

Classificação de risco em unidade de pronto atendimento: discursos dos enfermeiros

Risk classification in an emergency care unit: the nurses' discourse

Clasificación de riesgo en unidad de urgencias: discursos de los enfermeros

Patrícia Madalena Vieira Hermida^I; Walnice Jung^{II}; Eliane Regina Pereira do Nascimento^{III};
Natyele Rippel Silveira^{IV}; Diego Leonardo Fortuna Alves^V; Thisa Barcellos Benfatto^{VI}

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção dos enfermeiros de uma unidade de pronto atendimento acerca da classificação de risco. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, realizado com nove enfermeiros de uma unidade de pronto atendimento de Florianópolis, por meio de entrevista semiestruturada, no período de abril a junho de 2014. Para a organização e análise dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 17041613.8.0000.0121. **Resultados:** emergiram dois discursos com as ideias centrais: a classificação de risco além de priorizar o atendimento aos pacientes mais graves dá mais segurança ao profissional; e, cada enfermeiro avalia, classifica e registra de um jeito. **Conclusão:** apesar de os enfermeiros considerarem a importância da classificação de risco na unidade de pronto atendimento, encontram dificuldades quanto à unicidade de conduta na sua implementação e registro, sinalizando a necessidade de ações de educação permanente para uma melhor organização no atendimento. **Palavras-chave:** Enfermagem; enfermagem em emergência; triagem; classificação de risco

ABSTRACT

Objective: to examine nurses' perceptions of risk classification in an emergency unit. **Method:** in this qualitative, descriptive study, nine nurses at an emergency unit in Florianópolis underwent semi-structured interviews between April and June 2014. Collective Subject Discourse was used as an organizational and data analysis technique. The project was approved by the Research Ethics Committee (Protocol No. 17041613.8.0000.0121). **Results:** two discourses emerged with the core ideas: risk assessment, in addition to prioritizing critical patient care, gives health personnel more security; and each nurse assesses, classifies and records in a particular way. **Conclusion:** although nurses consider risk classification important in the emergency unit, they find difficulty as regards standard conduct in implementing it and in recording, which signals a need for continuous education actions to improve care organization. **Keywords:** Nursing; emergency nursing; triage; risk classification.

RESUMEN

Objetivo: conocer el punto de vista de los enfermeros de una unidad de urgencias acerca de la clasificación de riesgo. **Método:** es un estudio cualitativo, descriptivo, realizado junto a nueve enfermeros de una Unidad de Urgencias de Florianópolis, por medio de una entrevista semiestructurada, entre abril y junio del 2014. Se utilizó, como técnica de organización y análisis de datos, el Discurso del Sujeto Colectivo. Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo nº 17041613.8.0000.0121. **Resultados:** surgieron dos discursos cuyas ideas centrales son: la clasificación del riesgo, además de priorizar la atención de los pacientes más graves, le ofrece más seguridad al profesional; y cada enfermero evalúa, clasifica y registra de una manera diferente. **Conclusión:** aunque los enfermeros hayan considerado la importancia de la clasificación de riesgo en la unidad de urgencias, ellos encuentran dificultades en cuanto a la unicidad de conducta en su implementación y registro, señalando la necesidad de acciones de educación permanente para una mejor organización respecto a la atención al paciente. **Palabras clave:** Enfermería; enfermería de urgencia; triaje; clasificación de riesgo.

INTRODUÇÃO

A insatisfação da sociedade brasileira sobre o atendimento da saúde nas situações de emergência impulsionou o país a criar a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), cujo principal componente de atendimento pré-hospitalar fixo são as unidades de pronto atendimento (UPAs). Essas unidades têm

se estabelecido como importante ponto de acesso ao sistema de saúde, instituindo-se enquanto serviços intermediários entre a atenção básica e as emergências hospitalares¹.

