

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Resumo

O estudo teve por objetivo analisar a assistência de enfermagem aos pacientes atendidos com classificação de risco, segundo a literatura. Por meio de revisão integrativa da literatura foram identificados 912 artigos dos quais se selecionou 14, considerando os critérios: artigos completos; publicados no período entre 2012 a 2015; disponíveis no idioma português e inglês; indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Todo o material foi analisado por meio da técnica Análise de Conteúdo. Emanaram-se duas categorias temáticas: A Humanização no Atendimento e O Papel do Enfermeiro nas Unidades de Urgência e Emergência. Conclui-se que o Acolhimento com Classificação de Risco seja um dos instrumentos fundamentais de auxílio para alcance da qualidade no atendimento “de porta” dos serviços de emergências dos hospitais brasileiros.

Descritores: Enfermagem, Classificação, Emergência, Manchester, Triage, Urgência.

Abstract

Embracement with risk classification: the nurse's action in urgency and emergency

The purpose of this study was to analyze nursing care for patients treated with risk classification, according to the literature. Through the integrated review of the literature of identifiers 912 of which 14 were selected, considering the criteria: complete articles; Published in the period between 2012 to 2015; Available not Portuguese and English; Indexed in the databases of the Virtual Health Library. All the material was analyzed through the technique. Content analysis. Two thematic categories emerged: Humanization in care and the Role of nurses in emergency and emergency units. It is concluded that the Reception with Risk Classification of one of the fundamental instruments of assistance to reach the quality without door attendance of the emergency services of the Brazilian hospitals.

Descriptors: Nursing, Classification, Emergency, Manchester, Screening, Urgency.

Resumen

Acogimiento con clasificación de riesgo: actuación del enfermero en urgencia y emergencia

El estudio tuvo por objetivo analizar la asistencia de enfermería a pacientes atendidos con clasificación de riesgo, segundo la literatura. Por medio de revisión integrativa de la literatura se identificaron 912 artículos de los que se seleccionó 14, considerando los criterios: artículos completos; Publicadados en el período entre 2012 a 2015; Disponible en português e inglês; Indexados en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud. Todo el material se analizó por medio de la técnica Análisis de Contenido. Se organizaron dos categorias temáticas: La humanización en el atendimento y el papel del enfermero en las unidades de urgencia y emergencia. Se concluye que el Acogimiento con Clasificación de Riesgo es uno de los instrumentos fundamentales de auxilio para alcanzar la calidad en la atención "de puerta" de los servicios de emergencias de los hospitales brasileños.

Descritores: Enfermería, Clasificación, Emergencia, Manchester, Selección, Urgencia.

Adriana Cunha Lima Soares
Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência.
E-mail: adrianaacunhalima1@gmail.com

Marislei Brasileiro
Doutora Ciências da Saúde, Mestre em Enfermagem, Docente do CEEN.
E-mail: marislei@cultura.trd.br

Danielle Galdino de Souza
Especialista em Urgência e Emergência.
E-mail: danielle.galdino@hotmail.com

Submissão: 27/08/2017
Aprovação: 08/01/2017

Introdução

O interesse em analisar a assistência de enfermagem aos pacientes atendidos com Classificação de Risco surgiu ao se observar que os pacientes demandam por atendimento acolhedor, humanizado e de qualidade no pronto-socorro. Isso ocorre, provavelmente, devido a diversos fatores tais como: falta de qualidade no atendimento pelos profissionais de saúde, falta de um ambiente acolhedor e de tempo dos profissionais para atualização.

O atendimento de urgência/emergência, na maior parte dos hospitais públicos do Brasil, é ineficaz, resultando num atendimento de pouca qualidade, demora na espera e acúmulo de pacientes nos corredores das unidades de pronto atendimento. Esses fatos são concedidos pelas insuficiências do andamento da atenção básica e refletem na grande demanda das unidades de pronto atendimento¹.

No Brasil, a triagem organizada assume a denominação de avaliação e classificação de risco, que ligada ao acolhimento tem por objetivo identificar os pacientes que precisam de tratamento rápido, de acordo com a situação de perigo, a partir de um atendimento usuário-centrado, impedindo dessa forma práticas de exclusão².

