

Lima Neto, A. V. et al.



PESQUISA

Classificação de risco em emergência hospitalar: relações entre a prática, o profissional e o usuário*Risk classification in hospital emergency: relations between practice, professional and user**Clasificación de riesgo de emergencias de un hospital: las relaciones entre la práctica profesional y usuario*Alcides Viana de Lima Neto¹, Ilcarla Mayara Lopes Barbosa², Rafaella Leite Fernandes³, Vilani Medeiros de Araújo Nunes⁴, Hilderline Câmara de Oliveira⁵**RESUMO**

Este estudo teve como objetivo descrever a prática da classificação de risco e as relações entre o profissional e o usuário em uma unidade de emergência hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido em um hospital Estadual. Os sujeitos da pesquisa foram 14 enfermeiros que trabalhavam predominantemente no Pronto-Socorro Adulto. O perfil dos sujeitos foi: mulheres (86%), com faixa-etária predominante de 20 a 30 anos (50%), solteiras (43%), sem filhos (57%), com apenas um vínculo empregatício (64%). Reconheceram a importância do acolhimento com classificação de risco e destacaram fragilidades na estrutura física e no dimensionamento de pessoal como fatores que interferem na qualidade do serviço. Conclui-se que o acolhimento com classificação de risco no local desse estudo não está de acordo com os padrões preconizados, uma vez que é realizado apenas por técnicos de enfermagem e não apresenta a estrutura física adequada ao desenvolvimento do atendimento.

Descritores: Humanização da assistência. Acolhimento. Serviços médicos de emergência.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the practice of risk classification and the relationship between the professional and the user in a hospital emergency unit. It is a descriptive study of a qualitative nature, developed in a state hospital. The study subjects were 14 nurses who worked predominantly in the Emergency Room Adult. The profile of subjects was women (86%), predominantly-age group 20-30 years (50%), single (43%), without children (57%), with only one job (64%). They recognized the importance of host with risk assessment and highlighted weaknesses in the physical structure and personnel dimensioning as factors that affect the quality of service. It was concluded that the host at risk classification in this study site is not in accordance with the recommended standards, since it is held only by nursing staff and lacks the appropriate physical structure for the development of service. **Descriptors:** Humanization of Assistance. User Embrace. Emergency Medical Services.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue describir la práctica de clasificación de riesgo y la relación entre el profesional y el usuario en una unidad de urgencias del hospital. Estudio descriptivo de naturaleza cualitativa, desarrollado en un hospital estatal. Los sujetos del estudio fueron 14 enfermeras que trabajaban principalmente en la Sala de Emergencia de Adultos. El perfil de los sujetos era: las mujeres (86%), grupo predominantemente de edad de 20-30 años (50%), solteros (43%), sin hijos (57%), con un solo puesto de trabajo (64%). Reconocieron la importancia de anfitrión con la evaluación de riesgos y destacaron debilidades en la estructura física y personal de dimensionamiento como factores que afectan a la calidad del servicio. La conclusión es que el anfitrión de clasificación de riesgo en este sitio de estudio no está en conformidad con las normas recomendadas, ya que se lleva a cabo únicamente por personal de enfermería y carece de la estructura física adecuada para el desarrollo del servicio. **Descritores:** Humanización de la Atención. Acogimiento. Servicios Médicos de Urgencia.

¹ Enfermeiro. Docente da Escola da Saúde da Universidade Potiguar (UnP). E-mail: alcides.vln@gmail.com. ² Enfermeira. Graduada pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte. ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). ⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. ⁵ Assistente Social. Doutora em Ciências Sociais pela UFRN. Docente do Mestrado em Profissional em Psicologia Organizacional e do Trabalho da UnP.

Lima Neto, A. V. et al.

INTRODUÇÃO

A unidade de emergência, conhecida como pronto-socorro (PS), é representada por uma rotina dinâmica, na qual, um grande número de pacientes é atendido diariamente nas 24 horas do dia. Trata-se de um local para o atendimento aos casos de urgência e emergência, sabendo-se que esses últimos são aqueles que implicam em risco de vida. Esses serviços constituem componentes de destaque no contexto do atendimento emergencial no Brasil que é permeado por uma grande sobrecarga de trabalho devido ao alto número de atendimentos realizados, muitas vezes, superior à capacidade de recursos instalada.

