

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA URGÊNCIA: UMA REVISÃO

Rhamaia Ferreira Camara¹, Tayssa Suelen Paulino², Fabio Claudiney da Costa Pereira³, Isabel Cristina Amaral de Souza Rocco Nelson⁴, Karolina Moura Rocha⁵, Luiz Inácio Neto⁶.

Resumo: Os serviços de urgência e emergência dos hospitais públicos e privados são as portas de entrada para quem busca atendimento para diferentes tipos de problemas de saúde. Com o aumento da demanda que busca por esse serviço, foram criados Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco (PACR) cujo objetivo é reorganizar e agilizar o atendimento de acordo com as reais necessidades de cada paciente. Nesse sentido, o papel do enfermeiro se destaca, em virtude deste estar na linha de frente como responsável pela aplicação do protocolo e respectiva classificação para posterior atendimento dos pacientes de acordo com a prioridade indicada. Nesse sentido, é potencialmente importante fornecer informações atualizadas sobre o PACR subsidiando uma maior compreensão sobre a temática, e, principalmente, maiores informações, no que diz respeito à participação do enfermeiro nesse processo. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo tecer considerações teóricas acerca do papel do enfermeiro no processo de classificação de risco nos atendimentos de urgência. Para a revisão da literatura, foi realizada pesquisa nas bases do MedLine/PubMed, LILACS, Scielo, Bireme e Google acadêmico. É válido salientar, que apesar dos desafios encontrados o acolhimento, a classificação de risco se mostram dispositivos indispensáveis para um processo de trabalho mais eficaz, e de fundamental importância para avaliação da clientela assistida, possibilitando o aumento do acesso, bem como sua oferta equânime. Nesse sentido, o enfermeiro é peça chave no funcionamento eficiente deste dispositivo, pois a classificação de risco é responsabilidade específica do enfermeiro. Dessa forma, cabe ao enfermeiro entender de maneira holística todos os mecanismos acerca do Acolhimento de Classificação de Risco.

Palavras chave: Classificação de Risco. Enfermagem. Urgência e Emergência.

Abstract: The urgency and emergency services of public and private hospitals are entering doors for those who seek assistance for different health problems. Due to the increased need for this service, Reception and Risk Stratification Protocols (RRSP) were created in order to rearrange, make the care faster and according with the actual need of each patient. In this regard, the nurses play an important role due to the fact that they are in the front line as responsible for applying RRSP for the post care of the patient accordingly with the priority indicated. Thus, it is important to give updated pieces of information on the RRSP as a basis for a better understanding on this subject, mainly, considering the role of the nurse in this process. We aimed to review the literature highlighting the role played by the nurse into the process of risk stratification in urgency care. Searched articles on MedLine/PubMed,

¹ Graduanda em Enfermagem do Centro Universitário UNIFACEX. Contato: maiazyhaferreira@hotmail.com.

² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRN. Docente do curso de Enfermagem do UNIFACEX. Contato: tayssa.tsp@gmail.com.

³ Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRN. Docente do curso de Enfermagem do UNIFACEX. Contato: fabiocosta@facex.edu.br.

⁴ Doutora do Programa de Pós-graduação em Educação da UFRN. Docente do curso de Enfermagem do UNIFACEX. Contato: isacristas@yahoo.com.br.

⁵ Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRN. Docente do curso de Enfermagem do UNIFACEX. Contato: karolina_moura@unifacex.edu.br.

⁶ Mestrando do Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Contato: maiazyhaferreira@hotmail.com.

CAMARA et al. (2015)

LILACS, Scielo, Bireme, and Academic Google. Although it is challenging, the RRSP is essential for an efficient care and it is of basic importance for the assessment of the patients, increasing access, as well as equal offer of the care. Therefore, the nurse plays a key role in the functioning of this assessment protocol, since the risk stratification is a specific responsibility of the nurse. Hence, nurses have to understand completely all the details involved in the RRSP.

Keyword: Risk Classification. Nursing. Emergency Care.

1 INTRODUÇÃO

A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária. Nesse sentido, o acolhimento que significa a humanização do atendimento, é a ferramenta que pressupõe garantir o acesso de todas as pessoas a uma atenção inicial.