Na explicação para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), o Ministério da Saúde determina que esse instrumento constitui em uma diretriz operacional que uni as ações de acolhimento com as de classificação de risco do usuário. Isso significa que, no ACCR, o usuário que

entra no Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) é acolhido, ouvido, guiado à consulta de enfermagem, classificado de acordo com o grau de risco de seu agravo e atendido pelo médico segundo a urgência do caso³.

O termo classificação de risco tem o objetivo de organizar o fluxo de atendimento, estabelecendo, mediante protocolos institucionais, prioridade de atendimento aos quadros considerados de maior gravidade à saúde do paciente⁴.

O acolhimento seja formado de todas as práticas de atenção e gestão e que os serviços de emergência têm sido centro de discussão dessa temática por mostrarem alguns desafios a serem vencidos, tais como superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, pouca ligação com a rede assistencial, dentre outros⁵.

Na situação hospitalar, em especial nos SHEs, o aumento da demanda de pacientes que buscam por atendimento atinge diretamente a qualidade dos serviços oferecidos porque as abordagens dos profissionais se tornam focalizadas segundo a ordem de chegada do cliente e não de acordo com o seu grau de necessidade. Fatos como esse, revelam a necessidade de analisar questões que surgem a respeito do acesso pelos usuários a esses serviços⁶.

O aumento gradativo por atendimento nos serviços de emergência em hospitais privados e públicos leva, muitas vezes, a pessoa que necessita de um atendimento de emergência efetivo, com risco abrupto de morte, a esperar por horas pelo atendimento. Isto resulta, em

parte, pelo fato de que poucas pessoas que procuram estes recursos apresentam problemas de saúde real de caráter prioritário de urgência ou emergência, sendo que a maioria (65%) dos casos poderia ser acolhida em outro ponto de atenção da rede de saúde⁷.

A abundante demanda nas emergências é um problema importante e tem como resultado o estresse dos profissionais, a sobrecarga de trabalho, a insuficiência de recursos humanos, materiais e tecnológicos para satisfazer a demanda, pacientes mal atendidos, enormes filas de espera por atendimento, entre outros problemas. Percebeu-se que um dos mais importantes determinadores da superlotação dessas unidades é a carência da assistência prestada pela rede de atenção primária⁴.

Referindo-se a qualidade no atendimento hospitalar, as superlotações de usuários nos SHEs são cuidados constantes de gestores e trabalhadores, porque a alta busca de pacientes por atendimento, ligada à desorganização do fluxo de entrada, constitui abordagem de acordo com a ordem de chegada e não segundo o potencial de agravo e risco de morte de cada situação³.

Entre todos os setores de um hospital, é possível que o SHE seja um dos mais importantes para a implantação de sistemas que propõem a melhoria da qualidade, porque as dificuldades notadas nesse local são diferentes dos outros setores hospitalares, pelo fato de, diariamente, estar superlotado⁸.

É fundamental apontar quanto à qualidade da assistência prestada ao paciente pela profissional

enfermeira, pois esta, se associa diretamente com a condição de saúde/doença da população já carente de tais serviços. Entretanto, essa profissional precisa de condições de trabalho que beneficiam a melhor execução possível de suas práticas, a diminuição da sobrecarga de trabalho, a realização dos programas de capacitação e reconhecimento profissional. Diversos estudos já foram realizados com a finalidade de apresentar soluções para o problema, mas não se mostraram efetivos. Frente a esses desafios, na tentativa de reduzir as incoerências entres os testes realizados, esse estudo busca agregar conhecimento de como as variáveis podem influenciar nos resultados obtidos⁴.

O conhecimento teórico é apontado como essencial para se praticar a classificação de risco. O enfermeiro necessita entender amplamente as situações clínicas, cirúrgicas e psicossociais da população, em razão da variedade de problemas presentes na conjuntura do serviço de urgência. O profissional precisa ter percepção acerca do perfil epidemiológico dos usuários que buscam por serviço de urgência, bem como a fisiologia e patologia das alterações mais presentes para se determinar uma prioridade mais propícia².