Isso ocorre devido à incapacidade que a atenção primária apresenta, bem como à atenção secundária em realizar o primeiro atendimento e dar a continuidade nesse atendimento, proporcionando o aumento na demanda à nível terciário. Nesse sentido, tanto nos hospitais públicos, quanto nos privados, ocorre uma superlotação, desencadeando um processo de espera por parte dos pacientes que necessitam de atendimento imediato, como aquele que apresenta cardiopatias, doenças neurológicas, vítimas de trauma e outras (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Em 2003 foi lançada no Brasil a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de colocar em prática os princípios do sistema único de saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, por meio de mudanças nos modos de gerenciar e cuidar. Dentre os dispositivos da política, está o acolhimento com classificação de risco. Entende-se que o acolhimento envolve o processo da recepção do usuário, ou seja, a chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo suas queixas, permitindo que ele expresse todas as suas preocupações,

Classificação de risco em emergência hospitalar...

sentimentos, e, ao mesmo tempo, colocando os limites e as responsabilidades necessárias, com a garantia de uma atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade do cuidado, quando necessário (BRASIL, 2006).

A avaliação de risco ou classificação de risco representa uma mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Ele deve ser realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia, de forma ágil, o atendimento adequado a cada caso (BRASIL, 2006).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde, por meio da portaria N° 1600 de 7 de julho, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no SUS. A primeira diretriz da rede é ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, percebe-se um esforço contínuo para que o acolhimento e a classificação de risco façam parte do processo de trabalho dos serviços, incluindo o componente hospitalar, constituído pelas portas hospitalares de urgência e emergência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2011).

As portas hospitalares de urgência e emergência são definidas como os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar

Lima Neto, A. V. et al.

atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. A equipe de saúde deve ser integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais (BRASIL, 2013).

Em se tratando da equipe que atua nesses serviços, destacam-se: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, profissionais dos serviços administrativos, maqueiros, auxiliares de serviços gerais, assistentes sociais, dentre outros. Tais profissionais fazem parte de um processo de trabalho caracterizado por finalidades específicas ao atendimento em urgência e emergência, realizado por meio de conhecimentos, instrumentos e técnicas específicas, com as particularidades de cada profissão. Compreende-se que o processo sofre influências de vários fatores condicionantes, como ambiente de trabalho, recursos e a legislação vigente (MONTEZELI, 2009).

No que diz respeito à equipe de enfermagem, que constitui a maior força de trabalho da área da saúde, destaca-se que ela convive constantemente com situações imprevisíveis, como limitações de recursos humanos, materiais e estruturais, o que influencia diretamente a qualidade da assistência. Além disso, esses profissionais estão expostos à ansiedade, situações de estresse, o que pode comprometer o desempenho das atividades e desencadear problemas de saúde (SILVA et al., 2012).

Torna-se então relevante conhecer os aspectos relacionados à prática da classificação de risco em uma unidade de emergência hospitalar, bem como as relações entre os profissionais e os

usuários. Por não estarem acostumados, em sua maioria, com a dinâmica de atendimento por grau de comprometimento, os usuários do serviço podem não compreender o instrumento e questionarem a forma como é desenvolvida. Em contrapartida, os profissionais podem, dependendo da situação, não desempenhar o trabalho conforme o preconizado nos protocolos.

Objetiva-se então descrever a prática da classificação de risco e as relações entre o profissional e o usuário em uma unidade de emergência hospitalar. A seguir serão apresentados o desenho metodológico, resultados e discussão conforme objeto de estudo e as considerações finais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório permeado pela natureza qualitativa. Foi desenvolvido em um hospital estadual, gerenciado pela Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP), situado em Natal, RN. O serviço possui 220 leitos distribuídos em seis alas e é referência para atendimento de urgência e emergência na Zona Norte de Natal e para algumas cidades da região metropolitana, sendo classificado como de grande porte.

Como critérios de inclusão para sujeitos participantes foram adotados os seguintes: enfermeiros que trabalhavam predominantemente no Pronto-Socorro Adulto (PSA) há mais de seis meses; enfermeiros que estiveram, no período da pesquisa, na escala de trabalho do PSA. Foram excluídos da pesquisa os enfermeiros que não atuavam predominantemente no PSA; enfermeiros que trabalhavam no PSA, porém, no período da pesquisa não estavam na escala de trabalho do referido setor e enfermeiros que se encontravam

Lima Neto, A. V. et al.

de férias ou afastados do trabalho por quaisquer outros motivos.

