

Percepção dos enfermeiros na classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento na Zona Oeste do Rio de Janeiro

Nurses' perception of risk classification in an emergency care unit in the West Zone of Rio de Janeiro

Percepción de las enfermeras sobre la clasificación de riesgo en una unidad de emergencia de la Zona Oeste de Río de Janeiro

Maria Regina Bernardo da Silva^{1*}

ORCID: 0000-0002-3620-3091

Joyce da Silva Santos²

ORCID: 0000-0001-8400-9018

Monique Pedrosa de Lima de Moraes³

ORCID: 0000-0001-8075-8492

Halene Cristina Dias de Armada e Silva⁴

ORCID: 0000-0001-7427-781X

Norival Santolin de Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-1747-0135

Aline Gomes Donato⁵

ORCID: 0000-0002-0907-9363

¹Universidade Castelo Branco. Rio de Janeiro, Brasil.

²Hospital Municipal Pedro II. Rio de Janeiro, Brasil.

³Prefeitura de Saquarema. Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

⁵Clínica da Família Maria Jose Papera de Azevedo. Rio de Janeiro, Brasil.

*Autor correspondente: E-mail: m.regina2000@uol.com.br

Resumo

Objetivou-se identificar a percepção dos enfermeiros na classificação de risco, em um acolhimento em uma UPA, na Zona Oeste do Rio de Janeiro – RJ. Trata-se de uma pesquisa qualitativa através de pesquisa de campo com entrevista semiestruturada, com 10 enfermeiros. Os enfermeiros percebem que a implementação do protocolo de Manchester visa melhorar o atendimento nas urgências e emergências sendo ferramenta indispensável para que classificar a gravidade e agilizar o processo. Os entrevistados não percebem maiores dificuldades com a utilização do sistema; foram sugeridas algumas melhorias, como padronização, implantação em todo território nacional, e foi chamada a atenção para a necessidade de melhorar a informação que chega até a população em geral, pois percebe-se dificuldade na compreensão dos critérios utilizados pelo protocolo, fato que gera insatisfação no atendimento por parte dos usuários e até constrangimento aos profissionais.

Descritores: Acolhimento com Avaliação; Classificação de Risco; AACR; Enfermagem; UPA.

Como citar este artigo:

Silva MRB, Santos JS, Moraes MPL, Silva HCDA, Oliveira NS, Donato AG. Percepção dos enfermeiros na classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Glob Clin Res. 2021;1(1):e2.

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca

Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

Submissão: 21-01-2021

Aprovação: 10-02-2021



Abstract

The aim was to identify the perception of nurses in the classification of risk, in a reception in a UPA, in the West Zone of Rio de Janeiro - RJ. It is a qualitative research through field research with semi-structured interviews, with 10 nurses. Nurses realize that the implementation of the Manchester protocol aims to improve care in urgencies and emergencies, being an indispensable tool for classifying severity and speeding up the process. Respondents do not perceive major difficulties with using the system; some improvements were suggested, such as standardization, implementation throughout the national territory, and attention was drawn to the need to improve the information that reaches the general population, as there is difficulty in understanding the criteria used by the protocol, a fact that generates dissatisfaction in the service on the part of users and even embarrassment to professionals.

Descriptors: Acceptance with Assessment; Risk Classification; AARC; Nursing; Urgency.

Resumén

El objetivo fue identificar la percepción de enfermeros en la clasificación de riesgo, en una recepción en una UPA, en la Zona Oeste de Rio de Janeiro - RJ. Es una investigación cualitativa a través de investigación de campo con entrevistas semiestructuradas, con 10 enfermeras. Las enfermeras se dan cuenta de que la implementación del protocolo de Manchester tiene como objetivo mejorar la atención en urgencias y emergencias, siendo una herramienta indispensable para clasificar la gravedad y agilizar el proceso. Los encuestados no perciben mayores dificultades con el uso del sistema; Se sugirieron algunas mejoras, como la estandarización, implementación en todo el territorio nacional, y se llamó la atención sobre la necesidad de mejorar la información que llega a la población en general, ya que existe dificultad para entender los criterios utilizados por el protocolo, hecho que genera insatisfacción. en el servicio por parte de los usuarios e incluso en la vergüenza de los profesionales.

Descriptoros: Acogida con Evaluación; Clasificación de Riesgo; AACR; Enfermería; UPA.

