

A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Marlon Pereira de Oliveira¹
Vaní Josele Rodrigues da Cruz²
Francine Caldas Eslabão³
Eliana Soares Domingues⁴
Tiago Ramos Lammel⁵
Fabício da Cunha Moraes⁶

1 INTRODUÇÃO

O aumento da procura por serviços de saúde na rede de urgência e emergência ainda é um fato habitual, tendo em vista que, além do fluxo já existente, relacionado às situações de urgência e emergência, a população recorre aos serviços dessas unidades visando à resolução de seus problemas de forma rápida e eficaz. Junto a isso, a dificuldade ou demora no atendimento médico na atenção primária corrobora as causas para a superlotação dos serviços de urgência/emergência (SOUZA, 2017).

Logo, a busca demasiada por esses serviços resulta no aumento significativo da demanda por atendimentos, o que trouxe a necessidade da identificação de critérios específicos para o atendimento desse público, considerando suas particularidades. Dentro desse contexto, a classificação de risco surgiu como um método eficaz para o acolhimento e avaliação do fluxo de atendimento aos indivíduos, classificando-os por ordem de necessidade e tempo de espera, sendo o enfermeiro o profissional responsável por realizá-lo (SOUZA, 2017).

No Brasil, em 5 de novembro de 2002, foi instituída a Portaria nº 2.048, do Ministério da Saúde, que propõe a implementação do acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. O principal objetivo da portaria é propor o método de classificação dos pacientes que chegam às unidades de atendimento de urgência e emergência de forma clara, objetiva e que privilegie as reais necessidades de saúde de cada um,

garantindo que os indivíduos com problemas de saúde mais graves sejam atendidos com prioridade e tempo de espera menor. Além do atendimento através da classificação, a política propõe que ao receber e acolher as demandas da população, os serviços de urgência e emergência devem ser capazes também de contra referenciar aos demais níveis de assistência por meio de integração (BRASIL, 2002).

A classificação de risco constitui um método que requalifica o atendimento e se consolida a partir da escuta humanizada, organização dos fluxos de atendimento e determinação da ordem e necessidade. Essa classificação acontece pela atribuição de cores a cada indivíduo após a avaliação de seus sinais e sintomas: o verde/azul, pacientes de menor urgência, sem risco de morte; amarelo para pacientes com elevado risco de morte e, vermelho para pacientes com risco de morte iminente (BRASIL, 2002).

Nesse cenário, o enfermeiro é o profissional incumbido pela implementação da classificação. Esta atividade exige que ele tenha boa comunicação com os pacientes, além de um olhar integrador e minucioso, que possibilite a identificação dos principais sinais e sintomas capazes de definirem de forma correta qual a necessidade e tempo de espera adequado para cada usuário. Isso requer conhecimento científico e teórico-prático por parte do enfermeiro, além de um profundo senso de responsabilidade (BOHN et al. 2015).

Assim, na perspectiva de ser o enfermeiro o principal condutor da classificação de risco, o presente estudo, justifica-se por permitir o conhecimento da percepção dos enfermeiros sobre o contexto atual da classificação de risco realizada nas unidades de atendimento de urgência e contribuir para o conhecimento científico, especialmente para avaliar se os profissionais estão realmente preparados para lidar com as variadas situações. Em virtude do exposto, têm-se a questão norteadora desta pesquisa: Qual a percepção dos enfermeiros sobre o contexto atual da classificação de risco em unidades de atendimento de urgência e emergência no sul do Rio Grande do Sul?

2 REVISÃO DE LITERATURA

As unidades de urgência e emergência, como as unidades de pronto atendimento e pronto socorro, são unidades que foram criadas com intuito de receber somente casos de emergências e que necessitem de atendimento imediato. Essas unidades contam com tecnologias que facilitam o diagnóstico rápido e grande resolutividade na maior parte dos casos. Porém, essas organizações acabam sendo alvo da procura demasiada por toda população por se tratar de um serviço de portas abertas 24 horas (OLIVEIRA et al. 2013).