Dos 58 enfermeiros existentes em seu quadro profissional, 18 estavam escalados para o PSA no período da pesquisa que se deu nos meses de julho, agosto e setembro de 2011. Dos 18 enfermeiros, 14 enquadraram-se nos critérios de inclusão adotados para o estudo, portanto, a amostra constituiu-se de forma intencional.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas para caracterização da amostra. Nesse questionário, solicitou-se que o enfermeiro escolhesse um codinome em uma lista disponível para que fosse mantido o sigilo da identificação. A lista dos codinomes foi composta de materiais e equipamentos utilizados nos serviços de urgência e emergência. Após o preenchimento do questionário, foi realizada uma entrevista semiestruturada conduzida por um roteiro pré-estabelecido, com questões norteadoras sobre acolhimento, classificação de risco e interação entre a equipe e os usuários.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), compreendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. Os textos das entrevistas, após a leitura flutuante, foram categorizados de acordo com os temas das falas e a seguir, confrontados com a literatura disponível sobre a temática aqui tratada.

Todo o processo de pesquisa levou em consideração os preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que era a responsável por aprovar as diretrizes e normas R. Interd. v. 9, n. 2, p. 1-12, abr. mai. jun. 2016

regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no período da realização da pesquisa. Foi apreciada pelo comitê de ética em pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0124.0.051.000-11 e aprovada pelo parecer nº 107/2011. Os indivíduos participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Os enfermeiros caracterizaram-se com o seguinte perfil: mulheres (86%), com faixa-etária predominante de 20 a 30 anos (50%), solteiras (43%), sem filhos (57%), com apenas um vínculo empregatício (64%) e renda mensal de mais de 5 salários mínimos (78,58%).

A tabela 01 apresenta os dados referentes à formação superior, formação complementar e experiência profissional em urgência e emergência:

Tabela 01: Apresentação do Tempo de Formação Profissional Superior, Formação Complementar, Tempo de Experiência Profissional em Urgência e Emergência.

Formação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa em %
Tempo de Formação Profissional Superior		
Menos de 2 anos	2	14,29
De 2 a 4 anos	2	14,29
Mais de 4 anos	10	71,42
Formação Complementar		
Pós-Graduação <i>Latu Sensu</i> – Especialização	7	50
Pós-Graduação <i>Strictu Sensu</i> – Mestrado	0	0
Pós-Graduação <i>Strictu Sensu</i> – Doutorado	0	0
Outra	1	7,15
Nenhuma	6	42,85
Tempo de Experiência Profissional em Urgência e Emergência		
De 6 meses a menos de 2 anos	3	21,43
De 2 a 4 anos	6	42,86
Mais de 4 anos	5	35,71

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

Lima Neto, A. V. et al.

No tocante à formação, identificou-se que a maioria dos enfermeiros apresentam mais de 4 anos de formação (71,42%), possuem pós-graduação *Latu Sensu* - Especialização (50%) e atuam em urgência e emergência entre 2 a 4 anos (42,86%).

Classificação de risco: a prática e as relações entre o profissional e o usuário

A classificação de risco é considerada como uma mudança, na qual o critério para a priorização do atendimento ao usuário é o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não a ordem de chegada. Esta atividade deve ser realizada por profissional de saúde, que, através da utilização de protocolos técnicos (como por exemplo: *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS[®]), o *Australian Triage Scale* (ATS[®]), o *Emergency Severity Index* (ESI[®]) e o *Manchester Triage System* (MTS[®]). O profissional deve realizar a identificação das necessidades imediatas do paciente e providenciar de forma rápida o atendimento adequado para cada caso (SILVA, 2010).

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para acolher e classificar o risco dos pacientes que procuram atendimento em unidades de urgência e emergência. Tal prática vem tornando-se uma importante ferramenta nos cuidados a quem procura por esses serviços (SOUZA, 2009). Pacientes com cardiopatias graves, suspeita de infarto, acidentes vasculares encefálicos, com instabilidade hemodinâmica, vítimas de grandes traumas, dentre outros, demandam um atendimento imediato. Para isso, o profissional deve possuir um raciocínio crítico e reflexivo e capacidade para a tomada de decisão imediata.

