Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO HOSPITALAR

KNOWLEDGE OF THE POPULATION REGARDING RISK ANALISYS IN HOSPITAL SERVICE

Paulina Ferreira dos Santos[1]
Allan Martins Ferreira[2]
Aline Karla Araújo de Holanda Leite[3]
Hellen Renatta Leopoldino Medeiros[4]

RESUMO - O Atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco estrutura-se a partir de um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. O presente estudo consiste em uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, realizada através de uma pesquisa em campo, desenvolvida mediante uma abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com 60 usuários do Sistema Único de Saúde que estiveram utilizando o serviço de Acolhimento com Classificação de Risco de um hospital público localizado no interior da Paraíba. Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista, composto por questões objetivas, que tiveram como objetivo avaliar o nível de conhecimento da população acerca da Classificação de Risco no serviço hospitalar, estabelecendo medidas educativas que possam auxiliar a população nesse déficit. A análise do conteúdo possibilitou descrever o perfil e o nível de conhecimento da população a respeito da Classificação de Risco, onde de acordo com os resultados obtidos existe uma necessidade de repassar a população orientações que possibilitem o entendimento e a compreensão dos princípios e objetivos da triagem hospitalar, estabelecida pelo Ministério da Saúde tendo como modelo o Protocolo de Manchester, que visa fazer a seleção de pacientes, e priorizar o atendimento de acordo com a

[1] Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP.
[2] Enfermeiro, Especialista em Urgência e Emergência, Supervisor do Estágio Supervisionado II de Urgência e Emergência das Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail:allanmartinsferreira@hotmail.com.
[3] Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, preceptora do Estágio Supervisionado I das Faculdades Integradas de Patos – FIP.
[4] Enfermeira, Coordenadora de Aulas Práticas e TCC das Faculdades Integradas de Patos – FIP

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

necessidade de cada usuário, a fim de melhorar as condições da assistência, diminuir o tempo de espera, priorizar aqueles pacientes que tem risco iminente de morte, consequentemente aumentando suas chances de sobrevida e a diminuição de sequelas debilitantes. Espera-se que os meios de comunicação juntamente com trabalhos educativos possam contribuir para compreensão e entendimento do usuário frente Classificação de Risco hospitalar.

Descritores: Triagem.Hospital. Usuários.

ABSTRACT - Healthcare providence according to each patient's risk comprises a dynamic process of identifying the patients who need immediate treatment, according to their risk potential, dangers or level of suffering. This paper consists of a descriptive exploratory study conducted by means of field study which employed a quantitative approach. It included 60 users of the Brazilian Unified Health System who went through the risk analysis in a public hospital located in a city from Paraíba. The data was collected through a survey, composed of multiple choice questions, which aimed at evaluating the level of knowledge of the population regarding risk analysis by healthcare professionals, and establishing educational measures which may help the populations in this deficit. The analysis enabled us to describe the population's profile and the level of knowledge regarding risk analysis, which according to the attained results, there is a strong need to educate the population with some guidelines that will help them to understand the principles and the objectives of the risk selection once someone checks in the hospital. Such guidelines are established by the Brazilian Ministry of Health which had the Protocol of Manchester as a model, and its objective is to make a selection according to the risk of each patient and prioritize the service according to the need of each patient in order to enhance the quality of the service, decrease the time waiting and give priority to the patients who have imminent risk of death. This will thus, increase their chances of survival and diminish debilitating aftereffects. We hope that the means of communication along with educational works may collaborate to the comprehension and understanding of the patients once they face the hospital risk analysis sector.

Keywords: Risk analysis sector. Hospital. Users.

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

INTRODUÇÃO

Com a crescente demanda e procura pelos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de "circulação desordenada" dos usuários nas portas dos pronto socorro, tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade, de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, de forma que a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidade ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada (ABBÊS; MASSARO, 2014).

A nova Política de Humanização do SUS traz o Atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco (AACR) aos usuários, implicando em um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para dar continuidade à assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2009a).