De acordo com a Portaria/GM nº 342 de 04 de março de 2013, as UPAs devem funcionar de modo

^IEnfermeira. Pós-doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: patymadale@yahoo.com.br

^{II}Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: walnicejung@gmail.com

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: eliane.nascimento@ufsc.br

^{IV}Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: naty_rippel@hotmail.com

^VEnfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: dilebass@hotmail.com

^{VI}Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: thisa.enf@gmail.com

ininterrupto nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, com estrutura física e equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com o seu porte². A Portaria/GM n. 1601 de 07 de julho de 2011 estabelece que as UPAs devem compor, juntamente com as Unidades Básicas de Saúde, de Saúde da Família e as Instituições Hospitalares, uma rede organizada de atenção às urgências. Essas unidades deverão estar localizadas em lugares estratégicos da Rede de Atenção às Urgências³.

Para regular o atendimento nos serviços de urgência, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), propõe como principal estratégia a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), cuja avaliação do paciente é realizada pelo enfermeiro⁴. Cabe ao gestor implantar essa estratégia para identificar os pacientes que necessitam de intervenção imediata, de modo a priorizar o atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso².

No âmbito internacional os sistemas de classificação de risco são empregados sem exceção em todos os países com o objetivo de gerenciar o risco clínico e ordenar o fluxo de paciente com segurança quando a necessidade exceder a capacidade⁵.

A relevância da classificação de risco (CR) é corroborada por estudos que mostram que pacientes com alta prioridade apresentaram maior taxa de internação e óbito⁶ e que existe uma relação direta entre a gravidade do paciente conferida pela classificação e o tempo de internação hospitalar. Destarte, considera-se o sistema de classificação de risco implementado pelos enfermeiros um bom preditor de morte e internação hospitalar⁷.

Outro fator que justifica a importância e o interesse por este estudo está relacionado à escassez de produções científicas acerca da CR nas UPAs, por ser este um serviço implantado recentemente, aliado ao fato de que essas unidades são amparadas por normativas que recomendam que o processo de trabalho nas mesmas seja desenvolvido em consonância com a CR.

Diante do exposto, a pesquisa teve como questão norteadora: *Qual a percepção dos enfermeiros sobre a classificação de risco em uma UPA?* Desse modo, objetivou-se: conhecer a percepção dos enfermeiros de uma UPA quanto à classificação de risco.

REVISÃO DE LITERATURA

Entre os sistemas de classificação de risco mais empregados no mundo se destacam: a escala norte-americana, utilizada desde 1999 - *Emergency Severity Index* (ESI); a escala australiana, desenvolvida em meados dos anos 70 - *Australasian Triage Scale* (ATS); o protocolo canadense - *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS), editado em 1998; e, Manchester Triage System - o protocolo de Manchester, desenvolvido pelo Manchester Triage Group na Inglaterra, iniciado nos serviços de emergência do Reino Unido a partir de 1996 e, no Brasil, em 2008⁸.

É importante ressaltar que esses quatro sistemas possuem características em comum, com destaque para: o objetivo de identificar e intervir rapidamente em situações de risco de vida, distinguindo-as daquelas em que os doentes podem esperar com segurança o atendimento médico; as urgências, que possuem cinco categorizações, numeradas do 1 (mais urgente) ao 5 (menos urgente); e, o fato da classificação de risco ser realizada pelo profissional enfermeiro⁸.

Assim, o enfermeiro é o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador^{9,10}. De forma geral, recomenda-se a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em diferentes níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente⁹.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada no município de Florianópolis, Santa Catarina. Integram a equipe de saúde na UPA, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, assistente social, farmacêutico, entre outros profissionais. Cabe ressaltar que existem atualmente em Florianópolis, duas UPAs UPA-Norte e UPA-Sul, inauguradas, respectivamente, em 2009 e 2008.

Para a participação no estudo foram convidados os enfermeiros por serem estes os profissionais que realizam a CR nas UPAs, em conformidade com os principais sistemas de CR utilizados mundialmente e com a Resolução nº 423/2012, do Conselho Federal de Enfermagem¹¹. Do total de 13 enfermeiros atuantes na UPA, nove participaram do estudo por atender os critérios de inclusão: pertencer ao quadro de profissionais da UPA; ter experiência profissional de, no mínimo, um ano na unidade e de atuação na CR; e, estar em exercício profissional na época da coleta de dados.