Diz respeito, ainda, à escuta dos problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Ou seja, é o Acolhimento que garante, como objetivo final do trabalho de saúde, a resolubilidade efetiva do problema do usuário.

Os serviços de saúde, especialmente os serviços de emergência dos hospitais públicos e privados do nosso país, funcionam como porta de entrada para pessoas que buscam atendimento para diferentes tipos de problemas de saúde. Adicionalmente, considerando o aumento da demanda que busca atendimento desses serviços, e ainda, buscando reorganizar e agilizar o atendimento de acordo com as reais necessidades dos pacientes, foi criado o Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco (PACR) que é de responsabilidade do enfermeiro (BRASIL, 2009).

Contudo, para eficácia da aplicação desta ferramenta é necessário que o enfermeiro possua domínio de todos os componentes que a cercam e, por este motivo, torna-se imperativo conhecer e aprofundar o conhecimento quanto à aplicação do PACR.

Considerando a importância do PACR, que além de promover um atendimento mais ágil, também é responsável por uma escuta qualificada gerando um atendimento mais humanescente, ou seja, um acolhimento completo de acordo com as reais necessidades de cada usuário (BRASIL, 2009).

O presente trabalho se apresenta como uma ferramenta potencialmente importante no sentido de fornecer informações atualizadas sobre o PACR, subsidiando uma maior compreensão sobre a temática, e, principalmente, subsidiando maiores informações no que diz respeito à participação do enfermeiro nesse processo.

Além disso, seria possível contribuir para o avanço da Enfermagem reunindo informações da produção científica sobre o tema abordado e, assim, sendo possível avaliar criticamente e sugerir melhoras pontuais no processo de aplicação do PACR, promovendo melhoras quando necessário.

A importância do acolhimento e da classificação de risco se justifica em função da observância de crescente demanda pelos serviços de urgência e emergência, nos quais se

observa a existência de “fluxos de circulação desordenada” exigindo a reorganização dos “processos de trabalhos”, visando atender “diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência” de acordo com “diferentes graus de necessidade ou sofrimento” que induzam utilizar outro recurso que não unicamente à ordem de entrada, nos estabelecimentos assistenciais (BRASIL, 2004, p. 20-21). Tornando-se imprescindível para a humanização e organização dos serviços de saúde.

O interesse pela temática surgiu em virtude da prática na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde na função de técnica em enfermagem e, além disso, durante do período acadêmico, uma vez que, é responsabilidade do enfermeiro aplicar o PACR e classificar o paciente de acordo com sua necessidade.

Nesse sentido, pretende-se tecer considerações teóricas acerca do papel do enfermeiro no processo de classificação de risco no setor de urgência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A triagem passou a ser utilizada nos serviços de urgência e emergência com objetivo de agilizar os cuidados aos pacientes com necessidades mais urgentes de atendimento e diminuir a superlotação. Esse mecanismo já é utilizado desde as guerras napoleônicas pelos militares para escolher entre os soldados feridos em batalha quais necessitavam de prioridade no tratamento (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Desde então, esse processo aperfeiçoou-se, ao longo dos anos. Contudo, sempre esteve relacionado às guerras ou às grandes catástrofes, não sendo aplicado à população civil até a década de 1960. A partir daí, quando se notabilizou nos Estados Unidos crescente processo de mudança da prática médica, com reflexos na procura pelos serviços de urgência. Essa situação levou à necessidade de classificar os doentes e determinar aqueles que necessitavam de cuidado imediato (COUTINHO *et al.*, 2012).

Desde então, esse processo de triagem vem sendo aplicado e desenvolvido por toda parte do mundo (ALBINO *et al.*, 2007). Com o passar dos anos, tem sido observado um crescimento significativo nos serviços de urgência e emergência dos prontos-socorros no cenário nacional e internacional (ALBINO *et al.*, 2007; COUTINHO *et al.*, 2012; NASCIMENTO *et al.*, 2011).

No Brasil, é comum, principalmente através da mídia, denúncias sobre a situação caótica em que se encontram os serviços de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2011). Esse

CAMARA et al. (2015)

comportamento se justifica, em grande parte, pelo aumento do número de acidentes, da violência urbana, fatores socioeconômicos e maior longevidade da população (CAVALCANTE et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2011). Juntas, estas mudanças vêm promovendo crescimento nos casos de superlotação e acúmulo de pacientes, nas filas de espera, em busca de atendimento.