Estrutura-se a partir de um processo dinâmico de identificação dos clientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2009b). Tem como objetivo principal definir uma prioridade clínica para o primeiro atendimento médico e não fazer um diagnóstico. É realizada com base em protocolo adotado pela instituição de saúde, normalmente representada por cores que indicam a prioridade clínica de cada paciente. Para tanto, algumas condições e parâmetros clínicos devem ser verificados (SILVA, 2012).

O programa propõe, através do Atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco, a gestão de cuidados por nível de gravidade do usuário, melhorando o tempo no

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

atendimento e consequentemente dando mais chances de vida aos que necessitem do atendimento emergencial.

A dificuldade nas mudanças de hábitos e crenças da população com forte determinação cultural têm levado o usuário a buscar assistência de saúde nas instituições onde exista a porta aberta. Os pronto atendimentos de emergências hospitalares apresentam-se como os locais com possibilidade, e perfil para atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotadas, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos como consultas, medicamentos, procedimentos médicos e de enfermagem, exames laboratoriais, radiológicos e internações, enquanto que esse conjunto de recursos não são encontrados facilmente nas unidades de atenção básica (SHIROMA; PIRES; REIBNITZ, 2014).

Percebe-se que a cada novo projeto implementado pelo Ministério da Saúde, mesmo que seja para melhorar a qualidade do atendimento como é o caso do Atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco no serviço hospitalar, estes parecem não chegar com grandes proporções à população, o que acarreta grandes prejuízos para os profissionais, usuários e para o próprio serviço de saúde, levando em consideração a falta de informação sobre direitos e deveres do usuário, o que possivelmente pode atrasar o atendimento dos que necessitam de cuidados hospitalares de alta complexidade.

O interesse em trabalhar o conhecimento da população frente ao Atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco surgiu após observar algumas dificuldades que os usuários enfrentam para entender e aceitar o protocolo de atendimento estabelecido através desse programa proposto pelo governo federal juntamente ao Ministério da Saúde, que tem como princípio norteador melhorar o atendimento aos usuários que necessitem de cuidados de emergência. Nessa concepção, surgiu o seguinte questionamento: será que

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

a população compreende o protocolo de Atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco?

Dessa forma, pôde-se observar a necessidade de algumas estratégias que visem repassar informações a população em geral sobre a implementação do projeto de Acolhimento e Classificação de Risco para que este seja mais bem aceito pelos usuários e tenha seu objetivo de tempo e qualidade de atendimento no serviço hospitalar cumprido.O estudo teve como objetivo descrever o nível de conhecimento dos usuários a respeito do Atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco no serviço hospitalar, assim como identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários que utilizam esse serviço, no que diz respeito aos protocolos de atendimento e estabelecer ações educativas que possam auxiliar a população a utilizar de maneira correta o programa.

Espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para novos estudos, ampliando a visão de acadêmicos e profissionais, assim como de instituições de saúde, que por meio de trabalhos educativos possam contribuir para o entendimento do usuário frente à prestação de serviços disponíveis pelo nosso modelo de saúde: SUS.

METODOLOGIA

O presente estudo foi do tipo descritivo e exploratório, realizado através de uma pesquisa em campo, desenvolvido mediante uma abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada com usuários do SUS que utilizaram o serviço de Acolhimento e

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

Classificação de Risco do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, localizado no município de Patos - Paraíba.

A população foi constituída por 60 usuários escolhidos aleatoriamente, que estiveram aguardando ou receberam atendimento no setor de urgência e emergência do hospital supracitado, na qual está dividida em quatro setores: área vermelha (emergência), área amarela e verde (urgência) e classificação de risco. A amostra foi composta por 60 indivíduos que por ventura aceitaram participar do estudo após assinatura do TCLE, e que seguiram os seguintes critérios de inclusão: usuários maiores de 18 anos e alfabetizados; aqueles que estavam com condições físicas, psicológicas, mentais e sociais de responder o roteiro de entrevista e os usuários que estavam aguardando ou que foram atendidos na Classificação de Risco ou no Pronto Atendimento do hospital em estudo. Foram excluídos aqueles que não obedeceram aos critérios de inclusão, os que não compreenderam o objetivo do estudo e não aceitaram participar do mesmo, mediante a não assinatura do TCLE.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um roteiro de entrevista, composto por questões objetivas e subjetivas, onde foram inclusos os dados socioeconômicos e demográficos a serem pesquisados junto à amostra, na primeira parte, e na segunda, os dados referentes aos objetivos do estudo.Antes do início da coleta de dados, foi feita a leitura e os esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando livre a decisão dos sujeitos(as) em participarem ou não da pesquisa, podendo ainda, desistir em qualquer fase do estudo.