Introdução

A situação dos serviços de emergência é motivo de preocupação para a comunidade sanitária e para a sociedade. A procura por esses serviços tem sido crescente nos últimos anos devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana¹.

Além desse aumento, observa-se que muitos dos atendimentos, realizados nessas unidades, são decorrentes de doenças de baixa complexidade, encaminhados para esses serviços, por insuficiente estruturação da rede básica de assistência, os quais poderiam ser resolvidos em serviços de atenção básica, especializada ou em serviços de urgência de menor complexidade. Também existe dúvida por parte da população quanto a qual unidade deve dirigir-se para cada ocorrência¹.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é complexo e formado por uma série de unidades que se complementam e buscam atender as pessoas de acordo com a demanda e de maneira eficiente. Sua implantação buscou a saúde universal como garantia de que todas as pessoas e comunidades tenham acesso aos serviços de saúde sem qualquer tipo de discriminação³.

Especificamente as urgências, a construção da política federal no Brasil envolveu três momentos principais: de 1998 até 2003, houve predomínio da regulamentação; entre 2004 e 2008, houve grande expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e a partir de 2009, predominou a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidades de Pronto-atendimento – UPAs⁴.

Diversas portarias e políticas foram utilizadas para a regulamentação das UPAs para sua implementação e/ou cumprimento, para a área legal/técnica e para fundamentar a implantação das UPAs. A Portaria n.º 2.048/2002, a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU e sua reedição em 2011, a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Básica são mencionados em todas as portarias referentes às UPAs. O QualiSUS-urgência somente é mencionado na primeira Portaria n.º 2.922/2008⁵ e o Pacto pela Saúde deixa de ser citado na última Portaria n.º 2.846/2011⁶.

Ligadas ao SUS, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003⁷.

Estas unidades funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, podem resolver grande parte das urgências e emergências, e ajudam a diminuir as filas nos pronto-socorros dos hospitais. Sendo os únicos especialistas disponíveis: clínica médica, pediatria, odontologia e assistência social³.

Muitas vezes os locais ficam superlotados, dificultando a possibilidade de atender a toda a comunidade presente. Desta forma surgiu a necessidade de efetuar uma triagem das ocorrências, priorizando assim os casos mais graves. Portanto, foi implantada como diretriz o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), que objetiva reorganizar e realizar a promoção da saúde na rede. A implantação do AACR para o atendimento por



critério de gravidade e não mais por ordem de chegada aos serviços de emergência foi a estratégia para alcançar o princípio da Política Nacional de Humanização (PNH) e foi implantado como protocolo pré-estabelecido, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade⁸.

Este processo identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A prática é entendida como uma postura ética e profissional para o atendimento por nível de complexidade.

Neste contexto, a Portaria n.º 2048/2002, que regulamenta, no Brasil, os serviços de urgências e emergências, regulamentou a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da triagem classificatória de risco. Esse processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento⁹.

Para este acolhimento, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do Distrito Federal, no Parecer n.º 005/2010, esclareceu que o processo de AACR é uma atividade que está de acordo com as atribuições do enfermeiro¹⁰.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. A ordem de atendimento é determinada da seguinte forma: VERMELHO ou seja, emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência); LARANJA, ou seja, muito urgente recomenda-se que o paciente aguarde, no máximo, por dez minutos; AMARELO, ou seja, urgência (será atendido em até 60 minutos, com prioridade sobre os pacientes classificados como verde, no consultório ou leito da sala de observação); VERDE, ou seja, sem risco de morte imediato (menor urgência, avaliação médica em mais ou menos 60 minutos); AZUL, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em UBS ou atendido pelo Serviço Social)¹¹.

Apesar do enfermeiro ser considerado apto para efetuar o processo de acolhimento e classificação de risco em UPAs, alguns enfermeiros ainda apresentam dúvidas quanto a quem priorizar no momento do atendimento¹².

Portanto a pergunta norteadora: Qual a percepção do enfermeiro na utilização da classificação de risco em Unidades de Pronto Atendimento? E o objetivo definiu-se como identificar a percepção dos enfermeiros na classificação de risco, em um acolhimento em uma UPA, na zona oeste do Rio de Janeiro – RJ.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de campo com entrevista semiestruturada com dez enfermeiros em uma Unidade de Pronto Atendimento, situada na Zona Oeste bairro Senador Camará, da Área Programática 5.1, Rio de Janeiro.