A lei número 7.498/86, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, determinando que o enfermeiro possua competências para oferecer os cuidados de enfermagem de maior complexidade que exigem conhecimentos científicos e capacidades de tomar decisões rápidas. Dessa forma entende-se que o profissional tem habilidades para oferecer um acolhimento com classificação de

risco nos serviços de urgência e emergência para garantir eficiência no atendimento e segurança nas práticas assistenciais⁹.

Apesar desses esforços o problema continua: o paciente não é socorrido de forma efetiva, acolhedora e humanizada, devido à sobrecarga de trabalho, pela falta de um número maior de profissionais e por falta de qualificação dos mesmos. Diante disso surge o questionamento: Como acontece a assistência de enfermagem aos pacientes atendidos com classificação de risco que demandam por atendimento acolhedor, humanizado e de qualidade nos prontos-socorros?

A justificativa para a realização desse estudo deve-se a necessidade de produzir conhecimento acerca do tema, pois, são poucos os estudos sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

O presente estudo contribui para o aprimoramento da ciência e para melhorar o conhecimento dos profissionais da enfermagem. Propõe também mostrar aos profissionais enfermeiros e demais profissionais da área da saúde a importância de um atendimento acolhedor e humanizado ao paciente com classificação de risco na urgência e emergência, proporcionando conhecimento científico eficiente nas práticas assistenciais.

Objetivo

Verificar e analisar a concordância dos autores em relação à resolutividade dos serviços de enfermagem, a agilidade no atendimento e a qualidade do acolhimento.

Material e Método

Revisão integrativa de literatura (RIL) cuja coleta de dados ocorreu em fontes disponíveis online. A busca foi realizada, durante os meses de março a maio de 2017.

A RIL é um método amplo que permite a inclusão de literatura teórica e empírica, bem como outros estudos com abordagens quantitativas e/ou qualitativas. Em outras palavras, o referido Método permite atualizar as discussões relacionadas a um tema específico, a partir da síntese de estudos publicados. A Revisão Integrativa é constituída por seis fases as quais serão a seguir descritas com as ações realizadas neste estudo.

Fase 1: Identificação do tema ou questionamento da Revisão Integrativa

A identificação do tema “Acolhimento com Classificação de Risco: Atuação do Enfermeiro na Urgência e Emergência” e da questão norteadora “Qual a assistência de enfermagem aos pacientes atendidos com Classificação de Risco, segundo a literatura? Se deu pela pouca elaboração científica em relação ao tema.

Fase 2: Amostragem ou busca na literatura

Realizou-se a busca das publicações/artigos no sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca digital Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

As palavras-chave utilizadas foram: Enfermagem, classificação, emergência, Manchester, triagem e urgência. Os critérios para

a escolha das palavras chave consistiram em: pertencer aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e representar ao menos em parte a temática do estudo. No intuito de potencializar a obtenção de artigos que refletissem o tema em questão, além da utilização individual dos descritores para a busca nas bases de dados, foi realizada busca cruzada com o descritor “enfermagem”.

Como critérios de inclusão dos artigos estabeleceram-se: artigos completos; publicados no período entre 2012 a 2015; disponíveis no idioma português e inglês; indexados nas bases de dados mencionadas; que versassem acerca da atuação do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

Fase 3: Categorização dos estudos

As informações extraídas dos artigos selecionados se referiram aos seguintes itens: título do periódico e do artigo; titulação dos autores; ano, local, volume e número da publicação. Além desses itens, nos estudos foram observadas as informações sobre as metodologias utilizadas, os resultados alcançados e as conclusões a que os autores chegaram.

Fase 4: Avaliação dos estudos incluídos na Revisão Integrativa

Foi realizada a busca inicial pelos resumos dos artigos que respondiam aos descritores adotados e, selecionados aqueles que mencionavam fatores relacionados à atuação do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

Fase 5: Interpretação dos resultados

A partir de repetidas leituras dos resumos selecionados na fase anterior, se extraiu aqueles estudos que versavam a respeito da atuação do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Em relação ao tratamento dos dados, foi aplicado o método de Análise de Conteúdo, que propiciou o agrupamento do conteúdo estudado em categorias temáticas. A análise de conteúdo foi desenvolvida em três etapas:

- a) Etapa I. Pré-exploração do material: nessa etapa foram realizadas leituras flutuantes dos artigos selecionados no intuito de conhecer o contexto e abstrair impressões importantes à construção da próxima etapa;
- b) Etapa II. Seleção das unidades de análise: após a interação dos pesquisadores com o material, foram destacadas sentenças, frase e parágrafos que se apresentavam com maior frequência no objetivo de construir unidades temáticas;
- c) Etapa III. Categorização dos estudos: nessa etapa por meio de leitura profunda do material distribuído nas categorias, foram expressos os significados e as interpretações abstraídas no intuito de construir novos conhecimentos.

