

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: destaques aos aspectos relevantes a sua implantação nos serviços de saúde
WELCOME TO RISK CLASSIFICATION: highlights aspects relevant to its implementation in health services

Aline Ramos Pinto¹, Valnei Alves Garcia², Sabrina Meira de Araujo², Thiago Tavares Rodrigues², Alcinéa de Almeida Silva², Rafaela Laureano Salgado²

¹Professora Adj. Mestre do Curso de Enfermagem da UNIGRANRIO

²Acadêmicos do Curso de Enfermagem da UNIGRANRIO

RESUMO

Trata-se de um artigo de revisão de literatura que tem como objetivo Discutir a implantação do Programa de Acolhimento com Classificação de risco no contexto da saúde do País. O interesse pelo tema surgiu a partir das atividades práticas dos acadêmicos de enfermagem do quarto período em uma Unidade Mista de Atendimento pré-hospitalar localizada no Município de Duque de Caxias, onde a partir de uma observação assistemática foi possível identificar que embora este serviço fosse implantado na referida unidade, o modelo de atenção ainda assemelhava-se a triagem, ferindo alguns princípios do protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Deste modo surgiu o interesse em propor reflexões acerca da História da implantação da Classificação de risco no país, as dificuldades existentes no atendimento ao protocolo, bem como a atuação do enfermeiro neste novo campo de saber-fazer. Acreditamos que a adoção desta estratégia em saúde favorece a organização do atendimento, contudo se faz necessário a disponibilidade de recursos humanos, com capacitação profissional, suporte técnico e educação em saúde para a compreensão do usuário quanto a lógica da reorganização dos serviços de saúde.

Descritores: Triagem, Acolhimento, Humanização, Enfermagem

ABSTRACT

This is a review article of the literature aims to discuss the implementation of the Program to Host Risk classification in the context of healthcare in the country's interest in the subject arose from the practical activities of nursing students in the fourth period a Unit Joint service prehospital located in Duque de Caxias, where from a systematic observation, we found that although this service was deployed in that unit, the model of care still resembled screening, injuring some principles the protocol established by the Ministry of Health. Thus arose the interest in offering reflections on the history of the implementation of the Risk Rating in the

country, the difficulties in service protocol, and the nurse's role in this new field of know-how. We believe the adoption of this strategy favors the health care organization, however it is necessary the availability of human resources with professional training, technical support and health education to understand the user and the logic of the reorganization of health services.

Keywords: Screening, Reception, Humanization, Nursing

INTRODUÇÃO

Em consideração ao aumento da demanda e a procura dos usuários aos serviços de urgências e emergência, acarretando um fluxo desordenado aos serviços de pronto atendimento surge à necessidade de reorganizar a triagem das unidades hospitalares, sendo implantado o Protocolo pelo Ministério da saúde em 2004, intitulado Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) entende-se por acolhimento:

Uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através dos parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

Para o mesmo autor a classificação de risco deve ser entendida como “um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos a saúde ou grau de sofrimento.”

Durante a prática acadêmica dos discentes do quarto período de enfermagem em uma Unidade Mista de Atendimento pré-hospitalar localizada no Município de Duque de Caxias, através de uma observação assistemática foi possível identificar que embora este serviço fosse implantado na referida unidade, o modelo de atenção ainda assemelhava-se a triagem, ferindo alguns princípios do protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Dentre a proposta da disciplina constituía-se uma das atividades a ser desenvolvida uma educação em saúde, cuja temática deveria emergir dos cenários de atuação e do desejo dos acadêmicos, e a partir da associação do conteúdo teórico ministrado sobre o Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco à prática desenvolvida na referida Unidade, esta temática foi a escolhida.

Inicialmente através de um pré-teste buscamos identificar o conhecimento da população acerca da Classificação de Risco utilizando os seguintes questionamentos: o que você entende

sobre classificação de risco? Quais são as cores utilizadas e o que elas representam? Foram inferidos sobre o grau de satisfação com o serviço da unidade, e sobre as informações fornecidas pelos profissionais acerca deste atendimento. Identificamos um hiato entre as determinações recomendadas pelo Ministério da Saúde o nível de conhecimento da população, e a forma a qual este serviço tem sido ofertado àqueles usuários.

Deste modo, surgiu o interesse em propor reflexões acerca da História da implantação da Classificação de Risco no país, as dificuldades existentes no atendimento ao protocolo, bem como a atuação do enfermeiro neste novo campo de saber-fazer. Para tal elegemos como objetivo: Discutir a implantação do Programa de Acolhimento com Classificação de Risco no contexto da saúde do País.

