

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER: UMA PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Classification of risk according to the protocol de Manchester:
a humanization proposal in urgency and emergency services

Margarete Inês Portela de Paula
Ursulla Vilella Andrade

Resumo: A classificação de risco é uma ferramenta que busca humanizar o atendimento, melhorar a gestão do processo, organizar a instituição, ofertar um atendimento e resolutividade para cada situação apresentada pelos clientes que buscam os serviços de urgência e emergência através da utilização do protocolo de Manchester. Este estudo tem por objetivo realizar um estudo sobre a classificação de risco propondo sugestões para humanizar a assistência nos serviços de urgência e emergência. Trata-se de uma revisão de literatura descritiva, com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico. Os termos utilizados foram: classificação de risco, urgência e emergência, atuação do enfermeiro e acolhimento. Portanto o enfermeiro assume um papel de grande importância no gerenciamento das ações em classificação de risco realizadas em unidades de urgência e emergência e que se faz necessária à busca de conhecimentos por meios de capacitações para prestar atendimentos de forma resolutiva e acolhedora.

Palavras-chave: Classificação de risco. Urgência e emergência. Atuação do enfermeiro e acolhimento.

Abstract: The risk classification is a tool that seeks to humanize care, improve the management of the process, organize the institution, offer a service and resolve for each situation presented by clients seeking urgency and emergency services through the use of Manchester protocol. This study aims to conduct a study on the classification of risk by proposing suggestions to humanize emergency and emergency services. It is a review of descriptive literature, with data collection from secondary sources, through a bibliographic survey. The terms used were: risk classification, urgency and emergency, nurses' performance and reception. The nurse assumes a role of great importance in the management of actions in risk classification carried out in emergency and emergency units and that it is necessary to search for knowledge by means of capacities to provide care in a resolute and welcoming way.

Key-words: Risk classification. Urgency and emergency. Nurses performance and care.

Margarete Inês Portela de Paula

Doutoranda em Administração de empresas pela UDE, Mestre em Economia, Especialista em Saúde Pública, Especialista em Docência Superior, Especialista em Gestão Empresarial, Especialista em Segurança do Trabalho, Especialista em Enfermagem do trabalho, Discente do Curso de Administração. É professora na Universidade Presidente Antonio Carlos (Uberlândia). E-mail: margaretepaula@uol.com.br

Ursulla Vilella Andrade

Mestre graduada pela Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC/BA. Especialista em Saúde Pública - sanitarista. Mestre em doenças infecciosas e parasitárias pela UFMS. É docente do curso de enfermagem da UCDB.

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência, por múltiplas razões, tem se tornado porta de entrada do sistema de saúde. A superlotação, gerada pelo aumento da demanda decorrente do crescente número de acidentes, da violência urbana, do envelhecimento populacional e, ao modelo de enfrentamento das condições crônicas na lógica das condições agudas que prejudica a qualidade no atendimento e causa descontentamento aos usuários (BRASIL, 2006 b).

O objetivo deste estudo é descrever a classificação de risco utilizando o protocolo de Manchester e propor sugestões para a humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência, bem como apresentar a importância do trabalho do enfermeiro frente a esse serviço.

Quanto à abordagem este estudo se caracteriza como pesquisa exploratória bibliográfica, desenvolvida a partir de livros, publicações periódicas como artigos científicos de revistas ou jornais científicos, disponíveis em bibliotecas ou internet e obras acadêmicas como TCC (Trabalho de conclusão de curso), dissertação de mestrado, tese de doutorado, disponíveis em bibliotecas ou internet sobre o assunto proposto. Foram utilizados para identificação e localização das fontes, as bases de dados eletrônicos MEDLINE, LILACS (MEDLINE é uma base de dados da literatura internacional da área, médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine, USA - NLM, LILACS é uma base de dados cooperativa do Sistema BIREME) e SciELO (Scientific Electronic Library Online - SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros), portarias e manuais do Ministério da Saúde. Esse estudo aborda a classificação de risco realizada por enfermeiros, após abertura da ficha de atendimento na recepção pelo paciente. A partir de então, o acolhimento com classificação de risco passou a ser a forma de gestão e organização da porta de entrada do serviço de emergência e urgência visando a organização do atendimento por prioridade clínica, e não mais por ordem de chegada, conforme recomendado pela Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006b). Como critério de inclusão de pesquisas neste estudo utilizou-se os termos classificação de risco, urgência e emergência, atuação do enfermeiro e acolhimento, nos últimos anos, com textos disponíveis sobre o assunto. Devido o grande número de estudos publicados foi priorizada a leitura de pesquisas diretamente relacionadas com os descritores nos últimos 10 anos (2005 a 2014) e que desse subsídio a discussão teórica.