Não obstante, essa relação de causa e efeito tem gerado complicações desnecessárias no quadro clínico dos pacientes que precisam de atendimento de qualidade e imediato (CAVALCANTE et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2011).

Nesse sentido, vários países passaram a adotar a triagem estruturada como protocolo de atendimento aos seus usuários que é testada e adaptada para cada região. O Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), vem desenvolvendo novas propostas no sentido de melhorar a organização do atendimento na rede (ESTELA REGINA et al., 2009).

Desde sua idealização, o SUS vem incrementando propostas no sentido de oferecer um atendimento assistencial que promova continuidade das ações prestadas. Esse esforço se dá em virtude de que é direito de todo cidadão ter acesso a um atendimento público de qualidade, na área da saúde.

A constituição federal de 1988, por meio da criação do Sistema Único de Saúde garante aos usuários um atendimento pautado nos princípios de integralidade, igualdade e equidade, inclusive nos serviços de urgência e emergência. O artigo nº196 da CF/88 define a Saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) cuja finalidade é contribuir para uma atenção integral e equânime, ampliando o acesso dos usuários aos serviços de saúde (DUARTE et al., 2013). E, considerado um dos pilares do PNH, foi criado o PACR que tem por finalidade organizar o atendimento de acordo com as reais necessidades do usuário, substituindo a triagem excludente pelo modelo acolhedor (BRASIL, 2009).

Em função da observância de crescente demanda pelos serviços de urgência e emergência, nos quais se observa a existência de “fluxos de circulação desordenada”, exigindo a reorganização dos “processos de trabalhos”, visando atender “diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência” de acordo com “diferentes graus de necessidade ou sofrimento” (BRASIL, 2004a, p. 20-21) que induzam utilizar outro recurso que não unicamente à ordem de entrada nos estabelecimentos assistenciais passou-se a si utilizar o PACR no Brasil.

O PACR foi instituído, no Brasil, como diretriz para promoção da qualidade em saúde a partir do ano de 2004 (BRASIL, 2004b). Contudo, segundo o Grupo Brasileiro de

Classificação de Risco citado por (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012) os primeiros registros utilizando o PACR no Brasil constam de 1993. A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004a).

Existem vários sistemas para classificação de risco em uso no mundo. Entre os sistemas de triagem mais empregados no mundo, destacam-se quatro: (I) Emergency Severity Index (ESI) – Utilizado nos Estados Unidos desde 1999. Apresenta cinco níveis de prioridade sem determinação quanto ao tempo para o atendimento. (II) Australasian Triage Scale (ATS) – Utilizado na Austrália em meados dos anos 1970. Apresenta cinco níveis de prioridade baseadas em tempo-alvo e cor; (III) Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) - Foi implantada no Canadá em 1999 e é utilizada amplamente, em todo o país. Apresenta cinco níveis, que correspondem a uma cor e tempo-alvo; (IV) Sistema de Triagem de Manchester (STM) - Utilizado nos serviços de emergência do Reino Unido a partir de 1996 e no Brasil a partir de 2008. Possui cinco níveis e a cada categoria é atribuído um número, cor e tempo aceitável para atendimento do usuário.

Figura 1 - Níveis de prioridade do sistema de triagem Emergency Severity Index (ESI)

- nível 1: emergente: avaliação médica imediata;
- nível 2: urgente: recomenda-se não mais que 10 minutos para o atendimento;
- nível 3: os sintomas relacionam-se à doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida;
- nível 4: pacientes com queixas crônicas, sem ameaça à função de órgãos vitais;
- nível 5: os pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos.

Figura 2 - Níveis de prioridade do sistema de triagem Australasian Triage Scale (ATS)

- categoria 1: imediata ameaça à vida – imediato;
- categoria 2: iminente ameaça à vida – 10 minutos;
- categoria 3: potencial ameaça à vida – 30 minutos;
- categoria 4: pacientes sérios potencialmente – 60 minutos;
- categoria 5: pacientes menos urgentes – 120 minutos.