A relevância deste estudo aloca-se na necessidade de enfatizar a importância da adoção desta estratégia em saúde para a garantia da organização do atendimento, contudo se faz necessário a disponibilidade de recursos humanos, com capacitação profissional, suporte técnico e educação em saúde para a compreensão do usuário quanto a lógica da reorganização dos serviços de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Optou-se por realizar a revisão de literatura, tendo em vista que esta modalidade tem sido utilizada para respaldar decisões, e permite que em um curto período de tempo informações claras, testadas e consistentes possam ser utilizadas com credibilidade (OGUISSO, 2011).

De acordo com Gil, (2010, p.29):

a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado. Tradicionalmente, esta modalidade de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Todavia, em virtude da disseminação de novos formatos de informação, estas pesquisas passaram a incluir outros tipos de fontes, como discos, fitas magnéticas, CDs, bem como o material disponibilizado pela internet.

Utilizamos para permear nossas discussões artigos, cadernos e periódicos publicados, com destaques para os apontamentos referenciados pelo Ministério da Saúde a partir de 2004, época que culmina com a apresentação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. Após a revisão de literatura sobre a temática em questão, agrupamos as discussões em 03 eixos temáticos apresentados a seguir.

RESULTADOS

EIXO TEMÁTICO 1: O surgimento da Classificação de Risco

A atividade de classificação de risco teve origem nas guerras Napoleônicas (1799 - 1815), nas quais os franceses combatentes separavam os feridos que precisavam de atendimento mais urgente, assim, a palavra triagem que deriva do francês “*triage*” é utilizada no sentido de separar ou classificar (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS, 2010).

A enfermagem também teve importante contribuição na classificação de risco, uma vez que Florence Nightingale, ao atuar na guerra da Criméia, em 1854, iniciou o agrupamento dos pacientes de acordo com o tipo de tratamento e com a gravidade dos casos (VARGAS et. al, 2007).

Em uma revisão da literatura acerca da evolução dos modelos da triagem Eric Fortes Lahdet et. al. (2009) destacaram que nas décadas de 1950 e 1960 percebeu-se o início da classificação de risco nos hospitais civis dos Estados Unidos, deixando de ser uma atividade apenas militar, até 1962 apenas os médicos faziam a triagem. Nesse ano o Hospital Parkland (Texas, USA) introduziu o enfermeiro como triador, o que gerou polêmicas entre a comunidade médica, mas também serviu de modelo para outros serviços (ANZILEIRO, 2011). Nos anos de 1970 e 1980 as discussões ficaram centradas nas questões éticas da triagem e no potencial do tempo de espera do paciente. Já no final da década de 80, Canadá e Reino Unido ratificavam a importância da triagem, tendo a Inglaterra sido o país de maiores avanços, uma vez que praticamente todos os Departamentos de Emergência do país possuíam enfermeiros realizando a classificação de riscos (LAHDET et.al., 2009; FRY; BURR, 2009)

Em meados dos 1970 foi criada no BOX HILL Hospital em Melbourne uma escala de 05 prioridades baseada em tempo, com identificação por adesivos na ficha de atendimento médico. Esta escala foi posteriormente modificada com aprimoramento dos descritores de urgências e necessidades de cuidados médicos e ficou conhecida como Ipswich Triage Scale, sendo esta no ano de 1990 testada em hospitais australianos quanto à utilidade, aplicabilidade e validade (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS, 2010).

Desde 1993 o Australasian College of Emergency Medicine (ACEM) adotou esta escala como parte das políticas de triagem e tem sido adotada pelas autoridades de saúde como base de avaliação do desempenho das Unidades de Emergência. Esta escala compreende cinco categorias: Pacientes com risco de vida imediato, risco de vida iminente, potencial risco de vida, pacientes potencialmente graves e menos urgentes.

No Brasil, com base em um modelo Norte Americano, esta classificação de risco foi incorporada nas instituições de saúde ainda de forma experimental, a partir de 2004, como iniciativa do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi institucionalizada, em 2003, e teve sua cartilha publicada em 2004, a partir de um conjunto de políticas e estratégias implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de resolutividade para as dificuldades encontradas ao acesso dos usuários no serviço público de saúde, visando a mudança de trabalho da atenção a saúde, principalmente nos serviços de urgências. Com o foco de diminuir/organizar o aglomerado de usuários na assistência, bem como a diminuição de espera e uma organização no atendimento, a PNH implantou o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). (BRASIL, 2004)

No Brasil, em 1993, já havia sido utilizada, inicialmente, a proposta de classificação de risco independente do acolhimento como método para realização de triagem. A fusão da classificação de risco com o acolhimento foi realizado quando, percebeu-se que o acolhimento modifica o processo de trabalho diferenciando a necessidade de cada usuário e, posteriormente permite classificá-lo dentro de suas necessidades. (NONNENMACHER CL, WEILLER TH, OLIVEIRA SG; 2012).