Sendo assim, foi instituído pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do Distrito R. Interd. v. 9, n. 2, p. 1-12, abr. mai. jun. 2016

Federal (DF), o parecer nº 005/2010, que é favorável a realização do processo de identificação dinâmica da prioridade de atendimento por parte do enfermeiro. Este pode ter o auxílio do técnico e/ou auxiliar de enfermagem, e deve ser embasado por protocolos estabelecidos pelas instituições que contenham as normas e rotinas para o estabelecimento das condutas e dos fluxos. Para tanto, deve ser garantida a continuidade do atendimento por equipe multidisciplinar (BRASIL, 2010).

O mesmo parecer emitido pelo COREN (DF) aponta que os profissionais desta área deverão ter o perfil para a mesma, treinamento técnico e científico com o objetivo de trabalharem com segurança, deverão ser dinâmicos e saber fazer maior uso da sensibilidade e intuição que são inerentes ao cargo (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que, posteriormente, por meio da Resolução Nº 423/2012, o Conselho Federal de Enfermagem, normatizou a participação do enfermeiro nas atividades de classificação de risco, destacando que no âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2012).

No cenário da presente pesquisa, o serviço de classificação de risco foi implementado em 2008 e funciona das 7 às 23 horas e existe um protocolo, porém, são incipientes o conhecimento e o uso deste por parte dos profissionais atuantes, tendo sido citado apenas por um dos sujeitos entrevistados.

Eu não sei se ainda tem uma pastinha com um protocolo explicando os sintomas, o que o paciente sente para ele ir para cada área: azul, vermelho, amarelo (Polifix).

O depoimento demonstra o desconhecimento da disponibilidade do protocolo por parte de um dos profissionais. Isso pode

Lima Neto, A. V. et al.

contribuir para que as atividades sejam desempenhadas sem as evidências recomendadas no protocolo disponível na instituição, uma vez que é complexo identificar o risco e priorizar o atendimento de pacientes.

A experiência com a utilização de protocolos é uma realidade no estado de Minas Gerais (MG), que em 2005, com a assessoria do Ministério da Saúde e com discussões acadêmicas locais um Hospital Municipal de Belo Horizonte (MG) implantou o protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, baseado na experiência de um Hospital de Campinas, cidade pertencente ao estado de São Paulo (SP) e em protocolos internacionais (FEIJÓ, 2010).

A experiência citada anteriormente serviu como exemplo para a implementação do acolhimento com classificação de risco no local deste estudo. Um dos entrevistados afirmou ter visitado um hospital em MG para conhecer a estrutura e como funcionava a dinâmica de trabalho.

Eu fui para Belo Horizonte conhecer o hospital de [...]. Lá, na classificação, tem um enfermeiro e um técnico e do lado tem a sala do psicólogo e do assistente social. Classificou como sendo azul, passa para o serviço social [que] vai agendar com o posto de saúde. Manda tudo por escrito já para fulano ou beltrano [...] (Ampola).

O trecho reforça a ideia do bom funcionamento do serviço em MG e demonstra alguns pontos que contribuem para que seja eficiente e ofereça uma boa resposta ao usuário, como por exemplo, a presença do psicólogo e do assistente social para auxiliarem no referenciamento dos pacientes.

Os enfermeiros entrevistados afirmaram que o processo de classificação de risco não funciona corretamente e que ao contrário do que é recomendado, é realizado apenas pelo técnico de enfermagem, conforme é mostrado a seguir:

Aqui quem faz a classificação é só o técnico de enfermagem porque ainda não tem um enfermeiro que possa ser retirado do setor e colocado lá (Ambulância).

[...] ela é feita por técnicos de enfermagem que não é o correto (Ampola).

A classificação de risco é para ser feita por um enfermeiro junto com um técnico de enfermagem, mas aqui isso não funciona porque o quadro de pessoal ainda é pequeno na questão de enfermeiros. É feita só por um técnico de enfermagem (Polifix).

[...] nós só temos o técnico de enfermagem como [...] a pessoa responsável pela classificação de risco. Na verdade deveria ser o enfermeiro juntamente com o técnico (Desfibrilador).