Figura 3 - Níveis de prioridade do sistema de triagem Canadian Triage and Acuity Scale(CTAS)

- nível 1: reanimação – azul: imediato;
- nível 2: emergente – vermelho: 15 minutos;
- nível 3: urgente – amarelo: 30 minutos;
- nível 4: menos urgente ou semiurgente – verde: 60 minutos;
- nível 5: não urgente – branco: 120 minutos.

Figura 4 - Níveis de prioridade do sistema de triagem Manchester (STM)

- nível 1: emergente, vermelho, imediato;
- nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;
- nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;
- nível 4: pouco urgente – verde: 120 minutos;
- nível 5: não urgente – azul: 240 minutos.

Diferentes autores afirmam que não é um sistema padrão, no que diz respeito a tratar e medir a saúde. Ou seja, não existe um instrumento infalível e, além disso, que fatores ambientais, tendenciosidade nas respostas, fatores pessoais e alterações no método de coleta

podem contribuir para erros de mensuração. Contudo, atualmente, o Ministério da Saúde vem buscando padronizar o processo de acolhimento de classificação de risco em todo território nacional (SOUZA *et al.*, 2011).

Para entendimento sobre esse dispositivo, basicamente, toma-se por esteio o que define o Ministério da Saúde afirmando que o acolhimento constitui:






“[...] primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências” (BRASIL, 2002, p.2).

O regulamento técnico para funcionamento dos serviços de urgência, acima referido, publicado na Portaria GM/MS nº 2.048/2008, em seu anexo, item 2.4.7, assim define a responsabilidade pelo acolhimento enquanto triagem classificatória:

“[...] deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002, p.20).

É importante ressaltar o acolhimento que se trata de uma ação que possa ser desempenhada por qualquer profissional da área de saúde treinada para este fim. Já a Classificação de Risco (CR), em específico, é responsabilidade do enfermeiro, que deve realizá-la através de consulta de enfermagem. Para este fim, o enfermeiro, com base em um protocolo preestabelecido classifica o usuário utilizando um sistema de cores discriminado com mostra o esquema abaixo (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- | | | |
|---|-----------|--|
|  | 1. | Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato; |
|  | | Laranja: prioridade 1 - muito urgente, tempo- máximo aceitável: 10 minutos; |
|  | 2. | Amarelo: prioridade 2 – urgência, tempo máximo aceitável: 60 minutos; |
|  | 3. | Verde: prioridade 3 – pouco urgente, tempo máximo aceitável: 120 minutos; |
|  | 4. | Azul: prioridade 4 – consultas de baixa complexidade, tempo máximo aceitável: 240 minutos; |

3 METODOLOGIA

Estudo do tipo revisão de literatura integrativa que para a elaboração percorreu as seguintes etapas: estabelecimento do objetivo da revisão integrativa; demarcação de critérios de inclusão e exclusão de artigos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa, a apresentação da revisão.

Para nortear esta pesquisa formulou-se a seguinte questão: qual o papel do enfermeiro no processo de classificação de risco no setor de urgência?

A coleta de dados foi realizada por meio das bases de dados MedLine/PubMed, LILACS, Scielo, Bireme e Google acadêmico, entre março e outubro de 2014, empregando-se os Descritores em Ciências da Saúde: classificação de risco; urgência; enfermagem.

Para tanto, utilizou-se um roteiro estruturado com as informações: base de dados, local de realização do estudo, autores, título do artigo, objetivo, desenho do estudo, temática, principais resultados e conclusão.

Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos disponíveis nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados entre 2004 e 2014, que abordassem assuntos correlatos à Enfermagem no processo de classificação de risco e cujos textos completos fossem de livre acesso on-line. Assim, excluíram-se os artigos com ano de publicação inferior a 2000 e as duplicidades.

Para análise crítica dos artigos realizou-se leitura completa com as respectivas sínteses. Posteriormente foram classificados por ano de publicação; local de desenvolvimento das pesquisas e temáticas abordadas. Os resultados foram apresentados em tabelas com frequências e percentuais e a discussão respaldada com a literatura.

Os dados utilizados neste estudo foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa, observando rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos que foram pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação das partes das obras consultadas.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Encontrou-se um total de 30 artigos, contudo, só foram utilizados 19 artigos que compartilhavam com o objetivo da pesquisa em questão.