A demora e dificuldade encontradas pelos usuários na busca do atendimento na atenção primária resultam em superlotação e sobrecarga dos serviços de urgência e emergência. Nesse sentido, fez-se necessário o estabelecimento organizacional, com a preservação do direito dos usuários mais críticos de serem atendidos com prioridade, com base na determinação do risco clínico (RONCALLI et al. 2017). Corroborando isso, o entendimento de que a desorganização e a falta de critérios bem estabelecidos, implicam diretamente no atendimento inadequado do usuário resultando, inclusive, em prejuízos financeiros ao sistema de saúde (CAVALCANTE et al. 2012).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em 2009, lançou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS que tem, entre outros objetivos, o foco na provocação de inovações tanto nas práticas de saúde, como nas suas práticas gerenciais através do desafio da superação dos limites com a experimentação de novas formas de organização. Assim, orienta a proposta do acolhimento, no campo da saúde, entendido como:

Diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (BRASIL, 2009, p. 15).

Nessa Política, tem-se a adoção do acolhimento com classificação de risco como balizador da atenção e gestão na urgência. Para isso, a utilização dos protocolos para classificação das urgências são fundamentais, já que têm o objetivo principal de proporcionar uma rápida avaliação do usuário de

maneira que o tempo de atendimento aos que necessitam de conduta imediata seja diminuído. Assim, é possível perceber a adequada distinção dos riscos ou graus de sofrimento dos usuários, garantindo assim que alguns casos não se agravem na fila de espera (BRASIL, 2009).

Visando à reorganização do atendimento, algumas escalas são utilizadas ao redor do mundo, dentre elas, apresentam-se a escala norte-americana Emergency Severity Index (ESI), a escala australiana Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo canadense Canadian triage Acuity Scale (CTAS) e o protocolo inglês Manchester Triage System (MTS). Este último, Protocolo de Manchester, surgiu como instrumento amplamente aceito e utilizado na classificação de risco em diversos países. Este protocolo teve origem na Inglaterra, na cidade de Manchester, no ano 1994 e foi instituído com a finalidade de avaliar os usuários quanto a sua real necessidade de atendimento e o tempo de espera. Sendo assim, é um instrumento de assistência à saúde, o qual auxilia e facilita a avaliação de forma criteriosa, reorganizando os fluxos e padronizando todo e qualquer tipo de atendimento no Sistema único de Saúde (SILVA et al. 2016).

Esse protocolo orienta que a organização de atendimento dos serviços de urgência e emergência seja feita através da classificação de risco e esta é representada por cores, sendo realizada em duas grandes escalas: a vermelha, para pacientes graves e com risco iminente de morte, que necessitam de atendimento imediato; amarelo para pacientes graves, porém estabilizados; verde para pacientes sem risco de vida, mas que precisam de observação; e a escala dos pacientes não graves, representada pela cor azul, que, por sua vez, não necessitam de atendimento no momento e que podem ser encaminhados para a atenção básica (BRASIL, 2009).

Este protocolo não provoca a exclusão de atendimento, e sim sua priorização a partir da avaliação dos principais sinais e sintomas associados à queixa do usuário. Ressalta-se que é necessário que os usuários com classificação não condizentes à urgência sejam esclarecidos que seu atendimento demandará maior tempo de espera ou até mesmo que sejam encaminhados ao serviço adequado para o atendimento de sua situação (RONCALLI et al. 2017).

A classificação de risco a partir do Protocolo de Manchester, quando utilizado de forma correta pelo enfermeiro, a partir de seu embasamento teórico e conhecimento específico, facilita o acesso dos usuários com real necessidade ao serviço e minimiza agravos a sua saúde. É uma ferramenta estruturada a fim de assegurar o atendimento àqueles que necessitam, tornando, assim, o sistema mais eficaz e resolutivo (INOUE et al. 2015).

O enfermeiro é o profissional atuante em todos os níveis de assistência em saúde, sendo responsável não somente pela coordenação da equipe de enfermagem, mas também por gerenciar e programar os cuidados aos pacientes com os mais diversos perfis. Na classificação de risco não é diferente, pois o enfermeiro é a referência da equipe, sendo o profissional indicado para atuar em qualquer situação, sejam elas preventivas ou curativas (CAMARA et al. 2015).

