b; DESCOVI, 2009).

Segundo a cartilha PNH o processo de ACCR para com o usuário numa UE, deverá ser realizado por um profissional instruído, pois esse profissional saberá avaliar e identificar sinais e sintomas observados após a abordagem assim que o usuário tem acesso ao serviço, a ACCR será feita pelo profissional enfermeiro da UE, o qual irá realizar um levantamento das queixas e colocará em ordem para atendimento mediante o estado clínico do paciente e em acordo com os protocolos preestabelecidos na instituição (BRASIL, 2004b).

Alegando a necessidade de políticas que norteiem ações dos profissionais que prestam serviço nas UE, para remodelar o que era apenas uma assistência onde o foco era consultas de urgências sem definição de conduta gerando sobrecarga nessas unidades, sendo que poderiam ser solucionados em outros níveis de atenção à saúde, pois estes profissionais ainda possuem dificuldade em reconhecer o que deve ser prioridade em atendimento e o que pode esperar por atendimento (BRASIL, 2006).

O ACCR mostra-se como uma ferramenta que reorganiza o fluxo de usuários e os processos de trabalho com o intuito de melhorar e consolidar o SUS, estabelecendo mudanças no atendimento para o usuário dos serviços, reafirmando-se como um instrumento de humanização, de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, por ser um trabalho coletivo e cooperativo que leva em conta a complexidade dos fenômenos saúde/doença (BRASIL, 2002).

A classificação de risco na UE tem como principal objetivo priorizar o atendimento aos doentes de acordo com seu estado clínico com o qual se apresenta, tendo como objetivo geral avaliar o paciente logo à sua chegada a unidade de forma humanizada para tornar fluente o ambiente, tornando reduzido o tempo de atendimento médico, dessa forma o paciente será atendido de acordo sua especificidade de gravidade sendo direcionada diretamente a especialidade de acordo com o protocolo estabelecido pela instituição ao qual estar, aonde o profissional irá lhe informar o tempo de espera, comunicando aos familiares a sua condição clínica (BRASIL, 2004a).

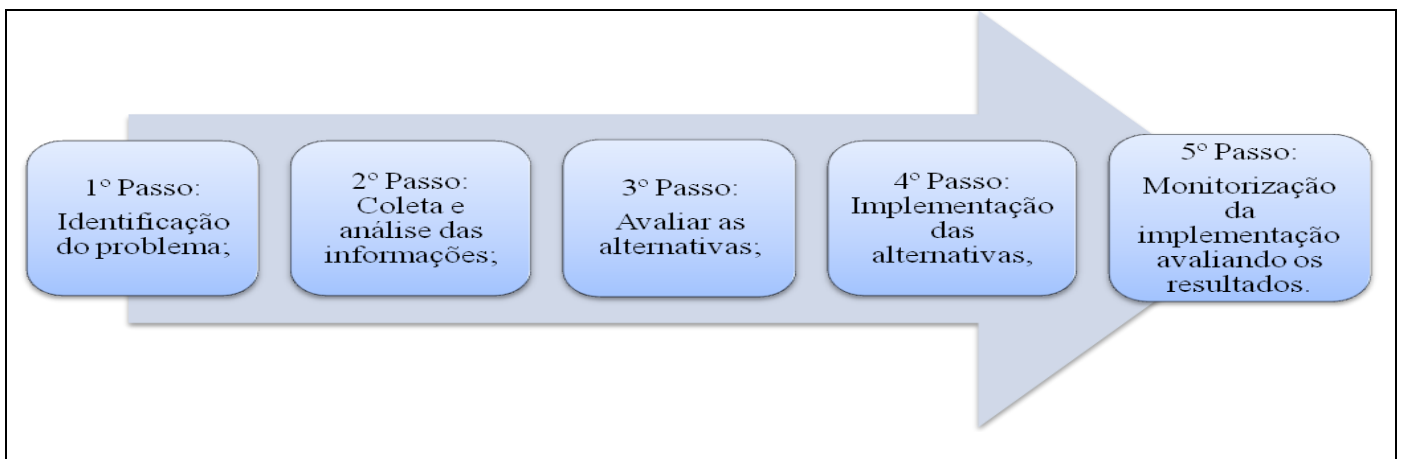
A sala para a realização do ACCR na UE deve ser ampla o suficiente para poder facilitar o processo de trabalho dos profissionais que atuam na unidade e manter o fluxo de atendimento com fácil acesso a área vermelha e aos consultórios (BRASIL, 2009).