Fase 6: síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da Revisão Integrativa

Após leitura exaustiva do material selecionado, as informações capturadas foram disponibilizadas no quadro 1. Na discussão dos dados, são apontadas duas categorias temáticas: A assistência de enfermagem humanizada aos pacientes atendidos com Classificação de Risco e

Atuação do enfermeiro aos pacientes atendidos com Classificação de Risco.

Resultados

Foram identificados 912 artigos, após a leitura dos títulos e resumos e, conforme a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram excluídos 898 artigos. Assim, a amostra final foi composta por 14 artigos científicos.

Caracterização das publicações

Os 14 artigos selecionados foram divulgados em onze periódicos nacionais e três internacionais diferentes. O periódico com maior número de publicações foi a Revista Ciência Cuidado e Saúde e o período com maior número de publicações foi

aquele compreendido entre 2012 a 2013 (10 artigos).

Em relação à autoria dos estudos, oito eram exclusivamente de enfermeiros, dois de enfermeiros e estudantes de Graduação em Enfermagem e quatro não mencionaram a profissão dos autores. Quanto a titulação, seis eram doutores, dois eram mestres, três eram doutorandos, seis eram mestrandos, três eram graduados e 4 eram estudantes (graduando).

Os artigos estão sintetizados aleatoriamente no quadro 1, que traz a distribuição das produções publicadas entre 2012 e 2015, segundo tipo de estudo, objetivo, níveis de evidências dos estudos e conclusões dos autores.

Quadro 1. Distribuição das produções publicadas entre 2012 e 2015 sobre o acolhimento com classificação de risco.

Estudo/Tipo	Objetivo	Níveis de evidências dos estudos	Conclusão
Estudo 1 Estudo qualitativo	Analisar o impacto da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento.	Com o ACCR, o usuário passou a ser atendido mais precisamente, conforme a gravidade do seu quadro clínico.	Foram identificados falta de estrutura física, materiais necessários ao bom funcionamento do serviço e educação continuada dos profissionais.
Estudo 2 Estudo transversal e descritivo	Caracterizar os atendimentos realizados no Pronto Socorro de Pelotas-RS segundo protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco, o qual se utiliza cores para identificar a gravidade dos casos e a ordem dos atendimentos.	Acredita-se que a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco reconhece necessidades de mudanças quanto a organização do trabalho e aos profissionais de saúde.	Aponta para a necessidade de investimentos no preparo dos profissionais para operacionalizar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, bem como a reestruturação dos serviços de referência e contra referência.
Estudo 3 Estudo Qualitativo	Identificar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as atividades do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência.	O conhecimento teórico é apresentado como fundamental para se realizar a classificação de risco.	O enfermeiro possui conhecimentos e habilidades específicos para a definição da prioridade de atendimento, que correspondem desde o conhecimento administrativo e clínico e olhar usuário, até as habilidades de intuição e comunicação.