Dentro da classificação de risco o enfermeiro é o profissional que tem o primeiro contato com o usuário em busca de atendimento, devendo este, por sua vez, possuir uma postura acolhedora, com o objetivo de solucionar os problemas de saúde e, quando necessário, é de cunho também desse orientar o usuário para dar continuidade no atendimento nos demais serviços de saúde disponíveis na rede (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, o enfermeiro se depara com alguns desafios para atuar. Embora o Protocolo de Manchester seja uma ferramenta indispensável, no momento da sua utilização, é necessário que o profissional leve em conta alguns detalhes importantes que vão muito além de apenas aplicá-lo, mas também analisar as particularidades de cada usuário. Essa conduta exige do enfermeiro um olhar minucioso e uma postura rigorosa em relação à avaliação das condições de saúde a fim de identificar a real necessidade de atendimento de cada um (PRUDÊNCIO et al. 2016).

Embora pareça uma tarefa fácil em que se deve, apenas, seguir um protocolo, o enfermeiro exerce suas atividades, muitas vezes, de forma incerta devido à falta de informações necessárias do quadro clínico do paciente para uma tomada de decisão correta. O paciente, além de apresentar sinais e sintomas associados a sua queixa, ainda pode

apresentar comportamentos como ansiedade, irritabilidade e agressividade, que podem influenciar na hora de classificar. Desta forma, entram em prática outras das habilidades características do enfermeiro, dentre elas, destacam-se a escuta atenciosa, o olhar clínico e o raciocínio rápido para a tomada de decisão (CARMO; SOUZA, 2018).

É pertinente salientar ainda que esse profissional, além de compreender todas as fases do protocolo, deve possuir o conhecimento prévio da estrutura física e capacidade do estabelecimento onde atua, otimizando o espaço da unidade para que comporte de forma satisfatória todos os usuários (FERNANDES et al. 2019). Por isso, é essencial que traga, desde o início de sua formação acadêmica, conceitos éticos e morais que o auxiliem na tomada de decisão, não permitindo influências externas (FARIA et al. 2019).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem descritiva e exploratória, desenvolvido em duas unidades de saúde prestadoras de atendimento de urgência e emergência no município de Pelotas/RS.

Para compor a amostra foram convidados a participar todos os enfermeiros cujo tempo de atuação nas unidades de estudo fosse igual ou superior a três meses, que prestassem assistência direta aos pacientes, e que estivessem ligado ao processo de triagem/classificação de risco. Quanto aos critérios de exclusão, não participaram aqueles que no período da coleta das informações estavam em férias ou em licença saúde. Ao total a amostra foi composta por todos os 21 enfermeiros da rede.

A coleta de dados ocorreu durante o mês de setembro de 2019 em diferentes turnos, durante o período de trabalho dos enfermeiros, acordado previamente com estes de modo que não houvesse prejuízo no desenvolvimento de suas atividades e nem na rotina assistencial das unidades. Inicialmente, os pesquisadores apresentaram o estudo aos participantes, seguido pelo consentimento por escrito, e posterior leitura do

questionário aqueles que aceitaram participar. Cada entrevista teve duração de aproximadamente dez minutos e ocorreu em ambiente privado minimizando intercorrências.

Para cada participante foi aplicado um instrumento semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores que envolvia dados sociodemográficos (idade, sexo, tempo de formado, tempo de trabalho, tempo de trabalho na unidade), questões a respeito das facilidades durante o momento de executar a classificação de risco (uso de folha padrão, auxílio de colegas, tempo de formado e de trabalho) e dificuldades (estrutura física, não ter auxílio, tempo de formado, tempo de trabalho na área), bem como o tipo de treinamento recebido e a forma de realização da classificação de risco em cada uma das unidades.

Todas as informações foram apresentadas de acordo com o anonimato, preservando a integridade dos participantes da pesquisa. Utilizou-se o código de identificação nos quais a letra “E” se refere a enfermeiro, seguida de número cardinal conforme a ordem de realização da entrevista. A análise e interpretação dos dados foi alicerçada na proposta denominada análise de conteúdo que considera três etapas fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações (BARDIN, 2016).