O enfermeiro é considerado um profissional apto para avaliar e classificar o paciente que chega a UE, mas ciente que será direcionado por um protocolo direcionador. Há vários protocolos e escalas que podem ser usadas como base para essa classificação, dentre elas pode-se citar: a norte-americana Emergency Severity Index (ESI), australiana a Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo canadense Canadian Triage Acuity Scale e o inglês protocolo de Manchester, o Manchester Triage System, o sistema de classificar mais utilizado é o protocolo de Manchester, foi implantado pela primeira vez em Manchester na Inglaterra em 1997. No Brasil foi utilizado pela primeira vez em 2008 no estado de Minas Gerais (MG) no Hospital Municipal Odilon Behrens - HOB, como estratégia para reduzir a superlotação na UE, foi o primeiro hospital do estado de MG a utilizar esse protocolo servindo como referência para implanta a ACCR. O protocolo de Manchester tem por objetivo realizar o atendimento pelo estado clínico e não por ordem de chegada, definindo o tempo de espera para o atendimento médico (DURO, LIMA, 2010).

De acordo com Acosta, Duro, Lima (2012) em certos países, como na Austrália, nas UE o enfermeiro pode dar início ao atendimento realizando os procedimentos terapêuticos e sendo evidenciada a necessidade quando estiver classificando o paciente. Pode também prescrever a administração de medicações orais, inalatórias, oxigenoterapia, soroterapia,

exames laboratoriais, radiológicos e até solicitar o ECG. Por este motivo o enfermeiro deve estar preparado para classificar e sendo necessário reclassificar a prioridade de atendimento do paciente durante o tempo que fica aguardando ao atendimento médico. É função também do enfermeiro orientar e referenciar ao usuário do serviço de saúde que procuram por atendimentos com queixas não urgentes encaminhando-os para ambulatórios ou UBS.

Segundo Brasil (2009), a tomada de decisão para classificar o paciente pelo profissional devem ser constituídas em 5 (cinco) passos de acordo com a figura abaixo:



Fonte: BRASIL, 2009.

De acordo com Marques et al., (2007), pelas características da profissão o enfermeiro é o profissional de saúde que está no dia a dia o mais próximo possível dos pacientes, seja em qualquer unidade de saúde, por isso que é atribuído ao enfermeiro o papel de acolher e exercer a avaliação com classificação de risco identificando e agindo sobre as reais necessidades do paciente.

O enfermeiro que atua no ACCR deve ter conhecimentos e habilidades que são indispensáveis para tornar o trabalho produtivo. O conhecimento teórico é tido como fundamental para o processo de classificar o risco do estado clínico do paciente, pois o enfermeiro deve possuir extenso conhecimento sobre as condições clínicas, cirúrgicas, psicossociais dos usuários que buscam atendimento, pois há uma diversidade no contexto do serviço de emergência. Por outro lado, há o conhecimento da organização funcionamento do serviço torna-se fundamental para o enfermeiro que atua no ACCR, dessa forma saberá distribuir e regular o fluxo dos usuários (ACOSTA, DURO, LIMA, 2012).

O paciente classificado como vermelho é considerado emergente, ou seja, deve receber atendimento imediato; o amarelo é tido como urgente; o verde é considerado prioridade não urgente e o classificado com a cor azul é considerado como não urgente,

porém receberá atendimento, realizando consulta de baixa complexidade, sendo atendido de acordo com a hora de chegada (BRASIL, 2004b).

De acordo com Brasil (2004b), o ACCR se dará nos seguintes níveis de cores de acordo com a tabela abaixo:

EMERGÊNCIA	URGÊNCIA	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Prioridade 0; 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento entre 10 à 30 minutos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Recebe atendimento em até 2 horas, 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode aguardar até 3 horas.