A escolha da unidade se deu devido à grande demanda de atendimento e necessidade de classificação de risco. O critério de inclusão definiu-se com: enfermeiros que faziam atendimento há mais de seis meses no acolhimento e classificação de risco e o critério de exclusão aqueles que não respondessem por completo as entrevistas ou estivessem de férias e licença no período da coleta de dados. Importante relatar que a unidade de saúde se encontra em uma região bastante conflituosa, de baixo nível socioeconômico, mas de fácil acesso.

As entrevistas ocorreram em setembro e outubro de 2019, de acordo com as disponibilidades de horário dos profissionais e não houve recusa de profissionais na participação. A pesquisa foi desenvolvida consoante com as recomendações da Resolução n.º 466/2012 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o SMSRJ parecer n.º 3.002.717. Os participantes foram informados sobre a finalidade do estudo e aceitando livremente, a participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Neste estudo os dados foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Resultados e Discussão

Com a obtenção dos dados, foi feita uma análise do conteúdo obtido através do levantamento das respostas feitas pelo roteiro de perguntas e da transcrição integral das entrevistas. A seguir, foram selecionadas desse material as ideias mais importantes e relevantes buscando os dados necessários para o alcance dos objetivos da pesquisa.

Os dados obtidos através das entrevistas se desdobraram em núcleos ou unidades que foram apresentados por categorias. Foram entrevistados 10 enfermeiros, enquanto profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento na Zona Oeste. Observa-se a predominância de profissionais do sexo feminino em 90%. Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem, no Brasil, 88,02% dos enfermeiros ainda são do sexo feminino. Entre as idades de 28 e 60 anos e chama atenção o fato da maioria ter iniciado na profissão muito jovem; se comparados idade e tempo de profissão nota-se que a maioria iniciou a trabalhar como enfermeiro entre 22 e 27 anos (80%). Apenas dois dos entrevistados iniciaram após os 30 anos de idade.

Outra tendência é a qualificação, apenas um dos entrevistados não possui nenhum curso de pós-graduação e um dos entrevistados possui dois - Saúde Pública e Saúde da Família, sendo os cursos mais citados. O perfil atual dos enfermeiros contribui para uma melhor performance tanto na execução de suas tarefas, quanto nos relacionamentos interpessoais e no desenvolvimento de novas metas e políticas de saúde. Igualmente afirmam que a profissão leva em conta a competitividade no mercado de trabalho, as necessidades de adquirir conhecimentos e múltiplas habilidades levando a busca de qualificação constante¹³.

Acolhimento ao Usuário

A mudança das práticas de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos nos serviços de saúde é um dos desafios apresentados pelo SUS. O acolhimento como



postura e prática nas ações 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. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira⁷.

O Acolhimento ao usuário é percebido pelos enfermeiros entrevistados como “uma atividade capaz de avaliar, definir prioridades, organizar a assistência para um atendimento mais humanizado e eficaz”.

Percebe-se na fala de entrevistados:

“Acolher é realizar uma escuta qualificada com humanização ao paciente, ouvindo suas queixas e procurando orientá-lo da melhor maneira” (Vermelho).

“Promover um atendimento humanizado e qualificado de acordo com o grau de complexidade do cliente” (Laranja).

“Acolher atento às necessidades ditas e subentendidas do paciente. Utilizando uma escuta ativa e sensível às demandas envolvidas no processo” (Preto).

É unanimidade entre os entrevistados que o enfermeiro deve estar atento as subjetividades de cada usuário, destacando-se o olhar crítico e uma análise globalizada e humanizada do paciente.

Este fato demonstra que os enfermeiros já consideram o conceito de acolhimento como parte do processo de produção e promoção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde, como preconizado pelo Ministério da Saúde⁷.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções⁸.

Dificuldades no Acolhimento

Quanto à percepção dos enfermeiros sobre as dificuldades encontradas no acolhimento aos usuários, observa-se que 70%, ou seja, sete enfermeiros disseram que elas existem. E as mais citadas foram a superlotação, que dificulta a agilidade no acolhimento; a não concordância com a classificação de risco; o desconhecimento do protocolo de classificação e quando o usuário apresenta diversos parâmetros dificultando a classificação.

Segundo as falas:

“Pacientes muito mal-educados, ameaças sofridas por pacientes e acompanhantes” (Azul).

