

Classificação de Risco Na Gestão dos Serviços de Urgência e Emergência

The Challenges of Risk-Heald Hosting In Urgency and Public Emergency Units

MARQUES, Selma Aparecida Pinheiro¹

CARMO, Rosangela Rosa²

CARVALHO, Fabiana Aparecida dos Santos³

1. Acadêmica do curso de Pós-graduação em Urgência e Emergência, do Instituto Health.
2. Acadêmica do curso de Pós-graduação em Urgência e Emergência, do Instituto Health.
3. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC Goiás e Coordenadora Geral do Instituto Health de Pós- Graduação

RESUMO:

O presente estudo objetivou justificar a necessidade da classificação de risco como estratégia para auxiliar a gestão dos atendimentos de urgência e emergência. Para isso, foi realizado um estudo do tipo bibliográfico, descritivo e exploratório, utilizando-se as bases de dados Scielo, Bireme e Lilacs. Os resultados obtidos mostraram que o protocolo de acolhimento com classificação de risco foi criado para dar prioridade de atendimento aos pacientes considerados críticos. Para a realização da classificação de risco é necessária à utilização de um protocolo pré-estabelecido pela instituição de saúde, tendo sido identificado que o enfermeiro é o profissional mais indicado para realizar a classificação de risco nas unidades de urgência e emergência. Foi possível concluir que essa classificação atende às necessidades das unidades de saúde, além de ajudar a diminuir a superlotação e auxiliar os profissionais de saúde a identificarem as queixas mais frequentes e, assim, direcionarem o atendimento no local e no tempo adequado.

Palavras-chave: classificação de risco; acolhimento; urgência e emergência.

The Challenges of Risk-Heald Hosting In Urgency and Public Emergency Units

ABSTRACT:

This work has as its theme the challenges of the host with risk rating in emergency units and emergency public, aims to make an analysis about how this process occurs in health facilities, with a view to better understand its importance in the lives of users seeking health services. Studies show that every day that service is increasing and gaining importance because it is a way to improve procedures to health, with a view to streamline the complexities involving the screening in health facilities. In this sense, the objective of this research is to increase knowledge about the challenges and possibilities of the host with risk rating in emergency units and emergency public in the process of emergency care. In this perspective, that research takes study of character bibliographical through a literature review. Based on the results it is clear that this type of host is an essential act for users to have a satisfactory service. But for its effectiveness number of factors, including proper environment, tools and professional qualification

Keywords: Host. Classification. Risk. Challenges. Urgency. Emergency.

1 Introdução

Os serviços de urgência e emergência vêm passando, nas últimas décadas, por inúmeras dificuldades devido ao aumento da demanda nas unidades de saúde, que tem levado a uma superlotação¹.

Para o Sistema Único de Saúde (SUS), o aumento no crescimento do número de acidentes, assim como a violência urbana, tem gerado um grande abalo e contribuído para a sobrecarga dos serviços de saúde².

Devido à superlotação, o Ministério da Saúde (MS), em 2004, criou políticas para reorganizar o atendimento, visando solucionar adequadamente os problemas, classificando os pacientes e criando estratégias dinâmicas com qualidade e com a expectativa de estender a demanda da saúde a todos que necessitam do serviço. Essas políticas priorizam o atendimento imediato, que deixa de ser por ordem de chegada e passa a ser avaliado pelo grau de gravidade da necessidade de cada usuário, sem ocasionar superlotação e tumulto nas unidades¹.

A Política Nacional de Humanização (PNH) criada pelo SUS – denominada de Humaniza SUS – estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, estabelecendo um trabalho mais humanizado, contando com afeto, atenção e vínculo entre profissional/usuário. Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do MS, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. Tem como diretrizes o acolhimento, a gestão participativa e a cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. Dentre elas destaca-se, na classificação de risco, a diretriz do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), que visa dar prioridade ao atendimento e tem como objetivo atender a todos³.

Essa diretriz tem como propósito identificar os agravos que podem esperar por atendimento médico com segurança dos que não podem esperar, bem como as prioridades no atendimento, garantindo um tratamento com qualidade e eficiência. A pessoa mais indicada a fazer AACR é o enfermeiro¹.

A classificação de risco tem por objetivo minimizar os problemas de saúde e a superlotação nas unidades de emergências, ordenando o atendimento dos pacientes que necessitam de cuidados imediatos. Para alguns, ela pode ser entendida como uma forma de “selecionar, escolher, separar”, tendo sido originada da triagem e praticada nas guerras napoleônicas⁴.