Fonte: BRASIL, 2004b.

Ao classificar um paciente com a cor vermelha, deve-se observar o quadro grave, o mesmo deve apresentar risco de morte iminente. A sala vermelha deverá possuir todos os materiais necessários para dar suporte ao paciente assim que o mesmo chegue a UE, será os que apresentam esse risco com estado clínico de parada cardiorrespiratória (PCR), dor torácica aguda de início súbito com irradiação acompanhada de sudorese; náuseas; vômitos; cianose e que seja superior a 30 minutos, cefaléia intensa, trauma crânio encefálico (TCE) com glasgow < 8, trauma raqui-medular (TRM), politraumatizado, fratura exposta e fechada de ossos longos, crise hipertensiva e diabética, hipotensão, crise convulsiva, ferimentos por arma de fogo, ferimentos por arma branca, queimaduras, desidratação, obstrução das vias aéreas, gestantes de alto risco, intoxicação alérgica com presença de edema de face, lesão ocular química ou penetrante, hemorragias não controláveis, acidentes com animais peçonhentos, acidentes com material biológicos, vítimas de abuso sexual, vítimas de eletrocussão entre outros (BRASIL, 2004b).

Os pacientes em estado clínico urgentes serão classificados pela cor amarela, os mesmos serão direcionados para a sala de retaguarda, pois receberam o atendimento para estabilizar o quadro, porém ainda requer uma atenção especial por parte do profissional do ACCR, esses pacientes geralmente apresentam trauma moderado ou leve, TCE com glasgow 13 sem rebaixamento do nível de consciência, crise convulsiva nas 24 horas, queimaduras leves, dispnéia moderada, dor abdominal, dor torácica com melhora ao repouso, trauma de membros em idosos, gestantes, crianças e portadores de alguma deficiência, crise asmática,

epistaxe com alteração dos SSVV, hipertermia, luxações com comprometimento neuromuscular, diarreia acompanhada com vômitos, lesão com sangramento moderado, presença de corpos estranhos em cavidades com sintomatologias, lactante com engurgitamento das mamas, tumorações evidentes entre outros (BRASIL, 2004b).

Serão classificados pela cor verde indivíduos que buscarem atendimento nas UE com sinais clínicos de dor abdominal difusa, cefaléia com menor intensidade, idosos, gestantes que não apresentem risco, portadores de doenças psiquiátricas, sendo que o profissional deverá levar em conta a queixa principal atrelado à escuta qualificada (BRASIL, 2004a).

Os usuários que procuram atendimentos na UE com queixas crônicas sem alteração aguda para realizar algum procedimento como: curativos, trocas ou requisição de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestado médico, deverão esperar por ordem de chegada, já que não apresentam risco de morte e podem esperar para receber atendimento por até 3 horas (BRASIL, 2004b).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a composição do SUS e a implementação através das suas políticas de saúde tratando-se de um processo dinâmico em toda sua construção, diante de toda sua gama de processos e tecnologias, mas dando ênfase especialmente ao processo do acolhimento com classificação de risco, pode-se identificar o pouco uso desse processo, diante da PNH. Diante das análises de publicações oficiais e da própria implantação desse processo e as experiências que foram vivenciadas através da leitura dos artigos revisados, visualiza-se a mudança no processo de trabalho da equipe que atua e nas unidades de emergências onde fazia necessário adotar métodos que ajudassem a reorganizar o ambiente de trabalho.

O ACCR veio como ferramenta para agregar às rotinas de trabalho dentro das unidades de emergências, permitindo um melhor fluxo e cumprindo um importante papel para a introdução dos usuários ao uso do SUS que demonstra desenvolver excelentes diretrizes. Os serviços que são orientados a partir dessa diretriz oferecem a seu usuário um melhor atendimento e resolutividade ao seu problema, pois não baseiam apenas em protocolos, mas também na queixa principal do indivíduo que busca atendimento, quebrando um paradigma de produção de saúde centrada na figura do médico ao preconizar a figura do enfermeiro como o profissional apto para a realização desse trabalho, pois este possui conhecimentos a nível

teórico e prático, respeitando as características e individualidade de cada profissional que atua na UE.