Estudo 4 Estudo metodológico	Descrever os critérios de construção, validação de conteúdo e aparência de um instrumento de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).	Com base nos princípios mencionados, o questionário final representa uma escala psicológica (tipo Likert) graduada em cinco pontos, em que o número cinco representa concordância máxima e o número um, concordância mínima.	O instrumento possui validade de conteúdo e de aparência para avaliar o ACCR, tendo em vista que os índices de fidedignidade e concordância nas três dimensões donabedianas de avaliação em saúde alcançaram valores acima do padrão estabelecido, ou seja, 80%.
Estudo 5 Relato de experiência	Relatar a atuação do enfermeiro no processo de implantação do ACCR no SHE do Hospital Universitário Regional de Maringá - PR.	Em SHEs, um dos principais desafios do enfermeiro na integração da equipe de saúde para atingir padrões de qualidade no atendimento é o desenvolvimento de ações que correspondam aos objetivos assistenciais e gerenciais do local.	A atuação do enfermeiro no processo de ACCR foi fundamental, e, apesar de o dispositivo ainda necessitar de alguns ajustes, já se observa menos demanda e mais organização no atendimento.
Estudo 6 Estudo descritivo	Apreender a percepção da dimensão técnica da qualidade, do processo de atendimento de trabalhadores de um Serviço de Urgência e Emergência	No contexto dos serviços de urgência, em que decisões rápidas e seguras são características necessárias aos trabalhadores, a possibilidade de falhas é inevitável, pois nele há pessoas que cuidam de outras pessoas.	Os trabalhadores percebem que o processo de atendimento no serviço de urgência está em sintonia como os preceitos da qualidade, o que aumenta a possibilidade de produzir resultados satisfatórios.
Estudo 7 Relato de caso	Relatar o processo de implantação do sistema Acolhimento com Classificação de e Avaliação de Risco e o uso do Fluxograma avaliador, no Serviço Hospitalar de Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos, Estado de São Paulo.	O Fluxograma Analisador proporcionou a visualização gráfica das etapas do atendimento e direcionou todos os portadores de agravos não emergências à consulta de enfermagem.	O Fluxograma Analisador foi uma ferramenta essencial ao processo de implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco porque, ao definir as etapas para o atendimento, o serviço se tornou mais organizado, humano e seguro.
Estudo 8 Revisão de Literatura	Analisar a produção científica publicada entre 2004 e 2010 sobre a enfermeira e o acolhimento com classificação de Risco no Brasil.	Os resultados apontam que as regiões de maior produção são a Sudeste e Sul.	A produção científica sobre o tema ainda é incipiente no país.
Estudo 9 Estudo descritivo transversal	Caracterizar e analisar a porta de entrada e possíveis estratégias para organização do Serviço de Emergência de um Hospitalar Universitário, considerando o acolhimento com Classificação de Risco, a Rede de Atenção às Urgências e a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde.	Os resultados mostram que 63,55% acessaram o referido serviço devido a casos não emergenciais.	Apesar da classificação de risco ser uma estratégia inovadora, por si só não soluciona os problemas de excesso de demanda não emergencial.
Estudo 10 Estudo descritivo Restropectivo	Identificar possíveis diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade.	Nota-se que os três diagnósticos de enfermagem mais frequentes, independente dos níveis de prioridade do protocolo de Manchester, estão incluídos nos domínios conforto, atividade repouso e eliminação e troca da taxonomia NANDA.	A utilização do protocolo de Manchester favorece a identificação de características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco que subsidiam a elaboração de diagnósticos de enfermagem na classificação de risco

Estudo 11 Estudo descritivo	Identificar a presença da queixa de dor nos diferentes níveis de prioridade estabelecidos no protocolo de Manchester	Os resultados mostraram que a dor esteve presente nos pacientes classificados nos níveis 2, 3, 4 e 5 do protocolo de Manchester, sendo que 27,75% apresentaram dor como queixa principal e 42,86% dor associada a queixa principal.	A dor esteve presente nos pacientes classificados nos níveis II, III, IV e V do protocolo de Manchester.
Estudo 12 Estudo prospectivo e observacional	Descrever a formação da base de dados de triagem, o desenho do estudo e as características dos pacientes incluídos.	Houve uma relação significativa entre o nível de urgência e o aumento da idade, sexo masculino e comorbidade.	Pacientes hospitalizados, correspondendo a 94,1% de todos, mais de 40% não teve evento e, portanto, é desnecessário admissões hospitalares.
Estudo 13 Estudo Transversal	Examinar a precisão das classificações de acuidade de triagem por enfermeiros de triagem do Departamento de Emergência.	Identificou protocolos específicos em alguns hospitais que poderiam ser o motivo da atribuição incorreta do nível de triagem.	Embora viável, usando cenários de casos escritos padrão para determinar uma eficácia da pontuação da triagem de Índice de Gravidade de Emergência, pode não ser o melhor meio para avaliar como habilidades de triagem do enfermeiro.
Estudo 14 Estudo Transversal	Avaliar a confiabilidade e exatidão inter e intra-avaliadora das classificações de triagem de enfermagem quando se usa a Escala de Triagem Sul Africana (SATS) em um departamento de emergência (ED) em Timergara, no Paquistão.	No geral, a Escala de Triagem Sul Africana possui alta especificidade (97%) e sensibilidade moderada (70%). Em todos os níveis de acuidade, a proporção de sobreposição não excedeu o limiar aceitável de 30 a 50%. A triagem inferior foi aceitável para todos, exceto casos de emergência (66%).	As enfermeiras do Departamento de Emergência no Paquistão podem utilizar de forma confiável a Escala de Triagem Sul Africana para atribuir classificações de acuidade de triagem.