Os dados foram coletados no mês de Setembro de 2014, em horário oportuno para os entrevistados, inicialmente através da abordagem daqueles que estavam esperando ou que foram atendimentos e estavam confortáveis para participar da pesquisa, estando

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

dentro dos critérios de inclusão onde puderam expor suas opiniões, dúvidas e relatos num intervalo de tempo de 10 minutos. Após coletar os dados os seguintes resultados foram submetidos a análises estatísticas simples disponibilizadas através de tabela, gráficos e quadros que apresentaram os resultados da pesquisa em números absolutos e valores percentuais. Posteriormente, foram discutidos e relacionados à literatura a partir da leitura e da compreensão dos pesquisadores, utilizando para análise dos quadros a técnica do discurso do sujeito coletivo de Lefreve e Lefreve (2006).

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, localizado no município de Patos - PB, para obter o consentimento legal para realização da pesquisa de acordo com os princípios éticos.Foi norteada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvam seres humanos, conforme descrito na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Este estudo beneficiou tanto o pesquisador, que pôde obter resultados para melhorar o conhecimento dos usuários sobre o assunto, como também dos profissionais de saúde e acadêmicos, no sentido de melhorar suas atribuições e condutas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dados sócio demográficos da amostra

Considerando o propósito deste estudo, o qual foi descrever o conhecimento da população acerca da Classificação de Risco no serviço hospitalar, pôde-se levar em

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

consideração os questionamentos aplicados através da entrevista aos participantes e a literatura já evidenciada através de outras fontes de pesquisa para podermos fazer uma análise e uma compreensão do trabalho realizado.

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos da amostra.

Características Sócio-demográficas	**Especificações**	**F**	**%**
Gênero	Masculino	29	48,4
	Feminino	31	51,6
Faixa Etária	20 – 25	13	21,6
	26 – 30	16	26,7
	31 – 35	5	8,3
	36 – 40	6	10
	Mais de 40	20	33,4
Escolaridade	Fundamental Incompleto	22	37
	Fundamental Completo	5	8,3
	Médio Incompleto	3	5
	Médio Completo	17	28,4
	Superior Incompleto	6	10
	Superior Completo	7	11,6
Procedência	Urbana	54	90
	Rural	6	10
	Oriundo da Saúde	12	20
	Oriundo da Educação	3	5

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Profissão	Oriundo da Segurança Pública	3	5
	Comerciantes	12	20
	Autônomos	9	15
	Estudantes	6	10
	Domésticas	15	25
TOTAL	**-**	**60**	**100**

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

De acordo com os dados expressos na Tabela 1, na qual se avaliou o perfil dos participantes do estudo, observa-se que a coleta de dados foi realizada com 60 indivíduos, os quais obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão e estiveram cientes do interesse da pesquisa e de seus objetivos.

Observou-se que em relação ao gênero dos participantes do estudo os números foram praticamente semelhantes, no qual 48,4% (29) dos envolvidos na pesquisa eram do gênero masculino, enquanto que 51,6% (31) do gênero feminino. Esse resultado nos leva a crer que o sexo dos indivíduos independe da procura pelo serviço de emergência hospitalar. Essa procura está relacionada à cultura da população em buscar um serviço que ofereça "maiores facilidades" para um atendimento médico, pouco tempo de espera, e alto poder de resolução para os agravos, assim como se caracteriza o pronto socorro das unidades hospitalares.