O estudo atendeu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Em atendimento à legislação vigente, o estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), sob parecer consubstanciado nº 3.566.453, de 10 de setembro de 2019, certificado de apresentação para apreciação ética nº 19004719.9.0000.5339.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os participantes desta pesquisa tem idade compreendida entre 26 a 49 anos e destes, 07 são do sexo masculino, e 14 do sexo feminino. No que se refere ao tempo de graduação, a variação foi de 06 meses a 24 anos.

Durante a análise das informações, as categorias que emergiram do estudo foram: Facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros na classificação de risco no contexto atual; Divergências acerca do entendimento da classificação de risco entre a equipe multiprofissional e, Ausência de um sistema de contrarreferência aos demais serviços de saúde.

4.1 Facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros na classificação de risco no contexto atual

Neste estudo, os enfermeiros relataram facilidades e dificuldades vivenciadas durante a atuação na classificação de risco. Entre as facilidades destacadas, estão o apoio da equipe e de um responsável técnico, que se disponibiliza para esclarecimentos de dúvidas propiciando suporte na execução da tarefa quando necessário, e o uso de folha padrão com os itens a serem observados de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, inspirado no Manchester, os quais auxiliam como um norteador no momento do atendimento na classificação de risco (SACOMAN et al. 2019).

Não, aqui é bem tranquilo, porque a gente tem protocolo, e ele é bem amplo, tem a maioria dos casos que acontece ali. A gente tem onde marcar específico já, e também nós temos bastante apoio, qualquer dúvida que a gente tenha, tem o RT (responsável técnico) aqui, qualquer coisa a gente liga para ele; ele tá sempre disponível para nos ajudar quando a gente tem dúvidas quanto a isso. (E-03)

O trabalho da enfermagem, deve ser realizado em equipe exigindo relação interpessoal entre seus integrantes. A boa convivência e afinidade entre a equipe, auxilia e estimula cada profissional de enfermagem a trabalhar de forma mais tranquila e confiante, garantindo um modelo de trabalho que organize as atividades práticas, preconizando uma abordagem ampla das necessidades de atenção à saúde de cada indivíduo, prestando dessa forma um atendimento efetivo e de qualidade (VALENTIM et al. 2020).

Sobretudo, também ressalta-se que a comunicação efetiva é uma ferramenta primordial para a prática das boas relações, e de suma importância para a criação de vínculos, esses gerados através de experiências positivas compartilhadas entre os membros da equipe. Nesse sentido, o respeito mútuo, a empatia e o auxílio aos demais colegas são características de comportamentos entre a equipe que propiciam sentimentos de segurança, tornando o ambiente de trabalho mais harmonioso e agradável (MOUDATSOU et al. 2020).

[...] a gente se baseia mais no protocolo, pelo protocolo a gente consegue fazer uma boa classificação. Mas quando tem alguma dúvida que foge daquilo que é padrão a gente conversa com os colegas, e as vezes o colega conversa com o RT para chegar a uma conclusão e ver o que se pode fazer. (E-09)

O protocolo mais utilizado no Brasil, é o Protocolo de Manchester, criado na Inglaterra em 1997 (LIMA; IBIAPINA; MOURA e SILVA, 2021). Entretanto, dentre as unidades onde foram coletados os dados deste estudo, são utilizados protocolos adaptados à realidade local, baseados no protocolo supracitado. Assim, a não implementação e informatização do verdadeiro Manchester, foi citado como umas das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na hora da classificação, como mostra os relatos a seguir:

Eu acho que como o nosso protocolo, ele é ainda no papel, é uma coisa bem subjetiva nesse sentido. Se tivesse algo informatizado, como o próprio Manchester, dá um respaldo muito melhor, tanto pra quem classificou, quanto para o paciente que vai ser classificado, de repente, de uma maneira até mais segura. (E-11)

[...] se o sistema for todo informatizado seria melhor, porque às vezes as fichas vão lá para os médicos, tu tem que levar físico a coisa, aí tu tem que ir até o local, às vezes o acolhimento fica sem o enfermeiro ali ou fica sem o técnico, né, aí às vezes chega uma emergência mesmo e tu tá levando ficha, e sem

contar que a partir do momento em que for informatizado não tem como mudar a ordem dos pacientes. (E-02)