Discussão

A Humanização no Atendimento

Estudo recente, referente à análise do fluxo de atendimento em SHE, mostra que a alta quantidade de pacientes que almeja por atendimento nas filas de espera é uns dos principais motivos que interferem de maneira negativa a qualidade do atendimento^{8,14}.

Na tentativa de organizar e humanizar o atendimento, o Ministério da Saúde brasileiro adotou, em 2004, a classificação de risco como método de organização das portas de entrada em serviços de emergência priorizando o atendimento de acordo com a potencialidade de

risco, os danos à saúde ou o nível de sofrimento apresentado pelo paciente¹.

Observa-se que, por causa da complexidade do trabalho desenvolvido em SHE, a realização do ACCR se estabelece em grande desafio a ser vencido, uma vez que as práticas para humanizar o atendimento neste serviço não ocorrem somente com o “dar refúgio” ao cliente, sem dar preferência as suas necessidades de atendimento⁶.

Os usuários mal assistidos pelos programas básicos de saúde procuram entrar no sistema por meio dos serviços de emergência, pois, mesmo com longas filas de espera, têm a convicção de obter às consultas médicas e de enfermagem,

exames laboratoriais, medicamentos, entre outros. Sendo assim, conclui-se que não é possível criar um serviço de emergência eficaz, resolutivo e humanizado, sem revisar as práticas gerenciais e viabilizar a estratégia de saúde da família⁴.

No Brasil, a partir do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, os debates/discussões sobre humanização no atendimento são conduzidos ao estabelecimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade no atendimento ao usuário³.

O Ministério da Saúde sugere que a classificação de risco seja evidenciada preferencialmente por cores, com quatro graus de classificação, do mais grave ao menos grave, vermelho, amarelo, verde, azul. Esse reconhecimento deve ser feito na ficha de atendimento, e não diretamente no usuário (pulseira, por exemplo), pois a classificação é modificável, devido às possíveis variações do quadro clínico do paciente. As cores apontam a gravidade do usuário e o tempo de espera pelo atendimento médico¹.

Ansiando pela prestação de serviços em excelentes níveis de qualidade, o Ministério da Saúde, em 2003, cria a Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) "QUALISUS" - que dá preferência ao modelo de qualificação nas atividades de urgência e emergência e prevê, dentre outros jeitos, sugestões de mudanças nas correlações entre profissionais de saúde e usuários; inclusão de novas tecnologias institucionais de atenção e

novos exemplos de gestão nas portas de urgências hospitalares¹⁰.

Por causa do melhoramento que o ACCR tem ocasionado nos SHEs, acredita-se que essa diretriz seja um dos instrumentos fundamentais de auxílio para alcance da qualidade no atendimento "de porta" dos serviços de emergências dos hospitais brasileiros³.

Apesar dos progressos ocorridos nas políticas de saúde com prática nas diretrizes de humanização e acolhimento ao usuário em todos os níveis do sistema, perduram na cultura popular a ideia da procura por soluções em serviços de pronto atendimento ou de emergência hospitalar⁷.

O padrão habitual de funcionamento dos SHEs, mostra que o cliente, muitas vezes, não é atendido com presteza, de forma humanizada e acolhedora, devido ao grande número por serviços, da ausência de profissionais qualificados e pela falta de sistematização no ambiente de trabalho. Nesse sentido, os danos aos usuários podem ser incalculáveis, pois "muitos serviços de atendimento às urgências vivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem nenhuma norma, a não ser a hora da chegada⁶.