Costa, Duro e Lima (2012) relatam que a falta de definições políticas, a baixa resolutividade e qualidade oferecida nos serviços de atenção primária, aliada às dificuldades nos hábitos culturais e crenças da população têm levado o usuário a buscar assistência médica nas emergências dos hospitais.

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

Em relação à faixa etária dos participantes observou-se que 21,6% (13) da amostra se encontram com idade entre 20 e 25 anos; 26,7% (16) com faixa etária variando entre 26 e 30 anos; 8,3% (5) entre 31 e 35; 10% (6) entre 35 e 40 anos de idade; e com maior percentual aqueles usuários com mais de 40 anos, correspondente a 33,4% (20) da amostra. Esse fato pode estar relacionado à maioria dos usuários serem portadores de doenças crônicas como Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus, partindo do pressuposto que essa faixa etária superior a 40 anos é de risco e relevante para o surgimento de alguns problemas de saúde na vida dos indivíduos.

Segundo José Junior e Matsuda(2012), nessa etapa da vida ocorrem alterações funcionais que são encontradas em todos, independentes do sexo, acarretando uma maior predisposição do indivíduo ao surgimento de doenças crônicas de saúde e suas possíveis sequelas debilitantes.

Levou-se em consideração para análise dos dados coletados a escolaridade dos participantes da pesquisa, onde se pôde observar que 37% (22) dos participantes do estudo não concluíram o ensino fundamental, enquanto que 8,3% (5) concluíram;5% (3) não concluíram o ensino médio, enquanto que 28,4% (17) possui ensino médio completo;10% (6) não concluíram o ensino superior e apenas 11,6% (7) possui diploma de graduação.

Considerando a deficiência no nível de escolaridade da maioria dos entrevistados, pode-se tirar propósito disso para afirmar que a falta de informação da população sobre as políticas públicas de saúde, como a implantação do projeto de Acolhimento e Classificação de Risco nos pronto atendimento dos hospitais, por exemplo, podem não ser compreendidos e pode não haver discernimento por parte da população na procura por um serviço que atenda suas necessidades, o que torna o projeto falho, pelos problemas que podem aparecer conforme o uso inadequado do serviço.

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

Segundo Chan (2014), está na Declaração Universal dos Direitos Humanos: é por meio do ensino e da educação que se promove o respeito aos direitos humanos e liberdades fundamentais. “A instrução promoverá a compreensão, e a tolerância”.(Artigo XXVI).

Em relação à procedência dos envolvidos no estudo, nota-se que90% (54) da amostra mora em zona urbana, enquanto que 10% (6) mora na zona rural. Pode-se afirmar diante da análise que a procura pelo serviço hospitalar é muito maior pelos usuários residentes na zona urbana, devido o fácil acesso, ou por estarem próximos desse nível de assistência, diferentemente dos usuários da zona rural, que outrora dependem de algum tipo de transporte, assim como grandes distâncias podem dificultar o acesso.

Ainda observando a Tabela 1, no que diz respeito à profissão dos participantes, nota-se que 20% (12) dos entrevistados são profissionais oriundos da área de saúde, 5% (3) dos participantes trabalham na área de educação, outros 5% (3) são vinculados à segurança pública, 20% (12) são comerciantes, 15% (9) autônomos, 10% (6) estudam e a maioria da amostra se caracteriza como domésticas, ou seja, 25% (15) dos participantes.