O protocolo de Manchester foi criado com o intuito de padronizar e tornar justa a ordem de atendimento dos pacientes nos serviços de urgência e emergência. Ele classifica os pacientes de acordo com o grau de gravidade, determinado assim o tempo de espera em que cada um terá seu atendimento avaliando os usuários através de suas queixas e sinais vitais, de forma que aqueles mais necessitados e que tenham risco de morte iminente, sejam atendidos mais rapidamente. Junto a isso, ele norteia o trabalho dos profissionais atuantes na classificação de risco, e fornece respaldo legal para que os mesmos estejam amparados para desempenhar suas atividades de forma mais segura (CARAPINHEIRO et al. 2021).

[...] então eles vão colocar um sistema que é idêntico ao Manchester, que aí sim vai ser tudo informatizado, aí não vai ter como o pessoal das outras disciplinas trancar. "ah, esse aqui não é amarelo...", não, tá lá, porque é o sistema que vai dizer se é amarelo, é laranja, entre outros. (E-08)

[...] eu acho que o Manchester é um dos melhores né, porque na verdade passa a ser tudo via computador, então a gente não diz a cor, a gente no caso, coloca, alimenta o sistema com os dados do paciente, e o sistema gera a cor. Então pra nós é uma segurança maior enquanto enfermeiros porque não é o enfermeiro que deu a cor azul, verde, amarelo, por exemplo, quem deu foi o sistema, foi perante o Manchester. Então isso é uma coisa que ajudaria, nos respaldará. (E-13)

4.1.1 Divergências acerca do entendimento da classificação de risco entre a equipe multiprofissional

Durante o estudo, os pesquisadores perceberam através das respostas obtidas nas entrevistas, certo desconforto dos enfermeiros ao atuarem na classificação de risco, devido ao fato dos demais membros envolvidos na

equipe multiprofissional modificarem sem nenhuma comunicação prévia a classificação identificada por eles.

Tal fato pode promover conflitos e desgastes nas relações interpessoais, no momento de desempenhar seu papel, fazendo com que o enfermeiro se sinta sem credibilidade para atuação na classificação de risco (CAMPOS et al. 2020). Conforme os relatos, em alguns momentos, os participantes perceberam que suas resoluções em relação à classificação foram desconsideradas sentindo-se, portanto, desprestigiados na sua ação profissional.

[...] acontece, às vezes, que depois que o enfermeiro classifica, o médico pega e diz: "ah, eu não acho que é isso" e eu sempre respondo: "não é o que tu acha, é o que nós estamos ali na frente vendo". [...] eu já presenciei várias vezes que eles pegaram o amarelo e trocaram para o verde porque eles achavam, e eu fui lá e tive que triar novamente o paciente. (E-02)

[...] a dificuldade pior que a gente tem é que a gente faz a triagem sempre minuciosamente com muito cuidado e quando a gente passa, depois que faz a fichinha, faz tudo, faz o cadastro, passa a ficha para o médico, alguns profissionais reclassificam a nossa classificação. O treinamento que a gente recebeu é sempre para a gente triar a mais, ver o paciente com um olhar mais apurado, então a gente nunca vai classificar banalmente, principalmente os amarelos que a gente sabe que são prioridade e, às vezes o médico olha ali a queixa e deixa a ficha mais para trás postergando o atendimento.

[...] muitas vezes acaba gerando embate entre as equipes principalmente entre o médico e o enfermeiro né, porque a gente faz a classificação e aí vai lá o médico e contesta a classificação de risco. (E-07)

[...] o que influencia muito é assim óh, como é multidisciplinar né, a nossa parte ali do acolhimento tem pouquíssimas falhas, só que um outro porém, é quando chega lá no médico que acaba muitas vezes negligenciando o atendimento, lê a tua classificação e decide que, "Ah uma dor precordial com sinais vitais normais ou uma cefaleia com uma pressão um pouquinho alterada, uma glicose um pouco alterada também", ele olha ali e "ah esse aqui pode esperar aí" ou seja, o que tu tá fazendo ali na frente? (E-08)

Estudo realizado em um pronto atendimento de Minas Gerais constatou que existe uma subordinação histórica da enfermagem em relação à atividade médica em diversos espaços, inclusive na classificação de risco, onde se observou a interferência desses profissionais na tomada de decisão do enfermeiro através de questionamentos diante dos pacientes e imposição de conduta não ética (OLIVEIRA et al. 2022). Um outro estudo realizado no mesmo estado evidenciou que muitos médicos não entendem e não aceitam a classificação feita pelos enfermeiros e, acabam atendendo os pacientes de menor gravidade primeiro, seguindo a ordem de chegada e não por gravidade (SOUZA et al. 2014).