Os artigos estavam dispostos da seguinte forma nas bases de dados: LILACS (2 artigos), SCIELO (9 artigos), MEDLINE (2 artigos), BIREME (2 artigos) e GOOGLE ACADÊMICO (4 artigos).

Em relação ao ano de publicação houve predominância no ano de 2012 (6). Todavia, houve uma equiparidade entre os anos de 2005 (1), 2007 (1), 2008 (1) e 2009 (1). Já nos demais anos, tivemos em 2010 (3), 2011 (5), 2012 (6) e 2013 (2).

Tabela 01 - Disposição dos artigos conforme ano de publicação, 2014.

Ano de publicação	Número de publicações	(%)
2005	1	5
2007	1	5
2008	1	5
2009	1	5
2010	3	5
2011	5	5
2012	6	0
2013	2	0

No que concerne ao local das publicações, a região Nordeste apresenta índices baixos, em relação à região Sul e sudeste. É importante destacar que durante o estudo não foram encontrados estudos realizados nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Tabela 02 - Distribuição dos artigos de acordo com o local em que foram desenvolvidas as pesquisas, por regiões, 2014.

Região	Número de publicações	(%)
Sul	10	52
Sudeste	7	37
Nordeste	2	11

Vislumbrou-se ainda que, houve uma predominância em pesquisas do tipo qualitativa (10) em detrimento as quantitativas (7). Contudo, apareceram estudos quanti-qualitativos (2).

Tabela 03 - Distribuição das publicações a partir dos objetos de pesquisa, 2014.

Tipos de pesquisa	Número de publicações	(%)
Qualitativ	10	2,5
Quantitativas	7	7
Qualitativas/Quantitativas	2	0,5

E como temática mais abordada, apareceu, de maneira holística, a avaliação da classificação de risco e suas ferramentas (57,9%) e, por outro lado o papel da equipe de enfermagem frente a esse processo (42,1%).

Tabela 04 - Classificação das publicações conforme a temática.

Temática	Número de publicações	(%)
Avaliação da CR	11	57,9
Papel da equipe de enfermagem na CR	8	42,1

O atendimento ao usuário se dá através da atuação em equipe e da integração entre as diferentes categorias de profissionais nas unidades de urgência e emergência (REGINA et al., 2009). Ratificando com tais pressupostos, Bellucci Júnioe Matsuda (2012) afirmam que o acolhimento ao usuário nos serviços hospitalares de emergência podem ser realizados por todo profissional em saúde, desde que, este esteja treinado para este fim.

Outros estudos que reforçam ainda mais essa informação foram publicados por Alves, Ramos, Penna (2005) destacando a importância da integração e articulação das diferentes categorias profissionais e ramos do conhecimento em prol de uma assistência oportuna e livre de riscos, pautada na troca, cooperação e respostas imediatas ao usuário nas unidades de emergência hospitalares.

Contudo, a classificação de risco é responsabilidade específica do enfermeiro, pois se tratar de um profissional de nível superior com conhecimento necessário para desempenhar esta tarefa (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). Para isso, o enfermeiro se baseia na tomada de decisão que se dará através de uma escuta qualificada. O julgamento clínico e crítico das queixas irão direcionar para um raciocínio lógico, que determinará o risco. Este

CAMARA et al. (2015)

juízo se dá por meio de entrevista, análise exame físico sucinto, verificação de dados vitais e eventualmente algum exame complementar (ECG ou glicemia capilar) para que seja possível formulação de cada caso.

Ademais, além de analisar a informação clínica, o enfermeiro deve compreender e gerenciar o mecanismo de categorização do risco de cada usuário. Para isto, o enfermeiro utiliza um protocolo previamente selecionado como diretriz técnica que embasa teoricamente a sua decisão. É o enfermeiro quem decide qual e quanta informação precisará ser obtida sobre o estado de saúde de um cliente, avaliando tanto dados objetivos quanto subjetivos. O protocolo deverá ser a diretriz orientadora, trazendo experiências concretas e embasadas cientificamente (SOUZA; BASTOS, 2008).