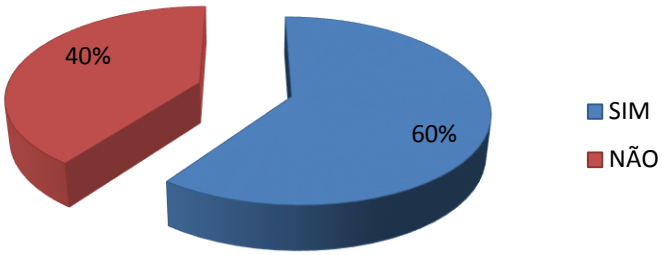
Para melhor compreendermos a análise dos dados relacionados à profissão da amostra dividiremos esse resultado em dois grupos distintos: os profissionais oriundos da saúde (20%), que conhecem o objetivo do projeto de Acolhimento e Classificação de Risco implementado no serviço hospitalar, mas mesmo assim buscaram assistência na alta complexidade por não encontrarem um atendimento satisfatório na atenção primária, e as demais profissões (80%),nos quais não conhecem o projeto, acreditando ser o hospital o responsável pelo atendimento à saúde do indivíduo, seja esse atendimento de baixa, média ou alta complexidade.

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

Dados referentes ao estudo

Gráfico 1 – Dados relacionados ao estudo referente à pergunta: Costuma ser atendido neste hospital frequentemente?



No Gráfico 1, observou-se que 60% (36) dos entrevistados responderam que são atendidos com frequência no hospital em estudo, afirmando já ter usado o serviço por mais de uma vez, enquanto que 40% (24) da amostra relatou não buscar assistência hospitalar com frequência.

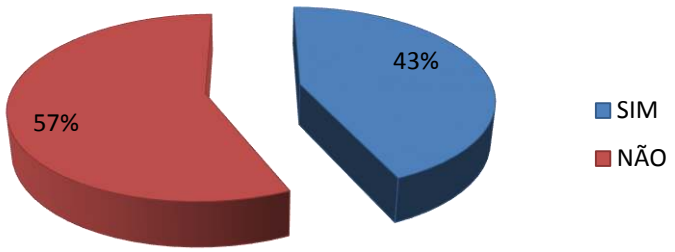
O resultado demonstra a falta de informação dos participantes em relação aos serviços de saúde oferecidos pela atenção primária, como os prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Núcleo de Atendimento em Saúde da Família (NASF), entre outros. A facilidade do atendimento, a comodidade de resolver os problemas em um único lugar como a realização imediata de exames laboratoriais e de imagem, o uso de medicações, e atendimento médico prioritário, faz com que o hospital seja mais procurado, deixando a atenção primária em segundo plano, e consequentemente, fazendo com que este, se torne a porta de entrada do SUS.

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

Conforme Marques e Lima (2007), a demanda aos serviços de saúde pode ser entendida como um pedido explícito que expressa todas as necessidades do usuário. Ela pode se efetivar por meio de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos, realização de procedimentos, pois é essa a forma que os serviços organizam a sua oferta para resolução rápida em um serviço emergencial.

Gráfico 2 – Dados relacionados ao estudo referente à pergunta: Sabe o que é Classificação de Risco?



De acordo com os dados expressos no Gráfico 2, nota-se que 57% (34) dos participantes do estudo responderam que não sabiam o que era Classificação de Risco, enquanto que 43% (26) afirmaram saber do que se trata e conhecer os objetivos do programa.

Identificou-se através da análise dos dados que a maioria dos entrevistados não sabia do que se tratava classificação de risco, números não tão expressivos, mas, que evidenciam que tais informações podem não ter chegado até a população por falta de políticas educativas que mostrem a importância da participação da comunidade em aceitar as normas que os projetos de saúde oferecem a população.

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

A classificação de risco, realizada nas emergências hospitalares, é considerada um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados imediatos de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (GONÇALVES et al., 2014).

Deve ser utilizada como instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência das unidades de pronto atendimento, gerando um atendimento resolutivo e também humanizado (LIMA et al., 2012).

Quadro 1 –Dados relacionados ao conhecimento dos usuários frente à triagem hospitalar.