Nesse sentido, o trabalho em equipe, tem como objetivo organizar o serviço de cada unidade, de forma que cada profissional seja essencial e indispensável no processo em que está inserido. É sabido que uma equipe bem estruturada e treinada para desempenhar suas atividades, facilita o andamento do serviço, beneficiando assim tanto o fluxo e o processo de trabalho, quanto os usuários que são atendidos. Para isso então, é necessário que haja boa comunicação e confiança entre os mesmos, bem como, respeito às competências de cada profissional, para que só assim, seja possível o andamento e sucesso de cada atendimento e também do serviço como um todo (PEDUZZI et al. 2020).

Dessa forma, é preciso destacar o papel do enfermeiro como peça integradora e essencial na assistência, devido ao seu conhecimento adquirido e experiências vivenciadas. Portanto, o profissional é indicado

para classificar a gravidade do estado de saúde de cada indivíduo, de acordo com sua queixa e, então avaliar a complexidade a qual deve ser inserido, definindo o tempo de espera para o atendimento (LIMA et al. 2020). Nessa perspectiva, é imperioso que suas ações e avaliações sejam respeitadas e consideradas.

Assim, fica nítido que a unicidade quanto a conduta no momento da classificação, identifica a importância na continuidade de ações para a garantia de oferta de melhores resultados visando a estratificação dos riscos em diferentes escalas, efetivando qualidade no atendimento e nas relações e, reduzindo a discordância que existe entre os profissionais de diferentes esferas (PEDUZZI et al. 2020).

4.1.1.1 Ausência de um sistema de contrarreferência aos demais serviços de saúde

A ausência de um sistema de saúde interligado e que funcione em todas as esferas foi muito pontuado no estudo. Diversos profissionais relataram a necessidade de um sistema de contrarreferência aos serviços de urgência e emergência, onde seja possível encaminhar aqueles pacientes que não se encaixam no perfil de atendimento dessas unidades.

[...] a maior dificuldade que a gente tem hoje na classificação de risco, é conseguir encaminhar esse paciente pra uma outra unidade, que é uma coisa que a gente faz e que não é seguro, então a gente encaminha o paciente para o pronto atendimento, que é uma coisa ruim que a gente faz porque tiramos o paciente de dentro do território. Até agora, a gente também não teve um processo, ou algum erro grave em relação a isso, mas o risco é grande. A gente encaminha o paciente para fora do nosso serviço, para fora dos nossos olhos, digamos assim. E com relação a resistência médica em atender ficha verde, então quando a gente chama um paciente e dá a cor verde passamos a ter dificuldade com os médicos, por entenderem que eles têm que atender somente o que é amarelo e vermelho. E de fato se a gente tem uma classificação verde, eles têm que atender,

pode não ser prioridade, mas tem que ser atendido aqui dentro do pronto socorro, pois não podemos negar atendimento em hipótese alguma. (E-12)

[...] às vezes a dificuldade maior é de tu determinar se o paciente fica aqui ou vai para a unidade básica ou outro serviço [...] então é complicado as vezes de tu colocar teu carimbo ali, tu tem que ter certeza do que tu tá fazendo, então eu acho que essa é a maior dificuldade. Deixo o paciente aqui ou encaminho? Agora eu tô com um paciente ali, por exemplo, interrogado (quando não há certeza) que eu quero ver o que eu vou fazer ainda, então eu acho que pra mim essa é a pior parte entendeu de ter que tomar uma decisão tão crucial, e ter o cuidado de não tomar a decisão errada para não prejudicar a pessoa. (E-04)