Conclui-se que o enfermeiro tem importância no gerenciamento das ações em classificação de risco realizadas pelo enfermeiro em unidades de atendimentos de urgência e emergência e que se faz necessária à busca contínua de conhecimentos por meios de capacitações a fim de se prestar atendimentos de forma resolutiva e acolhedora.

REVISÃO DE LITERATURA

A superlotação, gerada pelo aumento da demanda decorrente do crescente número de acidentes, da violência urbana, do envelhecimento populacional e, ao modelo de enfrentamento das condições crônicas na lógica das condições agudas, prejudica a qualidade no atendimento e causa descontentamento aos usuários (BRASIL, 2006 b). Essa realidade se agrava por problemas organizacionais dos processos de trabalho, que preconiza o atendimento por ordem de chegada em detrimento da gravidade dos casos. Isso, aliado a incapacidade da rede básica em atender, com resolutividade, a demanda de usuários que buscam serviços públicos, pode acarretar graves problemas aos pacientes, uma vez que estes recorrerem ao serviço de emergência para obter atendimento imediato, local em que poderão realizar exames e receber medicações, o que gera sobrecarga ao setor de emergência dos hospitais, prejudicando o atendimento aos usuários que realmente necessitam de atendimento emergencial e aumenta a demanda com cuidados que poderiam ser realizados em outro nível de atenção (MARTINS, 2012).

Nesse sentido, estudos mostram o crescente aumento da procura por serviços de emergência e urgência, sendo que aproximadamente 40% destes, não necessitariam, efetivamente, de cuidados nesse nível (ANDRADE, 2002), fato este, impacta na redução da eficiência, dificultando adequadas respostas às reais necessidades da população.

Com o intuito de reverter este cenário, o Ministério da Saúde brasileiro vem buscando alternativas para organização da rede de atenção às Urgências e Emergências. Em 2003, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo como principal objetivo a reorganização dos serviços de saúde, a redução das filas e do tempo de espera, a ampliação do acesso com atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, de acordo com os princípios da universalidade, integralidade e a equidade da atenção em saúde que alicerçam o Sistema Único de Saúde (SUS).

A humanização, vista como política transversal, que ultrapassa as diferentes ações e instância gestoras do SUS, ao integrar os diferentes níveis da rede de atenção à saúde, busca potencializar a corresponsabilidade na produção da saúde dos diferentes atores que constituem o SUS e envolve a mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Busca humanizar com a oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos e escuta qualificada, a melhoria de ambientes de cuidado e de condições de trabalho aos profissionais (MARTINS, 2012).

O acolhimento com classificação de risco, no contexto dos serviços de urgência e emergência, tem sido analisado como estratégia para a reorganização da assistência, com eixo estruturante no trabalho em equipe multiprofissional, uma vez que gera reflexão e mudança nos modelos de organização dos

processos de trabalho, por meio da criação de espaços de escuta qualificada, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliação da capacidade da equipe de saúde de responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilização do potencial dos demais profissionais (MARTINS, 2012).

A enfermagem se insere, neste contexto, na medida em que o Conselho Federal de Enfermagem, na Resolução nº 423/2012, e Ministério da Saúde, definem a Classificação de Risco dos pacientes, que procuram os serviços de urgência e emergência, como atividade do enfermeiro, que deve ser orientada por protocolos.