Percebe-se que os enfermeiros entrevistados compreendem que o que é realizado na prática está em desacordo com as recomendações, pois a classificação está sendo feita apenas pelos técnicos de enfermagem. Esses pontos reforçam a ideia das limitações relacionadas ao dimensionamento de pessoal presente em alguns serviços de emergência, o que compromete a qualidade dos serviços oferecidos à população.

Esses dados estão de acordo com um estudo desenvolvido em um pronto-socorro de Porto Alegre (RS) no qual, a equipe responsável pelo acolhimento é composta por técnicos e auxiliares de enfermagem. Os pesquisadores afirmaram que tal processo, ficava restrito aos profissionais de enfermagem que recebiam o usuário antes do atendimento clínico, e que este era permeado por práticas tradicionais, centradas exclusivamente na dimensão biológica, diferentemente da equipe multidisciplinar recomendada pelo MS (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

A equipe que presta o serviço no acolhimento do HJPB é fixa, porém, são realizadas algumas trocas com os funcionários que ficam na

Lima Neto, A. V. et al.

assistência do PSA, o que dificulta a continuidade do processo, conforme depoimentos a seguir:

[...] tem os funcionários que são da classificação realmente e tem aqueles, que como são do pronto socorro como um todo, eles fazem muita permuta uns trocam com os outros (Termômetro).

[...] existe a questão de trocas, às vezes tem gente que é lá de dentro e troca com o pessoal da classificação (Eletrocardiógrafo).

Infere-se que nem todos os profissionais que atuam no local do estudo estão preparados para desempenhar atividades no acolhimento com classificação de risco, pois, conforme foi citado, existem os técnicos que são fixos do setor. Essa prática pode resultar na alocação de um profissional que não tenha conhecimento técnico, científico e habilidades para priorizar o estado de gravidade dos pacientes.

No que diz respeito à capacitação para a realização da classificação, o MS sugeriu que na implementação e manutenção deste serviço fossem realizadas capacitações específicas da enfermagem para a utilização do protocolo. Além da enfermagem, foi apontado também como interessante a capacitação técnica (incluindo suporte básico e suporte avançado de vida) para todos os profissionais atuantes na urgência, inclusive as categorias profissionais que não são da saúde estritamente (assistentes sociais, administrativos, porteiros e outros) (BRASIL, 2002). Quando indagados sobre isso, vejamos os depoimentos a seguir:

Os técnicos já fizeram um treinamento básico sobre classificação de risco [...] (Polifix).

Bem, eu não vou dizer que 100%, mas todos que chegam são treinados (Eletrocardiógrafo).

Chegou alguns profissionais novatos do concurso e a gente fez, faz pouco tempo, um treinamento sobre classificação de risco [...] (Desfibrilador).

Ficou evidenciado que os treinamentos referentes à classificação de risco foram realizados em pequenos cursos e restritos à equipe de enfermagem, que não abrangeram a totalidade dessa, discordando assim com o recomendado pelo MS.

Em um projeto desenvolvido por meio de uma intervenção educativa em uma unidade de urgência e emergência de um Hospital Público Estadual, no Espírito Santo (ES), foram realizadas capacitações sobre a temática aqui tratada. Os idealizadores perceberam que a maior participação foi da categoria dos profissionais de enfermagem, fato esse semelhante à realidade supracitada (ANDRADE; ARTMANN; TRINDADE, 2011).

Por se tratar da porta de entrada do serviço, é muito importante que os profissionais atuantes nas unidades de urgência e emergência sejam bem capacitados, pois tanto o prognóstico quanto o tratamento do paciente dependem desse atendimento (GODOY, 2010).

Outro ponto importante a ser considerado é a organização física para o desenvolvimento do acolhimento com classificação de risco. Segundo foi abordado, ainda é inadequada a estrutura do PSA para essa prática, conforme depoimentos a seguir:

Não tem local, é exposto ali. Para você acolher tem que ter uma salinha para o paciente sentar, ouvir suas queixas. Eu acho que aqui está muito longe (Maca).

Não tem um ambiente adequado é feita assim de uma forma aberta, não é feito um exame físico mínimo para que se possa classificar como verde, azul, amarelo (Laringoscópio).

Não funciona como é para funcionar porque não tem uma sala de espera, fica todo mundo em uma fila no corredor e porque não tem como você separar. A senhora vai para aqui, aguarde aqui (Ambulância).

Lima Neto, A. V. et al.