Corroborando e contribuindo com outros aspectos Acosta, Duro e Lima (2012) afirmam que o enfermeiro deve realizar a coleta de informações, baseando-se, principalmente, na escuta dos antecedentes clínicos e da queixa principal somada à análise de exame físico, a fim de se identificar os sinais e sintomas, possibilitando o reconhecimento de padrões normais ou alterados e o juízo de probabilidade do risco.

Além disso, o enfermeiro interpreta também os sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos do paciente, para verificar a credibilidade da informação clínica. Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro na classificação de risco também é influenciado por aspectos sociais e pelo contexto de vida em que o usuário se encontra. Assim, o enfermeiro utiliza a avaliação intuitiva para exercer a classificação a partir da aparência física e do modo que o paciente apresenta o seu problema (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Contudo, essa não é uma tarefa fácil para o enfermeiro, pois diante de uma pesquisa realizada por Maggi e Dal (2010) realizaram pesquisa nas unidades de emergência do serviço público na cidade de Porto Alegre - RS. A pesquisa buscou conhecer as vivências de uma equipe de enfermagem em relação ao colhimento de classificação de risco. A partir desta análise, foi possível descrever o contexto organizacional onde as práticas estão inseridas, assim como constatar que o profissional de enfermagem convive em um ambiente agitado e encontra-se diante de uma complexa gama de necessidades.

Além disso, muitos destes profissionais, embora apresentem conhecimento sobre a finalidade das propostas do acolhimento durante a classificação de risco, demonstram não compreender sua abrangência, identificando o acolhimento apenas como uma parte do atendimento, destinada apenas a um local (MAGGI; DAL, 2010).

Baseado no estudo de (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011) é possível atrelar as dificuldades encontrada no acolhimento de classificação de risco em virtude do baixo número de estudos no território nacional.

Poucos são os estudos que abordam sobre gerenciamento à qualidade em SHE com foco na atuação do enfermeiro, o que pode levar ao entendimento de que ainda são poucos os pesquisadores que se envolvem com esse tema. A temática abordada na produção científica nacional dos últimos 10 anos, especialmente naquelas publicadas na segunda metade desse período, concentram-se em relatar a atuação de enfermeiros na promoção da humanização do cuidado e do cuidador. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011)

Concordando com esses resultados, estudo realizado na cidade de Santa Catarina cujo objetivo foi conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar avaliaram o acolhimento com classificação de risco, foi possível concluir que houve melhora no atendimento, porém, a falta de referência e contrarreferência dificulta a garantia de um atendimento de qualidade aos usuários e gerar insatisfação dos profissionais de enfermagem.

Nesse sentido, Bellucci Júnior e Matsuda (2012) também evidenciaram que no serviço de emergência investigado, o Acolhimento com Classificação de Risco ainda não atende a todos os objetivos da humanização propostos pelo Ministério da Saúde, haja vista que há necessidade de melhorias relacionadas aos itens: sinalização do ambiente, atuação dos trabalhadores conforme a proposta do Acolhimento com Classificação de Risco, conforto aos usuários e funcionamento dos mecanismos de contrarreferência.

Em estudo realizado na cidade de Natal/RN, com objetivo de descrever a percepção do enfermeiro a cerca da humanização e acolhimento com classificação de risco Neto *et al* (2013) concluíram que os enfermeiros entendem os conceitos ampliados de acolhimento e humanização, porém, a prática depende da forma como cada um os aplica, tornando essa atividade uma subjetividade que envolve o cotidiano profissional.

Além disso, os autores afirmam ainda que apesar do entendimento destes conceitos, ainda existe dificuldade na implementação de tal política, pois, muitos serviços não oferecem condições para tal e, ainda, é necessário maior capacitação dos profissionais. Ou seja, o enfermeiro, como potencial utilizador e implementador desse processo demanda de uma capacitação específica. Dessa forma, torna-se necessário também um maior número de estudos aprofundados sobre as condições, fatores que facilitam e dificultam tais práticas.

CAMARA *et al.* (2015)

Contudo, atualmente, há poucos trabalhos nacionais que abordam essa temática, e menos ainda, evidenciando o papel do enfermeiro no processo de acolhimento com classificação de risco (SOUZA; BASTOS, 2008).