“Encontro inúmeras dificuldades, como por exemplo tempo de atendimento, temos metas a serem alcançadas, e agressividade dos clientes insatisfeitos com o sistema proposto” (Preto).

“Em uma unidade de emergência, com filas de espera, pacientes estressados e várias outras situações há dificuldade para ouvir o paciente com qualidade; e em nossa unidade também há a

“Quando o cliente não concorda com a classificação de risco e quer prioridade” (Verde).

“O paciente não entender como é realizado o acolhimento no pronto atendimento” (Lilás).

100% afirmam que nesses casos os usuários e seu acompanhantes costumam ser mal-educados, irritados, muitas vezes agressivos, causando tumulto no momento do acolhimento e dificultando o trabalho da equipe de enfermagem.

A violência urbana se estende as unidades de Saúde, onde enfermeiros e outros profissionais da saúde são alvos de agressões. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) relata agressões sofridas por um médico, na Unidade de Pronto Atendimento de Paciência, Zona Oeste do Rio de Janeiro, por se recusar a emitir atestados médicos, evidenciando um problema de segurança enfrentado diariamente por profissionais de saúde e de outras áreas que lidam com o público¹⁴.

O aumento dos casos de acidentes e violência urbana, nos últimos anos, causou a superlotação das emergências hospitalares e pronto-socorro, transformando essa área numa das mais problemáticas do sistema de saúde. Por este motivo, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) surgiram como uma das estratégias da Programa Nacional de assistência a Urgência PNAU para a melhor organização da assistência, articulação dos serviços; e definição de fluxos e referências resolutivas. Essa estratégia apareceu como uma das iniciativas resolutivas para o problema da superlotação em emergências hospitalares¹⁵.

Observa-se, entretanto, que na realidade são relatadas na mídia a falta de estrutura nas UPAs no Rio de Janeiro, impondo a equipe responsável pelo acolhimento e classificação de risco a difícil tarefa de decidir quem vão atender. Neste sentido, há relatos de que o setor vermelho, exclusivo para casos graves, fica por muitas vezes cheio, com emergências que não param de chegar¹⁶.

Classificação de Risco

Ao chegar ao atendimento, o usuário é acolhido e recepcionado, onde é feito o seu cadastro para que seja encaminhado à classificação de risco. A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

O protocolo institucional foi construído baseado na queixa principal, norteando a condução do caso por meio dos sinais e dos sintomas, os quais indicam ao profissional de saúde um nível de prioridade de atendimento.

Este processo de avaliação segue o Protocolo de Manchester e é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente¹⁷.

Segundo os resultados obtidos, 70% têm a preocupação de informar o tempo de espera pelo atendimento e isso é um facilitador para manter a qualidade do atendimento.

Quando perguntados como se realiza a classificação de risco, 50% dos entrevistados mencionaram o protocolo Manchester; 30% referiram-se a entrevistas e relatos de queixas dos pacientes, aproximando-se mais de anamnese do que do protocolo propriamente dito; um dos entrevistados referiu-se ao *To Life* e um referiu-se a “equidade”.

Os métodos do Protocolo Manchester e *To Life* são similares, podendo ou não incluir as cores laranja e azul, dependendo da unidade em que está implantado. Quanto ao enfermeiro que se refere ao atendimento com equidade, acredita-se que se refira ao significado literal da palavra: apreciação, julgamento justo¹⁸.

O método não propõe estabelecer diagnóstico médico e, por si só, não garante o bom funcionamento do serviço de urgência. Este sistema pretende assegurar que a atenção médica ocorra de acordo com o tempo-resposta determinado pela gravidade clínica do doente, além de ser uma ferramenta importante para o manejo seguro dos fluxos dos pacientes quando a demanda excede a capacidade de resposta^{19,20}.

Cada fluxograma contém discriminadores que orientam a coleta e análise de informações para a definição de prioridade clínica do usuário. Ou seja, não existe uma rotina de atendimento, por exemplo, verificar todos os sinais vitais de todos os usuários que dão entrada aos serviços de emergência, pelo contrário, para cada atendimento segue-se um fluxo estabelecido no protocolo, de acordo com o sintoma apresentado, que norteará sua conduta¹².

Os Benefícios do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco

Quanto aos benefícios para os profissionais de saúde e sociedade, 100% foram unânimes em reconhecer que a classificação de risco é um facilitador para o atendimento nas unidades de pronto atendimento.