A estrutura física disponível para o acolhimento não está adequada, conforme evidenciado nos depoimentos anteriores. Isso dificulta diversos pontos considerados importantes ao se tratar de uma questão que envolve profissional e usuário, como por exemplo, a questão da privacidade e a possibilidade do paciente sentir-se à vontade para expressar todos os seus sentimentos.

Essa problemática é diferenciada em relação a outros hospitais que utilizam a mesma metodologia de atendimento. Em um Hospital Municipal localizado em Belo Horizonte (MG), a estrutura para acolher aos usuários é composta por: duas salas utilizadas para a avaliação inicial do paciente e atribuição da ordem de prioridade; uma área de espera para os pacientes enquadrados na cor verde; uma área de espera para os pacientes de atendimento amarelo; uma sala para atendimento de psicologia e uma para o serviço social, conforme é orientado e recomendado pelo MS (PINTO JÚNIOR, 2011; BRASIL, 2009).

Em um Hospital Estadual Universitário de um município do interior do Paraná, cuja implementação do acolhimento com classificação de risco deu-se em 2007, foi realizada uma reforma na unidade de urgência com o objetivo de oferecer um espaço para se realizar o acolhimento e avaliar a gravidade segundo as diretrizes da PNH no que diz respeito ao ambiente. Essa reforma consistiu na criação de um consultório que dispõe de equipamentos básicos para a avaliação de enfermagem, como: estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso, glicosímetro, maca, suporte de soro, mesa e cadeira. A reforma resultou também em um aumento da área física (GODOY, 2010).

Diferentemente da realidade dos dois hospitais citados, no local deste estudo a

estrutura de acolhimento é resumida a um birô e duas cadeiras que ficam na área de entrada da urgência com apenas um esfigmomanômetro e um termômetro, não dispondo de sala específica e das estruturas adicionais necessárias.

No tocante à compreensão da população sobre a metodologia adotada, os profissionais afirmaram que muitos pacientes não entendem, mesmo com as explicações dadas pelos técnicos de enfermagem, o objetivo e a forma como funciona o acolhimento com classificação de risco.

A clientela não entende até porque para cada um o seu problema é prioridade, então não adianta eu dizer que você é a, você é b (Laringoscópio).

Os técnicos fazem bem direitinho com toda a paciência do mundo, mas a população a maioria das vezes não entende (Polifix).

[...] a gente tenta explicar, [...] mas muitos não compreendem mesmo, que você está querendo facilitar o atendimento. Tem pessoas que mesmo a gente explicando, tentando informar a elas porque o paciente entrou primeiro, mesmo assim a gente ainda fica escutando certas piadas (Agulha).

Isso é um reflexo das mudanças implementadas rotineiramente nos serviços associadas à ausência de ações educativas para a população compreender as novas dinâmicas de funcionamento e de processos de trabalho. Tal ausência contribui para que a população permaneça acreditando nas formas anteriores e torne-se resistente ao novo, uma vez que não conhece os benefícios e os papéis desempenhados.

A falta de entendimento por parte da população pode ser decorrente da falta de orientação e de educação de uma maneira geral e por parte da instituição para com a clientela, colocada também pelos enfermeiros.

[...] a questão da classificação de risco eu acho que ainda falta muito à gente educar a população. Fazer com que eles entendam o que é classificação, entendam que um

Lima Neto, A. V. et al.

paciente mais grave [...] deve ter prioridade (BIC).

[...] faltou também informar a população sobre isso. Não adianta informar os profissionais e a população não entender. Tem que ter uma divulgação melhor (Maca).

Observa-se que as falas sugerem uma preocupação por parte dos entrevistados com a educação popular em saúde voltada para a classificação. Isso pode gerar uma maior compreensão e aceitação por parte dos usuários que procuram o serviço para o atendimento de urgência e emergência.

Em outro Hospital Estadual do Paraná, cuja implementação da classificação de risco também ocorreu em 2007, foi realizada uma oficina com os profissionais o que facilitou o processo de adesão à nova prática de atendimento. As orientações não ficaram restritas somente aos profissionais, pois foram elaborados folders e banners explicativos para os usuários bem como a divulgação na mídia. Foi realizada uma pesquisa com os usuários dessa instituição e os mesmos compreenderam que a metodologia foi implementada como uma forma de melhorar a qualidade do serviço prestado através da organização e da prevenção de tumultos (MIRANDA, 2010).