Os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) tem emitido diferentes pareceres sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco, dentre os quais, o de São Paulo, em 2009, esclareceu que o processo de acolhimento com classificação de risco é uma atividade que está de acordo com as atribuições do enfermeiro, por ser considerada estratégia de trabalho, que pressupõe mudanças que vão atender as necessidades da população assistida, dos profissionais e instituições comprometidas com a saúde do ser (COREN-SP, 2012).

Os protocolos são eficientes ferramentas para padronização de procedimentos em atividades similares, diminuindo o viés da subjetividade implicado na avaliação da queixa do paciente que procura o serviço de urgência e emergência (MARTINS, 2012). A avaliação dos níveis de risco consiste em um primeiro atendimento em que se identifica a situação de saúde do usuário, a partir da queixa principal, e o classifica conforme prioridade de atendimento, de acordo com o risco de vida (BRASIL, 2012).

Habitualmente, são usados cinco níveis de risco traduzidos em cores: vermelho-atendimento imediato, laranja-atendimento muito urgente, amarelo- atendimento o mais rápido possível, verde- prioridade não urgente, e azul- consultas de baixa complexidade (SOUZA, 2011). Assim a segurança na escolha de um protocolo se deve a critérios de análise, validação e confiabilidade.

3.1 Protocolo de Manchester

Em uma revisão na literatura acerca da evolução dos modelos de triagem/classificação de risco, verifica-se que nas décadas de 1950 e 1960 se dá o início da classificação de risco nos hospitais civis dos Estados Unidos devido às experiências obtidas nos atendimentos em épocas de guerras. No período de 1970 a 1980 as discussões ficaram centradas nas questões éticas da triagem e no potencial de redução do tempo de espera dos pacientes. Já no final da década de 80, Canadá e Reino Unido ratificavam a importância da triagem, tendo sido a Inglaterra o país de maiores avanços, uma vez que praticamente todos os serviços de emergência do país possuíam enfermeiros realizando a classificação de risco (LAHDET, 2003).

Alguns protocolos/escalas de triagem/classificação de risco se consolidaram, internacionalmente, como no caso, da Escala Americana Emergency Severity Index (ESI), desenvolvida em 1998 e implantada nos hospitais americanos de ensino a partir de 1999. A *Australasian Triage Scale* (ATS) criada em 1970, a canadense, *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS), em 1999, traduzida para o português e validada para a realidade brasileira pela Universidade de Campinas e na Inglaterra, o protocolo *Manchester Triage System* (MTS), criado pelo Grupo de Triagem de Manchester, constituído por médicos e enfermeiros, em 1994 (PIRES, 2009).

Os Enfermeiros classificadores do protocolo de Manchester seguem as cores utilizadas para classificação que são: vermelha, que deve ter atendimento imediato; laranja para espera de até 15 minutos (embora o Protocolo de Manchester preconize 10 minutos); amarelo, até 60 minutos; verde, até 120 e o azul até 240 minutos. Em geral, os classificados com vermelho, e laranja são encaminhados para atendimento na sala de emergência e acompanhados por uma enfermeira da classificação até a chegada da enfermeira assistencialista. Os demais aguardam a chamada do médico conforme a classificação recebida (PIRES, 2009).

De uma forma geral, essas escalas estratificam o risco em cinco níveis de prioridades, estabelecendo tempo limite de espera para atendimento médico em cada nível de classificação. As escalas trabalham com critérios clínicos guiados por fluxogramas.

A *Manchester Triage System*, protocolo de Manchester, foco desse estudo, foi criada visando o desenvolvimento de uma sólida metodologia de triagem; de um programa de formação; e de um guia de auditoria para a triagem. Foram criadas cinco categorias de gravidade e atribuídas a cada uma delas uma cor, um número e um nome, e definidos os tempos limites de espera até o primeiro contato com o médico do serviço de urgência e emergência, sendo: Emergente (vermelho), Muito urgente (laranja), Urgente (amarelo), Pouco urgente (verde) e Não urgente (azul) com tempo alvo de 0, 10, 60, 120 e 240 minutos, respectivamente (MAFRA, et al., 2009).