[...] quando tu precisa a contrarreferência para encaminhar o paciente a um serviço é muito difícil [...] hoje em dia o nosso serviço base, a unidade básica de saúde ainda é um pouco falha porque eu percebo principalmente a falta de profissionais, falta estrutura física ainda, então isso nos acarreta uma sobrecarga aqui, e o usuário vem em busca. Nós precisávamos que a atenção básica fosse mais efetiva, mais presente no serviço que é para nos dar um respaldo melhor para a execução do trabalho. (E-06)

Com base no exposto, a normativa do COFEN nº 10/2019/CTLN/COFEN, consolida e respalda a atuação do enfermeiro no encaminhamento de pacientes as demais redes de atenção, pois subentende que o ato de referência e contrarreferência faz parte da consulta de enfermagem e do processo de trabalho da assistência em saúde, ordenando e organizando a priorização do atendimento (COFEN, 2019).

Estudo realizado em Diamantina/MG mostra um grande esforço dos gestores para que a articulação entre o serviço de urgência e emergência e o sistema de referência/contrarreferência funcione efetivamente. No

município, todos os pacientes que recebem classificação na cor verde ou azul no pronto socorro durante o horário de funcionamento da atenção básica, passam por atendimento com o assistente social que orienta qual o serviço mais adequado para seu caso. Eles recebem um formulário de contrarreferência preenchido direcionando-os para qual unidade devem se dirigir. Além disso, a maioria dos postos de saúde passam a contar com horário de funcionamento estendido, e finais de semana e feriados. No entanto, ainda é possível observar muitos entraves (ALVES et al. 2015).

Pesquisa realizada em uma unidade de pronto atendimento mostrou as principais dificuldades que os enfermeiros encontram no momento de referenciar ou contrarreferenciar o paciente. Conforme os relatos, um dos maiores problemas é conseguir o transporte do município, além do tempo de espera principalmente para casos clinicamente estáveis onde perde-se horas tentando. Não menos importante, está a superlotação hospitalar e a dificuldade em se conseguir contato telefônico com profissionais de outras unidades (HERMIDA et al. 2022). Nesse sentido, é importante que o sistema de regulação se consolide de maneira efetiva para garantir o acesso as necessidades e os interesses em saúde da população.

Estudos internacionais permitem-nos inferir que, apesar de realidades distintas, esse problema está presente também em outros países. Na Índia por exemplo, a falta de um sistema de referência organizado e eficaz compromete principalmente o atendimento às crianças. Na Suécia, o maior desafio é fazer com que os profissionais dos serviços se conheçam aumentando assim a confiança entre as equipes no momento de referenciar, e na Turquia a falta de leitos hospitalares causa a superlotação das emergências, configurando-se um fenômeno multicausal em boa parte do mundo (HERMIDA et al. 2022).

As limitações do estudo se estabelecem no fato de ter sido realizado apenas com enfermeiros que compõem as equipes de urgência e emergência, deixando de abranger a percepção da equipe multiprofissional como um todo, o que poderia trazer melhores resultados. Como vantagens deste

estudo, está o número amostral, superior a muitos artigos disponíveis na literatura científica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos pela pesquisa e por meio dos objetivos propostos, foi possível compreender que os profissionais entrevistados, possuem uma percepção ampla do seu papel na atuação na classificação de risco, semelhante ao descrito pela literatura. Como facilitadores no trabalho, destaca-se o auxílio da equipe e de um responsável técnico enfermeiro que se faz disponível frente às mais diversas dificuldades e o uso da folha padrão guiada por protocolos, o que os permite ter uma avaliação mais criteriosa e facilitadora no reconhecimento dos casos mais complexos evitando assim possíveis erros e agravos a saúde dos pacientes.

Foi possível identificar também através dos relatos, algumas dificuldades as quais se sobressaltam: As divergências acerca do entendimento da classificação de risco entre a equipe multiprofissional e ausência de um sistema de contrarreferência aos demais serviços de saúde. Quanto as divergências, mesmo desenvolvendo ações de educação permanente e continuada, é de extrema importância a manutenção do diálogo entre os profissionais, prezando sempre o respeito entre todas as categorias, com isso se espera a redução de atritos o que visa melhorar a segurança do ambiente de trabalho como um todo.