Após a criação da PNH e com a implantação do AACR, a organização nas unidades de urgência e emergência passou por uma mudança, principalmente na redução de morte dos pacientes, pois tornou possível avaliar e reduzir o tempo de espera nas filas e possibilitou salvar vidas, além de tranquilizar os que podem esperar e também suas famílias, informando se o

paciente corre risco eminente de morte. Isso evita a superlotação e a espera em filas, bem como levou com que se avaliasse o paciente psicológica e fisicamente no momento da entrevista, por meio da escuta e do exame físico⁵.

Este estudo objetiva justificar a necessidade da classificação de risco como estratégia para auxiliar a gestão dos atendimentos de Urgência e Emergência.

2 Referencial teórico

A função da triagem nos serviços de urgências e emergências na década de 1950 e 1960 era reenviar de volta os soldados feridos o mais rápido possível de volta ao campo de guerra, devido à necessidade de atendimento imediato. Portanto, ela foi utilizada como apoio à guerra⁶.

Na década de 1980, ocorreu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que visava uma política de saúde democrática, descentralizada, universal e unificada. Desde a Reforma Sanitária, a saúde do Brasil vem passando por transformações, uma destas foi a implantação do SUS, em 1988^{7,8}.

A classificação de risco foi adotada, no Brasil, por meio de protocolos para ajudar a superlotação nas portas de entrada das unidades de pronto atendimento, protocolo esse desenvolvido por um grupo de profissionais em triagem na cidade de Manchester, na Inglaterra, em 1994, o qual recebeu o nome da cidade. O primeiro estado do Brasil a adotar esse protocolo foi Minas Gerais. Alguns países, entre eles os Estados Unidos, desenvolveram protocolos próprios que orientam a classificação dos pacientes⁹.

3 Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico, descritivo, exploratório utilizando bases de dados, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS).

O estudo descritivo-exploratório visa a aproximação e a familiaridade com o fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis¹⁰.

4 Resultados e Discussão

Nas últimas décadas, devido às grandes dificuldades nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde buscou soluções para esses problemas, tendo como desafio implantar instrumentos

técnicos, gerenciais e éticos, no intuito de garantir aos usuários da saúde o acesso à integralidade: “saúde é direito de todos e dever do Estado”^{11,12}.

A superlotação está relacionada à permanência de pacientes de baixa gravidade no serviço de emergência, sendo que eles poderiam ser atendidos em unidades básicas, minimizando essa situação¹.

A AACR trouxe benefícios aos serviços e aos usuários, tendo sido um dispositivo que chegou para reorganizar os serviços de saúde no Brasil¹³.

Essa implantação trouxe vários avanços, pois essa política visa um atendimento humanizado para acolher, atender e resolver os principais problemas de saúde da população. Isso gerou uma demanda muito grande, causando grandes filas para os atendimentos de serviços de urgência e emergência⁴.

4.1 Sistema de triagem-classificação de risco

Em 1996, foi desenvolvido, no Reino Unido, o Sistema de Triagem de Manchester (STM), implantado no Brasil em 2008. O estado pioneiro na implantação do Protocolo de Manchester é Minas Gerais, que passou a ser referência na utilização da classificação de risco no Brasil. A segunda cidade do Brasil a implantá-lo foi Curitiba^{6,11,14}.

O Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) é o representante oficial do Protocolo de Manchester no Brasil, licenciado para realizar a tradução em língua portuguesa. Ele avalia o processo de classificação de risco para utilização do STM nas redes de saúde a partir de profissionais treinados e formados por ele próprio. Para isso, eles avaliam as fichas obtidas por classificação de pacientes triados, podendo ter a margem de erro de 5% para cada profissional que classificam⁶.

O Ministério da Saúde passou a buscar soluções para implantar a classificação de risco em todo o território brasileiro a partir do GBCR, que tem se tornado uma referência nacional ao apoiar e colaborar com informações para essa implantação^{11,14}.

O Protocolo de Manchester dá prioridade clínica e define o tempo de espera do atendimento, baseando-se em sinais e sintomas. Tem 52 fluxogramas, sendo 50 deles utilizados para situações rotineiras e dois para as de múltiplas vítimas. Cada fluxograma contém discriminadores da definição de prioridade clínica do paciente, de acordo com a sua queixa, e o enfermeiro ou o médico seguem o fluxograma. O paciente é classificado de acordo com os sinais e sintomas relatados, que nortearão seu atendimento. O Protocolo de Manchester é uma ferramenta para o manejo seguro dos fluxos dos pacientes. Exemplo: paciente chega à Unidade de saúde e

relata dor torácica, sendo avaliado de acordo com o fluxograma do Protocolo de Manchester que garante prioridade clínica do paciente (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco).