O Protocolo de Manchester não tem por objetivo fornecer ao avaliador um diagnóstico médico, mas sim uma prioridade clínica ao atendimento do paciente, baseado nos sinais e sintomas por ele apresentados. Cada nível de prioridade clínica é composto por sinais e sintomas que os discriminam, sendo estes chamados discriminadores apresentados na forma de cinquenta e dois fluxogramas, no intuito de guiar a avaliação da queixa principal apresentada pelo paciente no momento da (MAFRA, et al., 2009).

Ainda descreve que, a tomada de decisão do enfermeiro seguirá cinco passos: a identificação do problema, por meio da coleta de dados buscando identificar a queixa principal para então escolher o fluxograma de apresentação, principal passo para realizar a classificação de risco adequadamente. Uma vez determinada a prioridade clínica, é de suma importância a monitorização e reavaliação deste paciente, tendo em vista que a

condição clínica pode piorar ou melhorar, aumentando ou diminuindo o nível. No Brasil, esse protocolo foi implantado, inicialmente, em Belo Horizonte, no Hospital Odilon Behrens (MAFRA, et al., 2009).

Atualmente, se apresenta um cenário favorável para conhecer a acurácia na classificação de risco realizada pelo enfermeiro do serviço de emergência e urgência no uso de tais protocolos, tecnologia que visa a reorganização do processo de trabalho e ampliação do acesso dos usuários ao sistema de saúde, com o atendimento médico por prioridade clínica e não por ordem de chegada (MARQUES, 2014).

Sabemos da necessidade de avaliar a precisão dos enfermeiros na classificação de risco, uma vez que o enfermeiro tem competências para realizar tal atividade, no entanto, muitas vezes faz-se necessária a sua capacitação, visto que tal conteúdo geralmente não está contemplado em sua formação.

3.2 Sistemas urgência e emergência no Brasil

Nos últimos anos, as áreas de urgência e emergência tem se constituído em segmentos problemáticos no Sistema de Saúde. O crescimento do número de acidentes e da violência urbana, aliado a insuficiência na estruturação da rede de atendimento são fatores que tem contribuído para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência (BRASIL, 2013).

No ano de 2007, as principais causas de morte no País foram cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, diabetes e outras doenças crônicas (BRASIL, 2013, p.11). Esses serviços, abertos nas 24 horas do dia, acabam acolhendo, além das urgências e emergências, usuários sem atendimento na atenção primária e especializada, funcionando como “porta de entrada” do sistema de saúde. Tais demandas contribuem para a superlotação e comprometimento da qualidade da assistência à população.

O Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios vem adotando medidas na tentativa de consolidar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, gerenciados com base nas diretrizes e Regulamento Técnico da Portaria número 2048/GM, de 05 de novembro de 2002, que prevê a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, que facilitam a organização da assistência, por meio da articulação entre os serviços, da definição de fluxos e referências resolutivas, promovendo assim, a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada (BRASIL, 2002).

Na estruturação dos serviços, por meio dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, é necessário envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar (unidades básicas de saúde, programas de saúde da família, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc), até a rede hospita-

lar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. Estes diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência (BRASIL, 2002).

Dentre os princípios e diretrizes dos Sistemas de Urgência e Emergência, destaca-se as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, envolve temas como: elaboração dos Planos de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgência e proposição de grades curriculares para a capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2003, p. 41).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), vista como rede complexa, está composta por diferentes pontos de atenção, a fim de satisfazer as necessidades de atendimento às urgências por meio de ações diversas. Desse modo, é necessário que seus componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Serviços de Atendimento Móvel às urgências, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e componentes da atenção hospitalar, atuem de forma integrada, articulada e sinérgica.

De forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso, representados na Figura 1.



Fonte: SAS/MS (2011)

A promoção, prevenção e vigilância em saúde tem o objetivo de estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente, voltadas para a vigilância e a prevenção das violências e dos acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade para a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde.