É importante que os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento integrem esse novo instrumento de humanização, o ACCR, e que todos eles o conduzam da mesma forma, sem deixar dúvidas para os usuários sobre seu propósito e como funciona. É fundamental, também, que os profissionais tenham educação permanente sobre humanização e o ACCR, tendo em vista, o êxodo e a agilidade no trabalho de classificação de risco,

sempre considerando a individualidade do sujeito e seu atendimento integral¹.

O Papel do Enfermeiro nas Unidades de Urgência e Emergência

O papel da enfermeira no âmbito do acolhimento com classificação de risco, que essa profissional é indicada e está habilitada para a prática da atividade de acolher e classificar quanto à prioridade assistencial dos pacientes que entram nos serviços de emergência, a procura de atendimento, pois, além de dispor de formação acadêmica adequada, possui conhecimento teórico-científico agregado à prática assistencial no campo atuante, que contribui no processo de tomada de decisão^{4,12}.

O Ministério da Saúde ressalta que cabe ao profissional enfermeiro, fazer, por meio da Consulta de Enfermagem, a Classificação de Risco que resulta na organização dos usuários para o atendimento, segundo o nível de prioridade de cada caso⁸.

A relevância da presença de um enfermeiro no ACCR, pois esse profissional é qualificado para atuar nesse campo e ser responsável por ele. O ACCR é ação realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferivelmente com conhecimento em serviço de urgência e após capacitação específica para praticar o acolhimento¹.

Na organização do fluxo de atendimento, conforme a gravidade ou a piora da queixa apresentada pelo paciente, ganha visivelmente o papel realizado pelo enfermeiro, que, executando sua liderança, aparece como protagonista na porta dos serviços de urgência¹⁰⁻¹³.

O olhar dos enfermeiros, na classificação de risco o profissional está acolhendo o usuário, ouvindo suas queixas e fornecendo respostas a suas indagações. Com isso, o enfermeiro cria uma relação empática com o indivíduo, diminuindo muitas vezes a ansiedade, a agressividade ou a impaciência que podem manifestar no decorrer do atendimento no serviço².

É consensual a relevância da prática do acolhimento com classificação de risco e da enfermeira nesse processo por causa da sua capacidade de liderança e responsabilidade. Portanto, a prática gerencial, o cuidado coligado à fundamentação científica que dispõe, habilita essa profissional a obter dados fundamentais para avaliação do paciente, como história pregressa, antecedentes familiares, exame físico detalhado, entre outros, executando, então, uma avaliação primária com responsabilidade, ética e competência⁴.

A Unidade de Pronto Atendimento já dispõe de profissionais capacitados para fazer o ACCR, sendo que o profissional enfermeiro está qualificado a colocar em prática os propósitos da Política Nacional de Humanização (PNH), pois as diretrizes curriculares dos cursos de graduação esclarecem que a formação é ligada na atenção à saúde, fazendo desse profissional apto para gerenciar ações da PNH, como o ACCR¹.

Fortalece a importância de ampliar estudos nos serviços de emergência, especialmente na classificação de risco, que objetivam identificar os Diagnósticos de Enfermagem mais comuns, o que pode colaborar para aperfeiçoamento das taxonomias de enfermagem existentes para

relatar o que enfermeiro identifica, avalia e trata em pacientes com ocorrências críticas, de maneira a dar visão à colaboração para o cuidado de enfermagem nesses locais⁵.

A assistência às urgências e emergências forma um importante componente da rede de saúde, sendo de forma costumeira realizada por serviços de Pronto Socorro e de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esses, por sua vez, se apresentam pela prestação contínua de serviço nas 24 horas, pela ordem dos atendimentos segundo a procura dos usuários e pelo foco no imediato da atenção¹¹.

Infelizmente, os programas de educação continuada têm sido pouco divulgados, impossibilitando o acesso da profissional enfermeira à qualificação adequada e à atualização dos conhecimentos adquiridos. Então, é fundamental que, através dos programas de capacitação continuada, sejam aperfeiçoadas as habilidades para o “saber fazer”, “quando fazer” e “como fazer” ações de acolhimento e classificação de risco, baseados nos protocolos institucionais preexistentes⁴.