Os protocolos mais conhecidos e utilizados com mais confiabilidade no estado clínico são: a) *Australasian Triage Scale* (ATS) – desde 1970, utilizado na Austrália; b) *Emergency Severity Index* (ESI) – desde 1999, nos Estados Unidos; c) *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS) – desde 1999, usado e implantado no Canadá; d) *Manchester Triage System* (STM) - desde 1996, no Reino Unido e, a partir de 2008, no Brasil⁶.

O protocolo de avaliação e classificação de risco é considerado uma ferramenta de grande utilidade nos serviços de saúde e a classificação de risco no Protocolo de Manchester atribui, por níveis de prioridade e de cor, o tempo de espera no atendimento^{11,14}.

A pessoa mais indicada a fazer a classificação de risco é o enfermeiro ou o médico, pois ambos os profissionais são capacitados para fazer a classificação¹⁵. A Portaria 2.048/2002 exige, para realizar o acolhimento com classificação de risco, que o profissional tenha nível superior¹⁴.

O enfermeiro se destaca por ter a função de tomar a decisão na classificação de risco, uma vez que sua atuação visa conhecimentos técnicos e científicos para cuidar e ordenar, avaliando a saúde dos pacientes, além de observar sinais vitais e realizar exames físicos com o intuito de identificar sinais e sintomas¹⁶.

5 Considerações Finais

As publicações deixam evidentes que o protocolo de acolhimento com classificação de risco foi criado a fim de organizar o atendimento e minimizar os agravos à saúde, com a finalidade de diferenciar os casos críticos, que necessitam de atendimento imediato, dos não críticos. Devido às superlotações nas unidades, o Ministério da Saúde preocupou-se em organizar esses serviços, buscando medidas para solucionar o problema e determinando prioridade para atendimento, implantando programas para o desenvolvimento e melhoria nos serviços de saúde. Os problemas identificados neste estudo foram: a grande espera dos usuários em filas, ocasionando superlotação nas unidades de saúde e gerando sobrecarga para os profissionais.

Conclui-se, assim, que esse protocolo atende as necessidades, diminuindo o tempo de espera nas filas por parte dos usuários e solucionando o problema da superlotação nas unidades de saúde.

Referências

- 1- Oliveira GN, Campanharo CRV, Okuno MFPO, Batista, REA. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional: Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Apr [acesso em 2017 Mar 14]; 21(2): 500-506. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200500&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200005>.
- 2- Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisa. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2010 [citado 2011 jun 08]; 12(4): 736-45. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>.
- 3- Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Atenção à Saúde; Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 4- Albino R, Grosseman S, Riegenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. Arquivos Catarinenses de Medicina 2007; 36(4):6.
- 5- Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 6- Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev Med Minas Gerais 2012; 22(2):188-98.
- 7- Shiroma LMB. Classificação de risco em um serviço de emergência no contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – um desafio para enfermeiros/as [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
- 8- Toledo AD. Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009

- 9- Junior DP, Salgado PO, Chianca TCM. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 Dec [acesso em 2017 Mar 14]; 20(6):1041-1047. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600005&lng=en.
- 10- Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2008.
- 11- Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2011 [acesso 7 nov 2011]; 19(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf.
- 12- Nascimento ERP, Neth BRHC, Bertoncetto GMBKCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2011 out/dez;13(4):597-603. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>.
- 13- Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2012; 14(3):541-549. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13462/13376>.
- 14- Teixeira VA, Oselame GB, Neves EBN. O protocolo de Manchester no Sistema de Saúde e a atuação do Enfermeiro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde** 2014; 12(2):905-920.
- 15- Ministério da Saúde (BR); COFEN, COREN-DF. Parecer COREN-DF Nº 005/2010. Atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco em urgência [acesso em 3 jul. 2015]. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/288/356>.
- 16- Lopes DGAF, Barbosa MSA, Cahet AQV. O enfermeiro na triagem com classificação de risco em urgência e emergência. **Revisão integrativa** 2013.

Tabela 1. Sistema de Triagem de Manchester (STM) – Protocolo utilizado no Brasil

Prioridade	Cor	Tempo
Emergente	Vermelho	0 minutos
Muito Urgente	Laranja	10 minutos
Urgente	Amarelo	60 minutos
Pouco Urgente	Verde	120 minutos
Não Urgente	Azul	240 minutos

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Disponível em:

<http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>.