As violências interpessoais e as lesões decorrentes de acidente, em especial aquelas causadas no trânsito, são vistas com prioridade na RUE para além da atenção à vítima, mas também na incorporação de práticas

cuidadoras que tenham como eixos a integralidade do cuidado e a humanização da atenção (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica tem como objetivo a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, mediante implantação do acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2013, p. 23).

O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, tem como objetivo ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas, mediante o envio de veículos tripulados por equipes capacitadas, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade. Possui uma central de regulação médica das urgências, definida como uma estrutura física com a atuação de profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores, capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandem orientação ou atendimento médico de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferência dentro da Rede de Atenção à Saúde (Portaria MS/GM n. 1.010, de 21 de maio de 2012).

Dessa forma, a Atenção Hospitalar, na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, é constituída por: Portas hospitalares de urgência e emergência; Enfermaria de retaguarda clínica; Unidades de cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados; Leitos de terapia intensiva; Organização das linhas de cuidado prioritárias: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); Acidente Vascular Cerebral (AVC); Traumatologia.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas públicas promotoras da saúde e da cultura de paz, estabelecendo prioridades de ações em consonância com a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria MS/GM n. 687, de 30 de abril de 2006).

3.3 As urgências e emergências e a atenção primária à saúde

O atendimento das urgências e emergências de baixa gravidade/complexidade são atribuições da atenção básica, independente de estarem qualificadas para atenção básica (PAB) ou atenção básica ampliada (PABA) (BRASIL, 2003). Dentro dessa concepção, “é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos e crônicos agudiza-

dos de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência pela Portaria n. 2.048/GM, p. 55” (BRASIL, 2003, p. 41).

A Atenção Básica em Saúde tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011).

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Portaria MS/GM n. 2.488/2011). A Atenção Básica deve ser resolutiva capaz de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde.

No que se refere ao processo de trabalho das equipes com foco na urgência e emergência, os profissionais devem realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e análise de vulnerabilidades, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências (MAFRA, 2002).

3.4 Unidades não hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências – UAI

São estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, integrantes do Sistema Estadual de Urgências e Emergências, que devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. Estas unidades têm como principais atribuições: atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade; descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade; dar retaguarda às unidades básicas de saúde da família e diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade (BRASIL, 2003).

3.5 Atendimento hospitalar às urgências e emergências

De acordo com o Regulamento Técnico, da Portaria 2.048/GM, nenhum pronto socorro hospitalar poderá apresentar estrutura inferior à de uma unidade não hospitalar de atendimento às urgências e emergências.

De acordo com as definições desse regulamento, as unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências, classificam-se em:

a) unidades gerais: são unidades hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências Tipo I, instaladas em hospitais gerais de pequeno porte, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade e, no Tipo II, também são instaladas em hospitais gerais, de médio porte, aptos a assistência hospitalar, do segundo nível da média complexidade.

b) unidades de referência: se referem a unidades hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências Tipo I, II e III. Essas unidades são instalados em hospitais gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente a média e alta complexidades. Constituem-se em referência de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002).

Na organização da estrutura, tanto as unidades gerais quanto às especializadas devem possuir: recursos humanos capacitados e treinados no atendimento a urgência e emergência, com escala de treinamento aos novos funcionários (certificar anualmente e re-certificar a cada dois anos); médico responsável técnico; enfermeiro coordenador e, equipe médica e de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento nas 24 horas (BRASIL, 2002).

As áreas físicas da unidade deverão se enquadrar às normas estabelecidas pela legislação, a Resolução n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Resolução n. 5, de 5 de agosto de 1993, do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA).

A área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho, complexidade e perfil assistencial da unidade e adequado para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e agravos específicos em situação de urgência e emergência (Política Nacional de Atenção às Urgências, Série E, 2003, p. 41).