Segundo Souza et. al. (2011, p.2):

De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente⁽⁴⁾. Dentre as escalas/protocolos, pode-se citar: a escala norte-americana - *Emergency Severity Index* (ESI), escala australiana - *Australasian Triage Scale* (ATS), o protocolo canadense - *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS[®]) e o protocolo inglês - *Manchester Triage System* - protocolo de Manchester⁽⁵⁾. Além desses, outros protocolos têm sido desenvolvidos, como o protocolo do Hospital Municipal Odilon Behrens - HOB - Minas Gerais, Brasil⁽⁶⁾; que teve como base escalas e protocolos pré-existentes, utilizando-se do método canadense de coleta de dados. O HOB foi o primeiro hospital de Minas Gerais a implantar a classificação de risco, sendo referência nacional para a utilização desse dispositivo.

Os autores supracitados referenciam a recomendação de protocolos estratificados em cinco níveis, porém o mais utilizado no Brasil é baseado a partir do protocolo de Manchester, com a retirada de um desses cinco níveis. O estado de Minas Gerais foi o primeiro estado brasileiro a adotar o método de Acolhimento com Classificação de Risco, e posteriormente modernizou a técnica da classificação ao implementar o protocolo de Manchester evoluindo para um protocolo próprio da unidade, construído pela equipe do hospital.

Atualmente o Ministério da Saúde preconiza a padronização do processo de Acolhimento com Classificação de risco em todo o território nacional. É contraditória a padronização onde o sistema ainda é falho e a informação ao usuário e funcionários que compõem o serviço público de saúde é deficiente. Hoje muitas unidades pré-hospitalares adotam a classificação de risco com acolhimento, porém os usuários que são os maiores interessados, não sabem a finalidade do ACR. O objetivo de inserir um método que reduzisse a demanda e priorizasse o grau de risco do paciente foi implantada no Brasil, mas ainda falta informatização e educação para que esse método seja efetuado com eficácia. Falta ainda, a padronização de um protocolo para que seja adotado em âmbito nacional, assim os problemas acerca de um protocolo seria resolvido com maior eficácia quando este fosse padronizado.

EIXO TEMÁTICO 2: As dificuldades existentes na adesão à classificação de risco.

Em um estudo sobre o acolhimento e classificação de risco (ACR), realizado na emergência de um hospital geral com a equipe de enfermagem foram apontadas pelos profissionais dificuldades existentes a adesão a este serviço, destacando-se a pouca integração entre os serviços oferecidos, o desconhecimento do protocolo pela população e espaço físico deficiente, interferindo no atendimento às necessidades dos usuários. Acreditamos que essas dificuldades apresentadas configuram-se em condições de trabalho e assistência aos usuários inadequada prejudicando o trabalhador que atua nos serviços de urgência e emergência e os usuários dos serviços oferecidos.

De acordo com Nascimento et al (2011, p. 601) “O projeto de acolhimento requer que o mesmo não seja um ato isolado, mas sim um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares e comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos.” Corroboramos com o autor que todas as equipes como: a de radiologia, laboratório de análises e farmácia, devem ter o mesmo comprometimento com a classificação de risco, pois foi observado que no processo de trabalho não existe uma integração entre os diferentes serviços oferecidos para a solucionar as necessidades de saúde do usuário no menor tempo possível.

Nascimento et. al. (2011, p.602) ressalta, ainda, que “O usuário que sofre de algum mal, quando procura o serviço de emergência, quer encontrar profissionais que lhe atendam rapidamente, e espera desses, resolutividade ao seu problema, independente de quão grave lhe pareça os sintomas.” O maior desafio é fazer a população entender que por ser um serviço de urgência e emergência o atendimento não é por ordem de chegada, mas por prioridade, com um atendimento mais rápido para o usuário com a situação de saúde mais grave.

Nos últimos anos os serviços de saúde vêm sofrendo problemas relacionados ao atendimento em urgência e emergência. O problema maior é a quantidade de pessoas que querem ser atendidas sem nenhum critério, se não a ordem de chegada, que não é um fator determinante e não leva em consideração a gravidade dos casos subsequentes. É evidente que cada dia mais e mais, as pessoas procuram o serviço de emergência buscando um atendimento eficaz, provocando então uma sobrecarga nos hospitais de emergência tornam insuficientes a mão de obra, o espaço físico e os materiais disponíveis. Tendo enfim a necessidade de ampliação do ACR nos serviços de emergência.