Conclusão

Após a análise dos estudos foi possível concluir que na tentativa de organizar e humanizar o atendimento, o Ministério da Saúde brasileiro adotou em 2004 a classificação de risco como método de organização das portas de entrada em serviços de emergência priorizando o atendimento de acordo com a potencialidade de risco, os danos à saúde ou o nível de sofrimento apresentado pelo paciente.

A alta quantidade de pacientes que almeja por atendimento nas filas de espera é uns dos principais motivos que interferem de maneira negativa a qualidade do atendimento. O cliente, muitas vezes, não é atendido com presteza, de forma humanizada e acolhedora, devido ao grande número por serviços, da ausência de profissionais qualificados e pela falta de sistematização no ambiente de trabalho. Nesse sentido, os danos aos usuários podem ser incalculáveis, pois “muitos serviços de atendimento às urgências vivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem nenhuma norma, a não ser à hora da chegada.

Acredita-se que o Acolhimento com Classificação de Risco seja um dos instrumentos fundamentais de auxílio para alcance da qualidade no atendimento “de porta” dos serviços de emergências dos hospitais brasileiros. O Ministério da Saúde ressalta que cabe ao profissional enfermeiro, fazer, por meio da Consulta de Enfermagem, a Classificação de Risco que resulta na organização dos usuários para o atendimento, segundo o nível de prioridade de cada caso. Os programas de educação continuada têm sido poucos divulgados, impossibilitando o acesso da profissional enfermeira à qualificação adequada e à atualização dos conhecimentos adquiridos.

Este estudo possibilitou oferecer subsídios para a melhora da qualidade da assistência de enfermagem aos pacientes atendidos com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Nesta perspectiva, é relevante e urgente a implementação de métodos de

avaliação, que aprimoram os processos de diagnósticos situacional e da sistemática avaliação dos resultados. Percebe-se, portanto, a necessidade de realização de estudos nesta área, pois resultará em melhores práticas assistenciais em relação à qualidade do atendimento. Sugere-se que os enfermeiros, bem como demais profissionais da saúde, interpretem a temática aqui abordada, no intuito de aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada nos serviços de urgência e emergência, principalmente na classificação de risco.

Referências

1. Oliveira KKD, Amorim KKPS, Fernandes APNL, Monteiro AI. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. *Rev Mineira Enferm.* 2013; 17(1):148-156.
2. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividade do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(4):181-190.
3. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. *Ciênc Cuid Saúde.* 2012; 11(2):396-401.
4. Oliveira RF, Silva MA, Costa ACJ. Classificação de risco pela enfermeira: uma revisão de literatura. *Rev Baiana Enferm.* 2012; 26(1):409-422.
5. Souza CC, Mata LRF, Carvalho EC, Chianca TCM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo Manchester. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(6):1318-1324.
6. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(1):217-225.
7. Souza, TH, Andrade, R. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2014; 19(4):701-708.
8. Bellucci Júnior, JA, Matsuda, LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Brasília: Rev Bras Enferm.* 2012; 65(5):751-757.
9. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em 02 abr 2017.
10. Silva LG, Matsuda LM. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. *Cien Cuid Saúde.* 2012; 11(1):121-128.
11. Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo MEE, et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. *Cien Cuid Saúde.* 2013; 12(1):80-87.
12. Silva AP, Diniz AS, Araújo FA, Souza CC. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo protocolo de Manchester. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro.* 2013; 3(1):507-517.
13. Plesner LL, Iversen AKS, Langkjaer S, Nielsen TL, Ostervig R, et al. The formation and design of the TRIAGE study - baseline data on 6005 consecutive patients admitted to hospital from the emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.* 2015; 23:106.
14. Jordi K, Grossmann F, Gaddis GM, Cignacco E, Denhaerynck K, et al. Nurses' accuracy and self-perceived ability using the emergency severity index triage tool: a cross-sectional study in four Swiss Hospitals. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.* 2015; 23:62.
15. Dalwai MK, Twomey M, Maikere J, Said S, Wakeel M, et al. Reliability and accuracy of the South African Triage Scale when used by nurses in the emergency department of Timergara Hospital, Pakistan. *South African Medical Journal.* 2014; 104(5):372-375.