CLASSIFICATION OF RISK IN EMERGENCY UNIT

ABSTRACT

The institutionalization of the Health System (SUS) led to a major development for the health system of Brazil, but there were still some difficulties to provide access to health services to the population. The hospital emergency departments and emergency departments are characterized as the gateway of the population to health services and embitter to face overcrowding in these search services such units. This study is qualitative, type of literature review, in order to know how the nurse acts to categorize patients according their clinical. We used the research databases LILACS, SCIELO through the portal BIREME, REBEM and MS, through the portal BVS portals to be using formal criteria for publication. Was obtained as a result of articles 56, of these only 26, were used as reference, since met the inclusion criteria. Verified the importance of the nurse from their theoretical and practical knowledge, the act of receiving and classifying patients in the EU. The standardization of these protocols for care within the ACCR is aimed at solving in attendance, reorganization of the service flow and the sector to which it is inserted the entire context, increasing the chance of life of patients. And the result of this study, intends to guide the reader to methods that may help identify patients who come EU presenting a risk of imminent death and the professional to carry out the identification allow staff to give you support in the maintenance of life.

Keywords: Emergency. Nursing in the emergency department. Reception-rated. Humanization in assistance. Reception.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.M; DURO; C.L.M, LIMA. **Atividades de enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência:** revisão integrativa. Rev Gaúcha de Enferm.2012;33(4):181-190.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO; ERDMANN. **Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 5, p. 552-557, out. 2008.

BELLUCCI JÚNIOR, J.A.; MATSUDA, Laura M. **Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco/Rev. Bras. Enferm. Brasília 2012 set out; 65(5):751-1.** Acesso em 18 de agosto 2013.

BITTENCOURT, R.J; HORTALE, V.A. **A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2007; 12(4): 929-34.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da unidade de urgência: uma experiência do Hospital São Rafael-Monte Tabor.** 10.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 204p.

____Ministério da Saúde. **Sistema único de saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. 44p.

____Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.048,** de 5 de novembro de 2002. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

____Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2004a.

____Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização - PNH. **Cartilhas da PNH: acolhimento com classificação de risco.** Brasília (DF); 2004b.

____Ministério da Saúde. , Secretaria de Atenção à Saúde. **Ambiência.** 2nd ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004c. 32 p.

____Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Urgência e Emergência: **Sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 28 p.

____Ministério da Saúde. 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 (Brasil): Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S. **O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura**. Online Braz J Nurs. [Internet]. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3132/718>>.

GARLET et al., **Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009 jul-ago; 17(4):535-40.

LUDWIG, M.L.M; BONILHA, A.L.L. **O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário**. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003; 56(1): 12-17.

MADEIRA, D.B; LOUREIRO, G.M; NORA, E.A. **Classificação de risco: perfil de atendimento em um hospital municipal do Leste e Minas Gerais**. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. da S. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p. 13-19, fev. 2007.

NASCIMENTO, E.R.P. et al., **Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem**. Rev. enferm. UERJ. 2011; 19(1): 84-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a19.pdf> Acesso em 19 de maio de 2013.

OHARA, R; MELO, M.R.A.C; LAUS, A.M. **Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro**. Ver. Brasileira de Enferm. [online]. 2010.Vol. 63, n. 5, PP 749-754. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000500009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 27 de outubro 2013.

SANTOS, J. S. et al., **Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Urgência e Emergência para a Enfermagem: do atendimento pré-hospitalar à sala de emergência**. Nívea Cristina Moreira Santos. – 5ª Ed. Ver. E ampl. – São Paulo: Látria, 2008.

SOUZA, E.C.F et al., **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Cad Saúde Pública. 2008; 24 (supl. 1): 100-10.

SOUZA et al., **Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre protocolo institucional brasileiro e Manchester**. Rev. Latino-am. de enfermagem. 2011; 19(1): 26-36.

SHIROMA L.M.B, Pires,DEP. **Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os.** Enferm Foco. 2011; 2(1): 14-17.

ZANELATTO, D.M; PAI, D.D. **Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem.** Cienc Cuid Saúde 2010 Abr/Jun; 9(2):358-365.