Para avaliar e classificar o risco de cada paciente, na UPA em questão, é utilizada uma versão adaptada do protocolo de CR do município de Belo Horizonte, o qual foi adaptado do Protocolo de Manchester.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2014, por meio de entrevista individual semiestruturada. As características dos participantes elencadas foram: sexo; idade; e, tempo de atuação na UPA. Aos participantes foi solicitado que falassem como percebiam a Classificação de Risco na UPA. As entrevistas foram realizadas no próprio serviço de saúde, em ambiente privativo, com duração média de 40 minutos, gravadas e transcritas pelos pesquisadores.

Os depoimentos foram organizados e analisados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que utiliza quatro figuras metodológicas: Expres-

são Chave (ECH); Ideia Central (IC); Ancoragem (AC); e, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito. As Expressões Chave (ECHs) são trechos dos depoimentos individuais que retratam a essência do conteúdo do discurso referente a uma questão. A IC descreve os sentidos dos depoimentos individuais e do conjunto das respostas dos participantes com mesmo sentido. A AC descreve as ideologias, os valores e crenças presentes nas falas individuais ou agrupadas. O DSC é constituído por ECHs que tenham IC semelhantes ou complementares¹². Ressalta-se que no presente estudo não foi encontrada a Ancoragem nos discursos individuais.

Para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs), utilizaram-se os seguintes passos: leitura atenta de cada entrevista, destaque das ECH de cada depoimento; identificação da IC de cada ECH; agrupamento das ECH de sentidos semelhantes ou complementares; nomeação da IC de cada agrupamento de ECH semelhantes. Esses agrupamentos deram origem aos DSCs, cada um com uma IC. Desse modo, foram revelados dois DSCs com suas respectivas Ideias Centrais (ICs): um relacionado aos aspectos positivos da CR; e, outro relativo aos aspectos negativos da operacionalização da CR. Para preservar o anonimato dos participantes nos DSCs, adotou-se a inicial E (Enfermeiros), seguida do número correspondente à sequência de realização das entrevistas (E1, E2, E3...).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob Parecer nº 425197/2013, CAAE: 17041613.8.0000.0121, seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação às características dos nove participantes do estudo, sete são do sexo feminino e com idade de 31 a 42 anos. Quanto ao tempo de atuação na UPA, oito dos enfermeiros atuam entre cinco e seis anos, ou seja, estão na unidade desde a sua inauguração.

A análise dos DSCs originou dois temas, um acerca dos pontos positivos da CR e o outro, sobre os aspectos negativos. Cada tema está relacionado a uma IC.

Para os enfermeiros deste estudo a CR produziu efeitos positivos no cotidiano do serviço da UPA, facilitou o atendimento e o seu dimensionamento pela equipe, sendo uma importante ferramenta na priorização dos casos graves e que proporciona segurança ao enfermeiro, pois os pacientes que aguardam o atendimento médico já foram avaliados previamente. Ver Figura 1.

A literatura corrobora o discurso dos enfermeiros em relação à priorização dos pacientes conforme o risco. Estudo realizado com profissionais de uma UPA do Rio Grande do Norte, revelou que, apesar dos en-

traves identificados na implantação da CR, o modelo de atendimento por ordem de chegada foi substituído pelo atendimento conforme a gravidade do quadro clínico, priorizando à assistência dos pacientes com maior risco de morrer, o que melhorou o atendimento no serviço¹³.

Para os enfermeiros de UPAs da região sul do Brasil, a priorização do atendimento aos pacientes com potencial risco de agravos é destacada como uma das contribuições da CR, o que assegura o atendimento às urgências e diminui o risco de agravamento e de sequelas decorrentes do tempo de espera prolongado¹⁴. Contudo, a sobrecarga de trabalho compromete a priorização dos atendimentos emergenciais, como aponta uma pesquisa desenvolvida em UPAs de Santa Catarina¹⁵.