3.5 Rotinas do funcionamento e atendimento de uma unidade de urgência e emergência

A unidade deve possuir rotinas de funcionamento e atendimento escritas, atualizadas a cada 4 anos e assinadas pelo Responsável Técnico pela unidade. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na

assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até operacionais e técnicos. Também, deve haver uma rotina de manutenção preventiva de materiais e equipamentos (BRASIL, 2006, p. 100).

As rotinas devem contemplar, no mínimo, os seguintes itens: critérios de avaliação dos pacientes e, se for o caso, de indicação de procedimento cirúrgico; procedimentos médico-cirúrgicos; procedimentos de enfermagem; rotinas de suporte nutricional; rotinas de Controle de Infecção Hospitalar; ficha própria para descrição do ato cirúrgico e rotinas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes (BRASIL, 2006).

A unidade deve possuir um prontuário individual, para cada paciente, com informações completas do quadro clínico e sua evolução, escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ordenadamente arquivados no Serviço de Arquivo Médico (BRASIL, 2006).

O prontuário deve conter, no mínimo, a identificação do paciente; o histórico clínico; a avaliação inicial; a indicação do procedimento cirúrgico com a descrição do ato cirúrgico; descrição da evolução e prescrições e condições na alta hospitalar ou transferência (BRASIL, 2006).

As unidades hospitalares de atendimento as urgências e emergências devem, possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxos e mecanismos de transferências claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir os casos que extrapolem sua complexidade. Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada e, com ênfase especial, o re-direcionamento dos pacientes para a rede básica e Programa de Saúde da Família para a continuidade da assistência (BRASIL, 2006).

3.6 Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, integrante do Humaniza SUS, preconiza a indissociabilidade entre os modos de produzir e gerir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL, 2006b).

Nessa perspectiva, humanização significa a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tendo em vista a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde, valores norteadores dessa política (BRASIL, 2006b, p.7).

Assim, o acolhimento como postura e prática de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes

e os serviços. Os serviços de urgência e emergência enfrentam os desafios da superlotação, de processos de trabalho fragmentados, exclusão e desrespeito a usuários na porta de entrada, pouca articulação com o restante da rede de serviços, o que os tornam alvos de críticas e descontentamento da população usuária (BRASIL, 2009).

O processo de acolhimento vai além da dimensão espacial, relacionada ao ambiente confortável, a uma ação de triagem, classificando aqueles que serão atendidos ou excluídos, de uma atitude de bondade, de favor. Este deve ser visto como “algo que qualifica a relação e que, portanto, e passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço”. Portanto, deve ocorrer em articulação com as varias diretrizes propostas para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços, tais como a clinica ampliada, cogestão, ambiência, valorização do trabalho em saúde (BRASIL, 2012).

O acolhimento, como diretriz que se alinha aos princípios do SUS, tem relevância política, ética e estética e torna-se uma estratégia micropolítica para afirmação da Política Nacional de Humanização, uma politica pública, universal e redistributiva (BRASIL, 2012).

No campo da saúde, o acolhimento deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção do vinculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolução dos serviços. Instrumento de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho, com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2009, p.17).

A superlotação nos serviços de urgência demanda a necessidade de organização dos processos de trabalho, respeitando os riscos e vulnerabilidade das pessoas que procuram o serviço e, avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade (MAFRA, 2009).

3.7 Importância do papel do enfermeiro na classificação de risco

O acolhimento significa a humanização do atendimento, e o enfermeiro esta à frente dos demais profissionais de saúde para atuar no setor de triagem, uma vez que em sua formação é enfatizada a valorização das necessidades do paciente, não só biológicas como também, sociais e psicológicas.

E vai além, destacando o profissional como alguém preparado para exercer a liderança, o que permite uma visão abrangente do setor, incluindo os recursos humanos, áreas físicas e o fluxo de pacientes (GATTI, 2004).

Dentre as atribuições do enfermeiro a consulta de enfermagem na classificação de risco, baseia em seus conhecimentos científicos para uma avaliação da gravidade ou grau de sofrimento de uma pessoa sem excluí-la do atendimento. O enfermeiro ainda deverá incluir em suas atribuições o ouvir, o respeito e o diálogo aberto com as pessoas para que sua avaliação seja bem sucedida para garantir a população e aqueles profissionais envolvidos no processo do bem estar físico, psicológico e social (GATTI, 2004).