Segundo as falas:

“Agiliza o atendimento” (Verde).

“Coleta de informações que podem ajudar em um possível diagnóstico” (Amarelo).

“Permite que pacientes graves tenham atendimento mais rápido” (Azul).

“Classifica o cliente de acordo com o grau de risco” (Laranja).

Observa-se nas falas que o acolhimento é um facilitador para a classificação de risco e prioriza no atendimento mais rápido aos que precisam de atendimento imediato.

Estudo realizado, em 2014, verificou que a correta aplicação do protocolo de acolhimento e classificação de risco é essencial para identificar o fato de que existe uma grande proporção de pacientes de menor grau de prioridade em busca de serviços de urgência e emergência o que

implica no fenômeno de superlotação nestes serviços. Desta forma, ao considerar as características benéficas do protocolo de Manchester, a correta aplicação deste sistema se torna essencial na gestão dos serviços¹⁹.

Além disso, ao padronizar a conduta dos enfermeiros, a utilização do protocolo minimiza a interferência da subjetividade do olhar do avaliador, o que promove segurança à tomada de decisão, o protocolo de AACR tem mostrado sua importância institucional para os usuários a fim de promover uma porta de entrada humanizada com um acolhimento ágil e seguro a clientela podendo reduzir efeitos negativos no prognóstico, decorrentes de demora no atendimento²⁰.

Melhorias na Classificação de Risco no Acolhimento

Quanto a possíveis melhorias para o funcionamento da classificação de risco, 80% dos entrevistados acreditam que podem ser melhoradas.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo, é que o diferencia de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde⁸.

“Conscientização da população e mais informação para o usuário sobre o tempo de espera” (Amarelo).

“Governo, mídia e profissionais conscientizando e informando a população” (Azul).

“O mesmo deve saber em qual unidade se direcionar de acordo com os sintomas” (Rosa).

“Os pacientes não entendem porque outros ‘passam’ sua frente” (Vermelho).

Os serviços de urgência e emergência brasileiros, ultimamente, têm sido alvo de preocupação entre gestores, médicos e administradores; uma vez que o atendimento não emergencial tem elevado a demanda de forma contínua e crescente, o que prejudica o tratamento de pacientes em real situação de risco de vida. Os hospitais e pronto-atendimentos, por serem de livre procura e entradas no sistema de saúde, promovem uma busca desordenada por atendimento, causando a superlotação, e para aperfeiçoar e garantir que os mais graves sejam atendidos, torna-se indispensável a prática da classificação de risco dentro destes serviços²⁰.

Os serviços de urgência e emergência em nosso país não dispõem de capacidade para atender a grande quantidade de pacientes que buscam pelos serviços todos os dias, sendo a superlotação resultado de problemas organizacionais²¹.

Neste sentido, o AACR é um processo dinâmico e executado periodicamente em todos os doentes enquanto esperam pelo atendimento. Assim, qualquer alteração no quadro clínico pode ser identificada, alterando-se a prioridade, se necessário. É muito importante que qualquer



agravamento posterior seja identificado para que a terapêutica seja iniciada²².

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se for entendido como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde⁷.

De acordo com a pesquisa, também foi possível perceber ainda que o processo de comunicação entre os profissionais e usuário também apresenta fragilidades no sentido de ampla divulgação e que os entrevistados reconhecem a importância de uma capacitação antes de incorporar novos processos de trabalho²³.

Considerações Finais

Considerando-se os objetivos propostos, pode-se afirmar que a tecnologia de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada.

Os enfermeiros percebem que a implementação do protocolo de Manchester visa melhorar o atendimento nas urgências e emergências sendo ferramenta indispensável

para que se possa classificar a gravidade e agilizar o processo, salvando a vida do paciente em serviços superlotados e com pouca infraestrutura.

Os enfermeiros não percebem maiores dificuldades com a utilização do sistema já implantado que foi considerado adequado e benéfico pelos entrevistados. Entretanto, foram sugeridas algumas melhorias, como padronização, implantação em todo território nacional, e foi chamada a atenção para a necessidade de melhorar a informação que chega até a população em geral, no intuito de facilitar ainda mais os procedimentos no acolhimento e classificação de risco nas UPAs.

Verificou-se certa dificuldade da população em compreender os critérios utilizados pelo protocolo, fato que gera insatisfação no atendimento por parte dos usuários e até constrangimento aos profissionais. Este fato denota a necessidade de informar melhor a população em geral sobre a AACR.