No cenário hospitalar, estudo desenvolvido em serviços de emergência do Paraná identificou que a priorização dos pacientes graves para o atendimento foi o item melhor avaliado pelos profissionais de enfermagem em relação à CR, o que indica que esta tem alcançado seu principal objetivo no que se refere ao atendimento inicial aos pacientes que procuram pelas emergências hospitalares, substituindo o modelo tradicional de atendimento por ordem de chegada¹⁶. Essa mudança no modelo de atendimento, que passou a ser por prioridade, também ocorreu no setor de emergência de um hospital público de Santa Catarina, refletindo em avanço na organização do serviço¹⁷. No Piauí, a equipe de enfermagem de uma emergência revelou que alguns profissionais se mostraram conscientes da CR ao priorizar os atendimentos conforme os riscos e a vulnerabilidade dos pacientes¹⁸.

A segurança no atendimento aos pacientes, proporcionada aos enfermeiros da UPA pela CR, revelada neste estudo, também é apontada pelos profissionais de enfermagem^{17,19} e enfermeiros²⁰ em emergências hospitalares, o que mostra que esse aspecto positivo

Tema: Aspectos positivos da classificação de risco

IC: A classificação de risco além de priorizar o atendimento aos pacientes mais graves dá mais segurança ao profissional

DSC: Percebo a classificação de risco como importante na seleção dos pacientes mais graves para o atendimento mais rápido. A gente não permite que paciente aqui dentro da unidade, paciente de risco, fique susceptível à piora do quadro pela espera do atendimento. É importante a classificação, facilitou o atendimento, para o paciente foi mil vezes melhor [...]. Acho que a gente cresceu bastante fazendo a classificação, conseguiu dimensionar melhor o atendimento, que antes a gente subclassificava os pacientes então, tinha uma fila de espera muito maior. Como os que estão graves são atendidos primeiro, a gente fica seguro com relação àqueles que estão aguardando pelo atendimento. (E1, E2, E4, E7, E8, E9).

FIGURA 1: Aspectos positivos da classificação de risco. Florianópolis, Santa Catarina, 2014.

da CR é compatível com diferentes cenários de atenção às urgências. Sobre esse aspecto, estudo aponta que a CR proporciona segurança aos pacientes, uma vez que a avaliação e a priorização do atendimento permitem intervenção mais eficaz sendo evitados agravos e sequelas¹⁴.

Os pontos positivos sobre a CR evidenciados nesta investigação, e que são corroborados pela literatura, contribuem para melhorar a organização do trabalho nos serviços de urgência e emergência no país, aspecto desejado se considerada a situação crítica desses serviços. O primeiro discurso dos enfermeiros, que encontra semelhança nos resultados de outras pesquisas, é coerente com a proposta de ACCR da Política Nacional de Humanização (PNH) e sinaliza que esta se consolida nas diferentes realidades dos serviços de urgência, pela implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Entretanto, alguns aspectos negativos da CR na UPA merecem atenção, os quais foram revelados no segundo discurso dos enfermeiros. Ver Figura 2.

Tema: Aspectos negativos na operacionalização da classificação de risco

IC: Cada enfermeiro avalia, classifica e registra de um jeito

DSC: Vejo que aqui cada enfermeiro acaba avaliando de um jeito, uns usam muito o lado emocional. A experiência prévia de cada enfermeiro interfere na avaliação, tem enfermeiro que já trabalhou em outras emergências, outras situações, UTI, etc e aí avalia de um jeito, outro nem tanto. O paciente idoso, no organograma da prefeitura diz que ele deve ser amarelo, mas têm alguns enfermeiros que não valorizam a idade como um critério, se a queixa é verde eles são classificados assim, quando deveria ser amarelo e o atendimento seria mais rápido. Tem colega que diz que para não se incomodar não classifica ninguém como azul e não importa a queixa do indivíduo, vai ser no mínimo verde sempre. Isso gera problema porque da outra vez se for outro enfermeiro que classificar esse paciente com o mesmo problema, pode não ser verde, e sim, azul, e aí gera conflito. Então, isto é bastante ruim cada um classificar de acordo com a sua percepção, principalmente o subjetivo, tipo dor, é difícil em qualquer serviço, mas, quando a gente não tem um treinamento fica pior. Tem que identificar a cor correta [da classificação] desse paciente, de não subestimar até para proteção do paciente e do próprio profissional. Os registros também são feitos de modo diferentes, uns utilizam SOAP e outros o SAMPLE e outros registram sem utilizar método algum (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9).