Trabalho com grande contribuição, no sentido de evidenciar a necessidade de dar mais qualidade aos serviços de emergência, foi realizado por Albino *et al* (2007) que evidenciou a importância da implantação da classificação de risco estruturada para os usuários que aguardam por atendimento, nos serviços de emergência.

Não é mais admissível que mantenhamos o atendimento nesses serviços por ordem de chegada dos pacientes, colocando em risco de morte indivíduos em real situação de urgência, enquanto prestamos assistência a outros que deveriam estar no posto de assistência básica (ALBINO *et al.*, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos desafios encontrados o acolhimento e a classificação de risco se mostram dispositivos indispensáveis para um processo de trabalho mais eficaz, e de fundamental importância para avaliação da clientela assistida, possibilitando o aumento do acesso, bem como sua oferta equânime.

Vislumbra-se também à necessidade de buscar e criar os pontos de atenção necessários para dar respostas às demandas e necessidades dos usuários tentando ampliar a resolutividade do sistema municipal de saúde, práticas de acolhimento em todos os pontos de atenção, grande ampliação da capacidade instalada pública, organização de ações de regulação, controle e avaliação, um trabalho junto aos profissionais com vistas a mudanças de práticas na relação com os usuários, e adoção de mecanismos e fluxos de encaminhamentos de pacientes entre os serviços.

Nesse sentido, o enfermeiro é peça chave no funcionamento eficiente deste dispositivo, pois a classificação de risco é responsabilidade específica do enfermeiro. É ele quem realiza o julgamento clínico e crítico das queixas e, a partir destas informações, determinará o risco para cada caso. Contudo, para este fim, o enfermeiro deve conhecer todas as etapas do processo de maneira holística e, além disso, ele deve observar a abrangência do ACR, desmistificando a ideia de que se trata apenas de um local ou parte do atendimento.

Apesar das dificuldades e carências que fragilizam o trabalho do enfermeiro nesse processo, o conhecimento acerca da ausculta qualificada, julgamento clínico e crítico de exames sucintos, assim como, análise psicológica, interpessoal de cada paciente favorece o

juízo apropriado de cada caso influenciando diretamente na sua eficiência e eficácia do ACR.

É válido destacar que ainda há muito que construir para melhorar a qualidade das ações já implementadas, instaurando outras ações ainda não efetivadas e continuar aperfeiçoando os fluxos e os mecanismos de controle social. E ainda, tal proposta constitui-se numa ferramenta no campo da produção científica, tendo em vista o melhoramento do conhecimento científico daqueles que se interessam por tal temática.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A.; DURO, C.; LIMA, M. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, p. 181-190, 2012.
- ALBINO, R.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 6, 2007.
- ALVES, M.; RAMOS, F.; PENNA, C. Interdisciplinary work: possible approaches in the view of nurses in an emergency unit. **Texto e Contexto-Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 323-331, 2005.
- BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, 2012.
- _____. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 10, 2011.
- _____. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2012.
- BRASIL. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências, 2004a. v.29.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde – HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- CAVALCANTE, R. et al. Acolhimento com Classificação de Risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2013.

CAMARA et al. (2015)

CARVALHO, Maria Angélica; ELIZABETH, A.; ARAÚJO, Zeidi T. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, 2011.

COUTINHO, A.; CECÍLIO, L.; MOTA, J. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais-Rmmg**, v. 22, n. 2, 2012.

DAIANA MAGGI, Z.; DAIANE DAL, P. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, 2010.

DAIANE DAL, P.; LIANA, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Escola Anna Nery**, v. 15, 2011.

DUARTE, Kalyane Kelly et al. Impact of the implementation of patient engagement with risk classification for professional work of one urgent care unit. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, 2013.

ESTELA REGINA, G. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 18, 2009.

NASCIMENTO, E. et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 5, 2011.

NETO, A. et al. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 276-286, 2013.

PÉREZ JÚNIOR E.F. et al. Implementação da classificação de risco em unidade de emergência de um hospital público do rio de janeiro – um relato de experiência. **Cuidado é fundamental online**, v. 4, n. 1, p. 10, 2012.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2011.

SOUZA, R.; BASTOS, M. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 581-586, 2008.

ULBRICH, E. et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010.