Relembra-se ainda que os desafios estão expostos no contexto de classificar o risco na UPA, pois receber a demanda e classificá-la, apenas fundamentada em prática protocolada, não responde a acolher humanamente as necessidades e demandas das pessoas nesse serviço. É necessária uma produção da saúde com segurança, porém qualificada numa relação de respeito ao outro como ser humano.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada [Internet]. – Brasília (DF): MS; 2013 [acesso em 19 mai 2019]. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
2. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH, Evolução dos serviços hospitalares de emergência no estado do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [acesso em 19 mai 2019];14(5):1881-90. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2868/2371>
3. Ministério do Planejamento (BR). Unidades de Pronto Atendimento [Internet]. Brasília (DF): MP; 2018 [acesso em 19 mai 2019]. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento/rj>
4. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev. saúde pública [Internet]. 2013 [acesso em 19 mai 2019].45(3):519-528. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a13.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Qualisus - Política de qualificação da atenção à saúde [Internet]. Brasília (DF): MS; 2006 [acesso em 19 mai 2019]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/gm/2006/prt3125_07_12_2006.html
6. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2015;25(2):525-545. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011>
7. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, Série B. Textos Básicos de Saúde [Internet]. Brasília (DF): MS; 2009 [acesso em 19 mai 2019]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS [Internet]. – Brasília (DF): MS; 2009 [acesso em 19 mai 2019]. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2048/2002 [Internet]. Brasília (DF): MS; 2002 [acesso em 19 mai 2019]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
10. Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Atribuições da Enfermagem na triagem com classificação de risco de urgência [Internet]. Brasília (DF): COREN-DF; 2010 [acesso em 19 mai 2019]. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos/>
11. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária [Internet]. – Rio de Janeiro, edição revista, atualizada e aumentada: SMS, 2016 [acesso em 19 mai 2019]. 180p – (Série F. Comunicação e



Educação em Saúde) Inclui Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Disponível em:

http://www.subpav.org/download/impessos/_SMSDCRJ_carteira_de_servicos_Vprofissionais.pdf

12. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Parecer Coren-SP CAT n.º 014/2009. Triagem clínica por técnico/auxiliar de enfermagem [Internet]. São Paulo (SP): COREN-SP; 2009 [acesso em 19 mai 2019]. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2009_14.pdf
13. Araujo MAN, Lunardi Filho WD, Alvarenga MRM. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2017 nov [acesso em 19 mai 2019];11(Supl. 11):4716-25. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/2312>
14. O DIA, Jornal on-line. Médico: profissão perigo [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): O DIA; 2018 [acesso em 19 mai 2019]. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2018/03/5525260-medico-profissao-perigo.html#foto=1>
15. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Unidade de pronto atendimento – UPA 24h: percepção da Enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 jan/mar [acesso em 19 mai 2019];24(1):238-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NKrNrgpVBSRXKVBHRfN4KYt/abstract/?lang=pt>
16. G1. UPA no Rio tem superlotação e faltam equipamentos, médicos tem que escolher quem atender [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): G1; 2018 [acesso em 19 mai 2019]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/07/25/upa-no-rio-tem-superlotacao-e-faltam-equipamentos-medicos-tem-que-escolher-quem-atender.ghtml>
17. Oliveira GN, Vancini-Campanharo, CR, Okuno, MFP., Batista, REA, Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 mar/abr [acesso em 19 mai 2019];21(2). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf
18. Dicionário do Aurélio. Equidade [Internet]. [acesso em 19 mai 2019]. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/equidade>
19. Tancini T. Sistema Manchester: tempo despendido na classificação de risco, prioridades estabelecidas e desfecho clínico dos pacientes atendidos na maior emergência do sul do Brasil. 2014. 61 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.
20. Francisco GT. Protocolo de Manchester: mais do que um Sistema de Classificação de Risco. Florianópolis, 2014.
21. Andrade FT. A importância da Classificação de Risco. (Graduação em Enfermagem – FSM – Faculdade São Miguel – Recife – PE, 2015.
22. Cordeiro Jr. W, Torres BLB, Rausch MCP. Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2014.
23. Moraes CLK, Guilherme Neto J, Santos LGO. A classificação de risco em urgência e emergência: os desafios da enfermagem Glob Acad Nurs. 2020;1(2):e17. <https://dx.doi.org/10.5935/26755602.20200017>