A educação, colocada pelos enfermeiros, levou em consideração a elaboração de banners e folders conforme a realidade da instituição do Paraná já citada. Assim, os depoimentos revelam que:

[...] a gente teria que ter folders, banners explicando para esclarecer a população de como é que funciona o sistema aqui dentro. [...] (Ampola).

[...] já elaboramos inclusive até um banner para colocar lá na classificação, para que ele olhe para o boletim de atendimento, há ela colocou o verde, porque é verde, o que é o verde, o que é o azul, o que é o amarelo, para eles entenderem do que é que se trata (BIC).

Apesar da elaboração do recurso visual informativo, como já citada devido questões de ordens financeiras e organizacionais ainda não pôde ser concretizada. Quando o usuário é recebido, o único direcionamento e informação que ele tem são dados pelo profissional que executa o acolhimento.

Neste sentido, vale destacar também a forma como o profissional recebe o indivíduo e o direciona para o atendimento. De acordo com as entrevistas, alguns profissionais o fazem de forma adequada, porém, outros não apresentam o perfil para atuarem com a recepção dos pacientes, conforme exposto a seguir.

[...] tem dia que tem pessoas que recebem o paciente, interagem bem, mais tem outras que não, que qualquer coisinha já falam na mesma altura do paciente que já vem cheio de problemas e descarregam neles na hora da classificação (Oxímetro de Pulso).

A população já é tão maltratada que ela também já chega armada e o profissional por sua vez já não tem mais um equilíbrio emocional de estar tentando contornar isso e nem tem um ambiente para isso (Laringoscópio).

Percebe-se que os depoimentos reforçam a ideia da necessidade do fortalecimento da educação (capacitações, rodas de conversa e debates com os profissionais e folders, manuais e outros recursos visuais para os usuários) como um processo fundamental para a relação profissional e usuário no serviço de urgência e emergência hospitalar.

Cabe ressaltar que ao ser orientado, o paciente dirige-se para o atendimento clínico que também falha na questão organizacional, pois, a inexistência de áreas específicas para cada tipo de atendimento classificado e o pequeno espaço físico dificulta a organização e muitas vezes ocasionam tumultos. Além dos tumultos, a espera pode tornar-se longa devido à existência de um e às vezes dois médicos revezando entre os

Lima Neto, A. V. et al.

atendimentos emergentes, os urgentes e os considerados não urgentes.

[...] quando chega lá na frente é só um corredor que é colocado todo mundo. Eles mesmos têm que se organizar de acordo com a orientação que tiveram lá na frente, então essa orientação quando chega lá [...], já não está mais valendo, é quem conseguir cortar a fila primeiro, aí fica esse tumulto (Laringoscópio).

Quando são classificados não tem uma organização para que eles sejam atendidos por ordem de classificação (Oxímetro de Pulso).

[...] às vezes está que a espera é muito longa e eu acho que ninguém fica satisfeito de esperar muito (Eletrocardiógrafo).

Uma vez eu vi uma pessoa na fila de atendimento azul e estava demorando o atendimento aí à moça que estava acompanhando o paciente disse: eu já sei como é que você vai ser atendido bem rápido, desmaie aí que você entra já na sala do médico (Polifix).

A questão de organização é suprida quando a instituição dispõe de áreas físicas em tamanho adequado para o atendimento de acordo com o grau de necessidade. No tocante ao tempo de espera, é considerado um aspecto singular em que cada indivíduo o percebe de forma diferente. Ele é subjetivo e sofre influência de forma diferente em cada sujeito, pois está ligado ao sofrimento que o envolve naquele momento, às preocupações e ao seu contexto de vida. Neste sentido, o que uma pessoa considera rápido, outra pode considerar demorado (MIRANDA, 2010).

Outro ponto importante a ser abordado é a importância que é dada à classificação de risco. Percebe-se, com a análise das entrevistas que ainda não é dado o devido valor a essa metodologia de atendimento, como podemos ver os depoimentos a seguir:

Até hoje as pessoas não dão o valor devido a isso e nunca tem pessoal para cobrir e eu tenho certeza que se fosse feita por enfermeiro o primeiro setor que faltasse alguém ia tirar da classificação [...] (Ampola).

A gente tem aquela classificação de risco, mas assim, eu sinto que ela é como se fosse um setor não tão importante quanto os outros (Termômetro).