Em relação a ausência de um sistema de contrarreferência aos demais serviços, sabe-se que embora o enfermeiro possua respaldo legal para encaminhar o paciente a outras redes de apoio as quais devam ofertar atendimento conforme a sua necessidade, muitas vezes essa tarefa se torna ineficaz devido à escassez de profissionais e recursos nas demais áreas o que limita a atuação do profissional na classificação de risco, ocasionando o aumento da demanda e conseqüentemente o tempo de espera gerando conflitos, causando revolta na população e propiciando insegurança aos profissionais que estão na classificação de risco. Com isso, sugere-se como

medida importante, ações de educação voltadas à população, visando uma melhor compreensão de qual serviço recorrer de acordo com as suas necessidades.

Assim, espera-se que os resultados obtidos através desta pesquisa sirvam de contribuição para a comunidade científica, e que a partir da mesma outros questionamentos sejam discutidos a fim de que se promova a qualificação da atuação dos enfermeiros na classificação de risco.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. L. F. et al. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 469-75, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1ª ed. São Paulo: LDA/Almedina Brasil, 2016.

BOHN, M. L. da. et al. Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1004-1010, 2015.

BRASIL. Portaria nº 2048, de 5 de Novembro de 2002. **Comissão Intergestores Tripartite**. Brasília/DF: 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 22 Abr. 2019.

BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 21 Abr. 2019.

CAMARA, R. F. et al. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. **Revista Humano Ser**, v. 1, n. 1, p. 99-114, 2015.

CAMPOS, T. S. et al. User embracement and risk classification: health professionals' and users' perceptions. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p. 01-11, 2020.

CARAPINHEIRO, G. et al. Nurses and the Manchester: rearranging the work process and emergency care?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, p. 01-08, 2021.

CARMO, B. A. do.; SOUZA, G. de. Atuação do enfermeiro na classificação de risco através do protocolo de Manchester: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, p. 1081-1088, 2018.

CAVALCANTE, R. B. et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 2, n. 3, p. 428-437, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer de câmara técnica nº 10/2019/CTNL/COFEN**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-n-10-2019-ctln-cofen/>. Acesso em: 10 de Ago. 2020.

FARIA, S. M. C. et al. Priorização de pacientes no âmbito microalocativo: reflexões sobre a formação acadêmica e a ética. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, p. 1953-1967, 2019.

FERNANDES, J. C. et al. Competências necessárias ao gestor de unidade de saúde da família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 22-35, 2019.

HERMIDA, P. M.V. et al. Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 01-07, 2022.

INOUE, K. C. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 21-28, 2015.

LIMA, D. C.; IBIAPINA, G. R.; MOURA e SILVA, Á. D. Cuidados em emergência: conhecimento e aplicabilidade do protocolo de Manchester por enfermeiros. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. 01-08, 2021.

LIMA, K. M. S. G. et al. Importância do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergências. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 12249-12257, 2020.

MOUDATSOU, M. et al. The role of empathy in health and social care professionals. **Healthcare (Basel)**, v. 8, n. 26, p.01-09, 2020.

NETO, O. C. et al. A atuação do enfermeiro no sistema de acolhimento e classificação de risco nos serviços de saúde. **Journal of Health Sciences**, v. 20, n. 4, p. 295-302, 2018.

OLIVEIRA, G. N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 01-07, 2013.

OLIVEIRA, V. L. G de. et al. Sistema de triagem Manchester: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na classificação de risco. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. 01-08, 2022.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: Uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. 01-20, 2020.

PRUDÊNCIO, C. P. G. et al. Percepção de enfermeira(os) sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 01-10, 2016.

RONCALLI, A. A. et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 01-10, 2017.

SACOMAN, T. M. et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 354-367, 2019.

SILVA, P. L. et al. Acolhimento com classificação de risco do serviço de pronto-socorro adulto: satisfação do usuário. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 50, n. 3, p. 427-433, 2016.

SOUZA, C. C. et al. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. **Investigación Educación en Enfermería**, v. 32, n. 1, p. 78-86, 2014.

SOUZA, C. C, de. Atuação do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergência e a segurança do paciente. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. 01-02, 2017.

VALENTIM, L. V. et al. Percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao trabalho em equipe. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, p. 01-08, 2020.