FIGURA 2: Aspectos negativos da classificação de risco. Florianópolis, Santa Catarina, 2014.

Observa-se no segundo discurso que apesar de existir um protocolo de CR na UPA, esse não é utilizado por todos os enfermeiros para nortear a classificação da gravidade da situação do paciente que procura pelo serviço, tendo como balizadores a experiência e a conveniência para o profissional.

Para guiar a avaliação do enfermeiro na CR e diminuir o viés da subjetividade inerente ao processo de decisão clínica, revelada na presente pesquisa, devem ser utilizados protocolos direcionadores²¹. Acerca da aplicação dos protocolos, pesquisas indicam que eles padronizam a conduta dos profissionais²² e que são os principais agentes facilitadores do trabalho do enfermeiro na CR por direcionar a prática clínica⁴.

Embora estudos apontem resultados positivos referentes à implementação de protocolos para a CR, chama a atenção à ocorrência de subclassificação e superclassificação de gravidade²³, aspectos coerentes com o discurso dos enfermeiros desta pesquisa quando expressam que cada profissional avalia e classifica de um jeito. Nesse sentido, revisão sistemática sobre o Sistema de Triagem de Manchester, constatou que a validade e confiabilidade deste sistema de classificação são boas, mas a segurança do mesmo foi baixa por causa da alta taxa de subtriagem e a baixa sensibilidade na predição de níveis de urgência mais elevadas²⁴.

A avaliação do paciente pelo enfermeiro precisa ser coerente com a sua condição, pois, os classificados com alta prioridade de atendimento têm chance 2,5 vezes maior de evolução para óbito do que aqueles com baixa prioridade²⁵. Isso mostra a relevância da implementação dos protocolos de CR na prática clínica do enfermeiro nas UPAs, o que se encontra prejudicada na realidade do presente estudo, apesar da existência de um protocolo direcionador. Assim, a decisão de prioridade é aleatória, subjetiva e não se baseia em critérios bem definidos.

Dentre os aspectos negativos evidenciados no segundo discurso está a discordância entre os enfermeiros referente à CR, que também é apontada em pesquisa semelhante, cuja divergência de opinião foi revelada entre os profissionais enfermeiros e médicos, gerando conflitos¹⁴.

Estudo complementa que o desconhecimento do protocolo pelos demais membros da equipe de saúde é um dos fatores que dificulta o trabalho na CR⁴. Porém, esse argumento não justifica as divergências de opinião identificadas nesta pesquisa, pois estas ocorrem entre a mesma categoria profissional (enfermeiros). Nesta situação parece que todos conhecem o protocolo, mas o utilizam conforme a sua conveniência. Cabe ainda registrar que, na UPA onde esta investigação foi desenvolvida, o protocolo é utilizado somente nos atendimentos dos pacientes adultos que não demandam cirurgia, sendo excluídas também as emergências pediátricas, aspecto considerado negativo e limitante no serviço.

A aplicação de um protocolo de CR pela instituição é importante, mas devem ser consideradas pelos profissionais outras estratégias ou ferramentas. Pesquisa aponta que a implantação de protocolos por si só não garante um atendimento melhor, pois esta responde por somente parte do cuidado. No caso do atendimento ao idoso,

por exemplo, atender às suas necessidades e trabalhar em rede são aspectos que podem melhorar a qualidade da atenção prestada²⁶. O próprio Ministério da Saúde admite que os protocolos de CR são instrumentos que sistematizam a avaliação, sendo úteis e necessários, porém, não são suficientes por não capturarem os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação de risco e da vulnerabilidade de cada pessoa²⁷.