EIXO TEMÁTICO 3: A atuação do enfermeiro na classificação de risco

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de Atendimento às urgências do acolhimento e da Triagem Classificatória de Risco, onde cada usuário deve ser avaliado por um Enfermeiro e será classificado de acordo com a gravidade. A classificação é feita a partir das queixas, sinais, sintomas, sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor, glicemia entre outros. Após essa avaliação os pacientes são identificados com pulseiras de cores correspondentes a um dos níveis estabelecido pelo sistema ou um adesivo colorido colado no canto superior direito do boletim de emergência para pronto atendimento ou não. A cor vermelha (emergente) tem atendimento imediato; a laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; o amarelo (urgente), 60 minutos; o verde (pouco urgente), 120 minutos; e o azul (não urgente), 240 minutos. (BRASIL, 2009)

O enfermeiro é o acolhedor das pessoas que naquele momento estão necessitando de ajuda, ao examinar, classificar, entender a queixa do paciente com honestidade e compromisso ele se torna o responsável pelo direcionamento das ações em saúde, proporcionando um atendimento de urgência e emergência qualificado.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem de numero 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto número 94.406/1987 cabe ao enfermeiro planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem; consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidados a pacientes graves com risco

de vida exigindo conhecimentos técnicos e científicos para tomada de decisões imediatas. A tomada de decisões incluem uma série de passos para chegar a uma conclusão, identificando o problema, analisando uma possível solução, por em prática a implementação e avaliar os resultados. O profissional deve esclarecer os diferentes tempos de espera de acordo com cada caso. (COREN-SP, 2012)

Consideramos que o fato denota a importância do conhecimento técnico-científico do enfermeiro para determinar a prioridade do atendimento e ainda confere autonomia profissional, além da contribuição e visibilidade social que esta atividade proporciona a Enfermagem, como uma profissão fundamentada nas ciências.

CONCLUSÃO

Ressaltamos que a estratégia da Classificação de Risco traz uma proposta para o serviço, sob a ótica da humanização, focando não apenas na doença, mas no acolhimento do paciente, da comunidade e da família. O serviço adota uma dinâmica, onde são avaliados cada caso e sua real emergência. Na prática identificamos entraves existentes a sua efetiva implantação, com destaque para a falta de capacitação profissional, insuficiência de recursos humanos e materiais. É notável que a demanda é muito superior do que a oferta do serviço e que a população ainda não compreende esta estratégia do Ministério da Saúde. Deste modo, ressaltamos a necessidade de informação e comprometimento de todos os profissionais da saúde.

Acreditamos que o enfermeiro que atua na organização do atendimento ao usuário precisa garantir a qualidade, o respeito e atenção para quem procura a unidade. Ao realizar o acolhimento com a classificação de risco, o enfermeiro precisa se apropriar do conhecimento técnico e científico para o desenvolvimento das funções de sua competência.

REFERÊNCIAS

ANZILIERO; Franciele. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de Risco: Revisão de literatura**, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1>>

Acesso às 2 horas e 15 minutos, 11/06/2013

BERTONCELLO, K.C.G. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4>> p.:597-603. Acesso às: 18 horas, 01/06/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**, Brasília, 2004

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 28, **Acolhimento a Demanda Espontânea** (Queixas mais comuns na Atenção Básica) Brasília, 2012

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.048, de 3 de Setembro de 2009**, Brasília, 2009.

CHIANCA, Tânia Couto. Classificação de Risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100005&script=sci_arttext&tlng=pt> p.: 2-3. Acesso às 20 horas e 25 minutos, 19/06/2013;

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP 001/2012- CT; PRCI nº 99.069/2012**. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_001_2012_STM.pdf> Acesso às 11 horas e 15 minutos, 3/06/2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010. **GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**. Sistema Manchester de Classificação de Risco. **Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. 1ªed. Brasil, 2010.

LÄHDET, F. E. et. al. **Analysis of triage worldwide**. *Emergency Nursing*. V.17, N4. EUA 2009.

NASCIMENTO, E.R.P.do; HILSENDEGER, B.R.;NETH, C.;BELAVER, G.M; NONNENMACHER, Carine Lais; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; WEILLER, Teresinha Heck. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem – UFG**, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a10.pdf> p.: 542. Acesso às 15 horas, 18/06/2013.

OGUISSO, T; CAMPOS, P.F; FREITAS, G. organizadores. **Pesquisa Em História Da Enfermagem**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2011. P.548.

SOUZA, Cristiane Chaves; TOLEDO, Alexandre Duarte; TADEU, Luiza Ferreira; **VARGAS, M. A, et. al**. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Revista Brasileira Enfermagem, Brasília 2007**.