Às vezes a gente tem que fechar e colocar o funcionário para trabalhar lá dentro porque não tem condições de ficar só ali [na classificação de risco]. Aí fica muito a desejar. A classificação fica descoberta, não tem organização, quem for chegando vai entrando, porque lá dentro precisou, na reanimação, na enfermaria (Espadrado).

Dependendo, se tiver faltado alguém na escala, às vezes tem ou não (Ambulância).

Os depoimentos representam, na percepção dos enfermeiros entrevistados, o sentimento de não valorização da classificação por parte de muitos atores envolvidos no processo de trabalho. Isso pode ser reforçado quando ocorre o remanejamento de funcionários para os outros setores do pronto-socorro, deixando-a descoberta. Ademais, a classificação não é vista por parte de alguns profissionais como a percussora e importante imagem para alcançar o objetivo de reorganizar e melhorar o atendimento.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento da presente pesquisa possibilitou um contato com a realidade do processo de trabalho em uma unidade de emergência hospitalar, mais especificamente no ambiente da classificação de risco. De acordo com as publicações oficiais e recomendações internacionais e do ministério da saúde, ela deve nortear o processo de acolhimento aos usuários nos serviços de urgência e emergência.

Identificou-se que, apesar de estar em funcionamento, o acolhimento com classificação de risco no local desse estudo não está de acordo com os padrões preconizados, uma vez que é realizado apenas por técnicos de enfermagem e

Lima Neto, A. V. et al.

não apresenta a estrutura física adequada ao desenvolvimento do atendimento.

A respeito das relações entre os profissionais e os usuários, compreende-se que são complexas, pois, diversos são os fatores que influenciam a não compreensão por parte da população dessa metodologia de trabalho. Destaca-se a ausência de medidas voltadas para a educação da população, colocada como um ponto importante pelos entrevistados, o que implicaria em melhorias significativas na aceitação por parte da população.

Destarte, o trabalho em equipe, uma estrutura adequada e mecanismos que favoreçam os processos educativos são essenciais para que o acolhimento com classificação de risco, além de implementado, funcione e cumpra com o seu real objetivo que é o de tornar mais eficiente o serviço de urgência e emergência e agilizar o atendimento daqueles que apresentam condições clínicas que demandam atendimentos prioritários.

REFERÊNCIA

ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E; TRINDADE, Z. A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Ciência e Saúde Coletiva.*, v. 16, n. 1, p.115-1124, 2011.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 423/2012**. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Brasília, 9 de abril de 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 20 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em:

R. Interd. v. 9, n. 2, p. 1-12, abr. mai. jun. 2016

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 20 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048/GM de 5 de novembro de 2002**. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Saúde Legis. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. 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: Ministério da saúde, 2009.

BRASIL. Parecer, Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal 005/2010. **Atribuição do profissional de enfermagem na triagem com classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 22 de março de 2010. Disponível em: <<http://www.coren-df.gov.br/portal/index.php/pareceres/parecer-coren/684-no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos>>. Acesso em: 20 out. 2015.

DAL PAI, D; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Revista da Escola Anna Nery.**, v. 15, n. 3, p. 524-530. Set. 2011.

FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**: análise da demanda atendida no pronto-socorro de um hospital escola. 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde

Lima Neto, A. V. et al.

Coletiva, Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

GODOY, F. da S. F. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco.** 2010. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

MIRANDA, J. M. de. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: o significado para o usuário.** 2010. 152 f. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde). Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

MONTEZELI, J. H. **O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, 2009.

PINTO JÚNIOR, D. **Valor preditivo do protocolo de classificação de risco em unidade de urgência de um hospital municipal de Belo Horizonte.** 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SILVA, A. P. et al. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de Kurt Lewin. *Cienc. Cuid. Saúde*; v.11, n. 3, p. 549-56. Jul./set., 2012.

SILVA, M. de F. N. **Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes de uma unidade de emergência.** 2010. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

SOUZA, C. C. de. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto socorro utilizando dois diferentes protocolos.** 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*; v. 17, n. 2, p. 285-89. Abr./jun., 2009.

*Artigo extraído da monografia de conclusão da graduação em enfermagem: humanização e acolhimento em pronto-socorro adulto: a percepção dos enfermeiros. Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte.

Submissão: 23/11/2015

Aprovação: 08/02/2016