Sabe-se que a classificação de risco é atividade relativamente nova na atuação do enfermeiro no Brasil, e que vem conquistando seu espaço a cada dia. É importante ressaltar que as escolas invistam na formação de um profissional capacitado que atenda às necessidades do mercado nessa área.

Uma das principais habilidades do enfermeiro que atua na classificação de risco é a escuta qualificada, para proceder a avaliação do registro correto e detalhado da queixa principal, de trabalhar em equipe, do raciocínio clínico e agilidade mental para as tomadas de decisões, e o conhecimento sobre os sistemas de apoio na rede assistencial para fazer o encaminhamento responsável do paciente, quando houver necessidade (BRASIL, 2004).

Para tanto, o enfermeiro precisa ser experiente e qualificado, pois o acolhimento estabelece ao profissional que deve estar aptos a ouvir a queixa e tomar a conduta imediata do melhor fluxograma a ser seguido pelo paciente na urgência. Segundo o ministério da saúde o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que está mais próximo dos usuários, tal fato confere a ele o papel central no processo de acolhimento e atuação na avaliação com classificação de risco, reconhecendo e atuando sobre as reais necessidades do usuário (BRASIL, 2004).

A classificação de risco é um processo de gestão que depende diretamente do conhecimento dos enfermeiros sobre o protocolo de Manchester e seus conceitos, não só sobre a Política Nacional de Urgência/Emergência, bem como sobre Política Nacional de Humanização que promove uma maior amplitude no processo de gestão do cuidado em unidades de urgência/emergência por estabelecer maior poder aos enfermeiros na tomada de decisões, além de possibilitar a estes, maior contribuição no processo de gestão da unidade (BRASIL, 2004).

O enfermeiro no processo de Acolhimento de Classificação de Risco tem papel fundamental uma vez que, além de ser um profissional definido pelo ministério da saúde para classificar o risco do usuário, tem sensibilidade para acolher e ainda agrega, entre seus atributos, a capacidade de elaborar o processo educativo, do usuário e família durante e após o Acolhimento com Classificação, orientando-os quanto ao serviço a ser

utilizado quando necessário, sendo ainda capacitado para treinar as equipes de Acolhimento de Classificação de Risco e gerencia o serviço de urgência/emergência (BRASIL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A classificação de risco baseia-se no acolhimento, especificamente no trabalho da enfermagem, além de se tornar responsável, pela supervisão do atendimento realizado pelas equipes técnicas e auxiliares de enfermagem, pelas orientações sobre as condutas e utilização dos protocolos, necessitando de qualificação permanente dos envolvidos.

O enfermeiro classificador não pode perder de vista que se trata de processo de acolher e classificar. Importante destacar que a escuta é o princípio e a disposição para escutar é o requisito para começar uma relação acolhedora com o usuário, pois, só assim, se pode garantir um processo de Classificação de Risco Humanizado e com maior acesso da população aos serviços de saúde, atingindo o objetivo central a assistência qualificada ao usuário do SUS.

Nesse sentido, os serviços de emergência são considerados a porta de entrada de um grande número de usuários que muitas vezes a identificam como uma forma de resolução rápida de seus problemas, essa demanda crescente torna-se cada vez mais complexa, além de superlotar as emergências, necessitando da identificação rápida de que mais necessita do atendimento, atendendo ao princípio da equidade, através da triagem das emergências, cuja finalidade é de reorganizar o sistema de atendimento, tendo como prioridade a assistência humanizada cuja tarefa não é fácil de ser conseguida.