Vale esclarecer que existe diferença entre a prioridade clínica e a gestão clínica. A primeira requer a busca por informações suficientes para alocar o paciente em uma das categorias de risco, e determina o tempo máximo de espera para aguardar a avaliação médica, enquanto a gestão clínica refere-se às características de cada paciente que afetam o seu tratamento e a ordem do atendimento, tais como idosos, portadores de necessidades especiais, detentos e alcoolizados ou drogados. Assim, a orientação é para que cada serviço desenvolva meios capazes de lidar com essas situações⁸.

Nesse sentido, o fato de cada enfermeiro avaliar e classificar de um jeito, mencionado no segundo discurso como um fator negativo da CR, merece cautela na sua interpretação. Estudo reforça que um importante componente do sistema de classificação é a avaliação da dor, elemento este que compreende aspectos subjetivos e complexos que envolvem tanto o paciente como o profissional⁸. A avaliação acurada da dor pelo enfermeiro na CR é fundamental para que o nível de prioridade do atendimento do paciente seja definido corretamente²⁸.

Relacionada à questão da dor, também citada pelos enfermeiros deste estudo, o protocolo institucional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre avançou e prevê a medicação dos pacientes enquanto aguardam consulta médica no serviço de emergência. Para tanto, os enfermeiros precisam estar sensíveis às queixas de dor dos pacientes e aplicar o protocolo²⁶.

Destacou-se, ainda, no discurso dos enfermeiros, que cada um registra a CR de forma diferente. Na UPA é utilizado o SAMPLE, um modelo de entrevista simplificado para o atendimento pré-hospitalar, cujas letras correspondem: S=sinais e sintomas; A=alergias; M=medicações; P=passado médico (tratamento médico em andamento); L=líquidos e alimentos; e, E=eventos relacionados com o trauma ou doença. Isso requer discussão e revisão da prática profissional, uma vez que o registro da CR pelo enfermeiro previsto na Resolução n. 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem¹¹, considera que tal atividade deve ser executada no contexto do Processo de Enfermagem, conforme a Resolução n. 358/2009²⁹.

Na UPA investigada se utiliza para o registro do atendimento um sistema informatizado próprio do município, o InfoSaúde, que possui uma padronização nos itens de preenchimento da CR. Contudo, os enfermeiros não receberam treinamento específico para a utilização desta ferramenta a fim de padronizar o registro dos

dados do atendimento, de modo que alguns campos e itens do sistema não são preenchidos no momento do atendimento. Esta incompletude dos dados prejudica a qualidade da assistência e inviabiliza o trabalho da equipe de maneira continuada, comprometendo inclusive que uma avaliação fidedigna do serviço seja realizada.

Esse é também um aspecto que merece ser repensado na prática da CR, pois o prontuário eletrônico permite ser acessado não só na UPA, mas nos demais serviços de saúde que integram a rede municipal. Assim, um registro completo do atendimento poderia contribuir com a integralidade do cuidado no âmbito do município, podendo o profissional de saúde acessar as informações sempre que o paciente necessite de assistência.

Embora o registro não seja destacado nos estudos sobre a CR, na UPA em questão, este parece ser de certa forma uma preocupação dos enfermeiros, pois emergiu na presente pesquisa, bem como em outra, realizada no mesmo serviço, na qual o registro apareceu atrelado às dificuldades de implantação da sistematização da assistência de enfermagem³⁰.

Ainda referente ao registro, estudo com pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester revelou a necessidade de capacitar os enfermeiros para o registro mais acurado da dor. Dados sobre o início, duração, irradiação, fatores desencadeantes e agravantes podem contribuir no planejamento do enfermeiro sobre o cuidado, proporcionando maior confiança para o paciente no tratamento, haja vista que a queixa passa a ser considerada²⁸.

CONCLUSÃO

A percepção dos enfermeiros sobre a CR está relacionada a uma ideia positiva e outra negativa, sendo a primeira atribuída à garantia de prioridade do atendimento aos pacientes mais graves e à segurança ao profissional na identificação dos riscos. A segunda se vincula à forma como cada enfermeiro realiza a avaliação, a classificação e o registro do atendimento, que é diferente entre os profissionais, e isso dificulta o atendimento.