O enfermeiro tem importância no gerenciamento das ações em classificação de risco realizadas pelo enfermeiro em unidades de atendimentos de urgência e emergência e que se faz necessária à busca contínua de conhecimentos por meios de capacitações a fim de se prestar atendimentos de forma resolutiva e acolhedora.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Jane Mary Rosa; BARBOSA, Maria *Alves*. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Rev. Enferm UERJ**, v. 15, n. 1, p. 33-9, jan/mar 2007. Acesso em outubro de 2014.
- ANDRADE, Elizabeth Azeredo; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Acolhimento e Humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de Emergência/Urgência no Hospital Municipal de Novo Hamburgo. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 17-24, Jul/Dez 2004. Acesso em outubro de 2014.
- ANDRADE, Maria Angélica Carvalho, ARTMANN, Elizabeth.; TRINDADE, Zeidi Araujo. 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, p. 1115-1124, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. **Portaria n.º 2048/GM**, define a Política Nacional de Atenção às Urgências, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. **Acolhimento Com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético-Estético no Fazer em Saúde**. 1. Brasília-DF: 2004a. Acesso em outubro de 2014.

_____. **Cartilha da PNH Acolhimento com classificação de risco**. 2004b. Acesso em outubro de 2014.

_____. **Humaniza SUS: com acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da saúde; 2004c. Acesso em outubro de 2014.

_____. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. Acesso em: 10 out. 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2a.ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006b. Acesso em outubro de 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Acesso em outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso em: out. 2014.

GATTI, Maria Fernanda Zorzi; RIBEIRO, LEÃO, Eliseth. O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridades de atendimento. **Revista Nursing**, 7(73):24-29, jun. de 2004.

GIL, Antonio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. SP, 2010.

LÄHDET, Eric Fortes; SUSERUD, Björn-Ove; Jonsson, Anders; LUNDBERG, Lars. Analysis of triage worldwide: Eric Fortes Lahdet and colleagues explore the issues that emergency department staff should consider when choosing the appropriate patient assessment method. **Rev. Emergency Nurse**, v. 17, n. 4, p. 16(4) 2009. Acesso em outubro de 2014.

LLEWELLYN, Sue; NORTHCOTT, Deryl. The “singular view” in management case studies qualitative research in organizations and management. **Anais International Journal**, v. 2, n. 3, p. 194-207, 2007. Acesso em: out. 2014.

MAFRA, Adriana de Azevedo; LANNA, André Luiz Peron Martins; RIBEIRO, Robespierre Queiroz da Costa; CORDEIRO JÚNIOR, Welfane. Grupo brasileiro de acolhimento com classificação de risco. **Histórico da Classificação de Risco**. 2009. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107>. Acesso em: 15 out. 2014.

MARTINS, Alexandra Daniela Marion. **Limites e possibilidades no acolhimento com classificação de risco de um Pronto Socorro Pediátrico no DF**. [Dissertação]. Brasília: Universidade Federal de Brasília, 2012. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 15 out. 2014.

MARQUES, Giselda Quintana.; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system. **Rev. Latina de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 13-19, janeiro/fevereiro, 2007. Acesso em: 15 out. 2014.

MARQUES, Edna Maria; FREITAS JUNIOR, Aguinaldo Figueiredo. **Diretrizes para implementação do sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**, 2012. Acesso em: 15 out. 2014.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes ; ESCRIVÃO-FILHO, Edmundo. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. In. Encontro nacional de administração. Fortaleza: ENEGEP, 2006. Disponível em: <www.abepro.org.br/biblioteca>. Acesso em: 15 out. 2014.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes; VILAR, Rosana Lúcia Alves; ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas; UCHOA, Alice da Costa; ROCHA, Paulo de Medeiros. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. Sup 1, p. S100-S110, 2008. Disponível em: <www.bvs.org >. Acesso em: 15 out. 2014.

SOUZA, Cristiane Chaves; DINIZ, Aline Santos; SILVA, Liliane de Lourdes Teixeira; MATA, Luciana Regina Ferreira; CHIANCA, Tânia Couto Machado. **Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol**. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, p. 26-33, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo>. Acesso: out. 2014.

OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira. 1997.

PIRES, Patrícia Silva. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acute Scale (CTAS)**. 2003. (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Acesso em outubro de 2014.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e Técnicas**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.