A pesquisa aponta questões de extrema relevância para os gestores dos serviços de pronto atendimento acerca do cotidiano vivenciado pelos enfermeiros que realizam a CR nas UPAs, as quais podem subsidiar o planejamento das ações de educação permanente sobre a temática. Ademais, o estudo inova ao sinalizar a necessidade de se repensar o registro da CR no prontuário, no que concerne à padronização deste e o comprometimento dos profissionais para a sua efetivação, tendo em vista, em especial, a relevância para a continuidade do cuidado. Como limitação do estudo, aponta-se o olhar lançado apenas sobre os enfermeiros. Conhecer a percepção dos pacientes sobre a implementação da CR, por exemplo, poderia incrementar o estudo e trazer novas contribuições para a sua melhoria.

REFERÊNCIAS

1. Konder MT, O'Dwyer G. As unidades de pronto-atendimento na política nacional de atenção às urgências. *Physis*. 2015; 25(2):525-45.
2. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 342 de 04 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a implantação do componente unidade de pronto atendimento em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2013.
3. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1601 de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente unidade de pronto atendimento e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da rede de atenção às urgências, em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2011.
4. Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, Mata LRF, Chianca TCM. Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências. *Invest educ enferm*. 2014; 32(1):78-86.
5. Mackway JK, Marsden J, Windle J. *Emergency triage*. Manchester Triage Group. 2ª ed. Oxford: Blackwell; 2006.
6. Becker JB, Lopes MCBT, Pinto MF, Campanharo CRV, Barbosa DA, Batista REA. Triagem no serviço de emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Rev esc enferm USP*. 2015; 49(5):783-9.
7. Gonçalves PC, Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a emergency hospital. *Invest educ enferm*. 2015; 33(3):424-31.
8. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev méd Minas Gerais*. 2012; 22(2):188-98.
9. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(1):26-33.
10. Bellucci Júnior JA, Vituri DW, Versa GLGS, Furuya PS, Vidor RC, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(1):82-7.
11. Conselho Federal de Enfermagem (Br). Resolução COFEN nº 423/2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Brasília (DF): COFEN; 2012.
12. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2ª ed. Brasília (DF): Liber Livro; 2012.
13. Oliveira KKD, Amorim KKPS, Fernandes APNL, Monteiro AI. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(1):148-56.
14. Duro CLM, Lima MADS, Levandovski PF, Bohn MLS, Abreu KP. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. *Rev RENE*. 2014; 15(3):447-54.
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*. 2015; 24(1):238-44.
16. Versa GLGS, Vituri DW, Buriola AA, Oliveira CA, Matsuda LM. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2014; 35(3):21-8.
17. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertonecello KCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Rev Eletr Enf*. 2011; 13(4):597-603.
18. Rodrigues APB, Ribeiro SCL, Santos AMR, Moura MEB, Mesquita GV, Brito JNPO. Concepção da equipe de enfermagem sobre acolhimento com classificação de risco. *Rev enferm UFPE on line*. 2014; 8(8):2626-32.
19. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertonecello KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19(1):84-8.
20. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência - um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enfermagem em Foco*. 2011; 2(1):14-7.
21. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Rev esc enferm USP*. 2015; 49(1):144-51.
22. Bohn MLS, Lima MADS, Duro CLM, Abreu KP. Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester. *Cienc cuid saude*. 2015; 14(2):1004-10.
23. Azeredo TRM, Guedes HM, Almeida RAR, Chianca TCM, Martins JCA. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs*. 2015; 23(2):47-52.
24. Parenti N, Reggiani MLB, Iannone P, Percudani D, Dowding D. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51(7):1062-9.
25. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(1):45-51.
26. Gonçalves AVF, Bierhals CCK, Paskulin LMG. Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2015; 36(3):14-20.
27. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
28. Silva AP, Diniz AS, Araújo FA, Souza CC. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. *Rev enferm Cent-Oeste Min*. 2013; 3(1):507-17.
29. Conselho Federal de Enfermagem (Br). Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009.
30. Oliveira RJT, Hermida PMV, Copelli FHS, Santos JLG, Erdmann AL, Andrade SR. Management of nursing care in the emergency care units. *Invest educ enferm*. 2015; 33(3):406-14.