Questionamento	**Discurso do Sujeito**
O que você entende por triagem hospitalar?	*"Nada"... Sujeitos 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 36, 38, 40, 41, 44, 46, 52, 53, 54, 57 e 58."Lugar onde o paciente deve passar primeiro antes de ir para a sala do médico"... Sujeitos 9, 34, 35, 39, 43, 48, 50 e 56."Serve para classificar a doença da pessoa"...Sujeitos 3, 10 e 42."Onde se classifica o estado de saúde do paciente"... Sujeitos 21, 27, 28, 37, 55 e 59."É feita para saber a prioridade de atendimento dos pacientes"... Sujeitos 4, 32, 47, 49 e 60."Onde ver a Pressão"... Sujeitos 12, 18 e 51.*

No Quadro 1, observa-se o nível de conhecimento dos participantes em relação a triagem hospitalar, evidenciando que a maioria dos participantes da amostra não entendem o sentido de triagem, conforme expresso nos seus comentários "nada". Pôde-

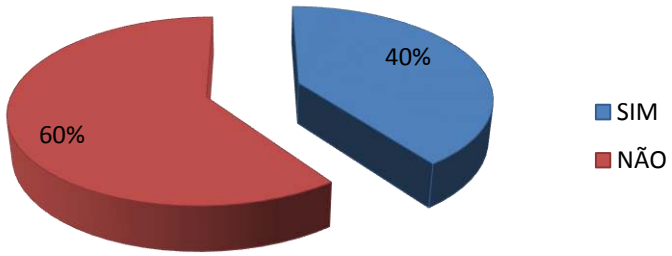
Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

se observar que um pequeno grupo disseram ser o setor "onde se classifica o estado de saúde do paciente", ou mesmo o lugar no qual se avalia a prioridade do atendimento. Comparando os resultados do Quadro 1 com o da Tabela 1, observa-se que parte da amostra é oriundo ou trabalha vinculado a área de saúde, o que pode ocasionar as boas respostas.

A triagem, de acordo com o Protocolo de Manchester é entendida como processo pelo qual se determina a prioridade do tratamento de pacientes com base na gravidade do seu estado de saúde ou agravo. Este processo raciona eficientemente os cuidados quando os recursos são insuficientes para tratar todos os pacientes de imediato (SILVA, 2012).

Segundo o mesmo protocolo de atendimento, o sistema de triagem é uma metodologia científica que confere Classificação de Risco para os pacientes que buscam atendimento em uma unidade de pronto atendimento.

Gráfico 3 – Dados relacionados ao estudo referente à pergunta: Sabe qual a finalidade da Classificação de Risco no serviço hospitalar?



O resultado obtido através do Gráfico 3 mostra que 60% (36) dos indivíduos que participaram da pesquisa responderam não saber a finalidade da classificação de risco,

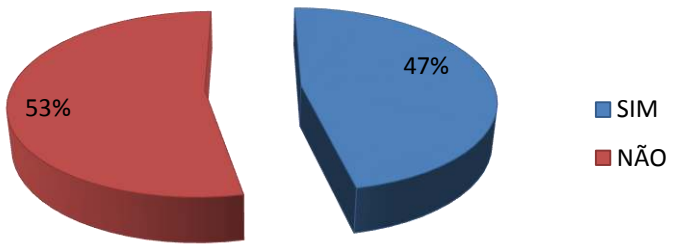
Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

enquanto que 40% (24) relataram ter como finalidade a diminuição do tempo de espera do usuário, visando tirá-lo de risco iminente de morte.

Para isso o projeto os oferece um padrão de cores que indicam o tempo em que o indivíduo pode esperar para ser atendido, tudo de acordo com seus sinais e sintomas. O esquema de cores é um método utilizado para se fazer a seleção dos pacientes, priorizando os mais graves, respondendo dessa forma o princípio norteador do projeto.

De acordo com o COREN PR(2010), a finalidade da Classificação de Risco segundo vários protocolos de apoio utilizados, seria visar à identificação rápida e científica do doente de acordo com critérios clínicos para determinar em que ordem o cliente será atendido.

Gráfico 4 – Dados relacionados ao estudo referente à pergunta: Sabe qual o significado de cada cor usada para Classificação de Risco?



De acordo com o Gráfico 4, nota-se que53% (32) dos entrevistados responderam não saber o significado das cores usadas na triagem hospitalar, enquanto que 47% (28) responderam conhecer as cores usadas como instrumento de seleção.

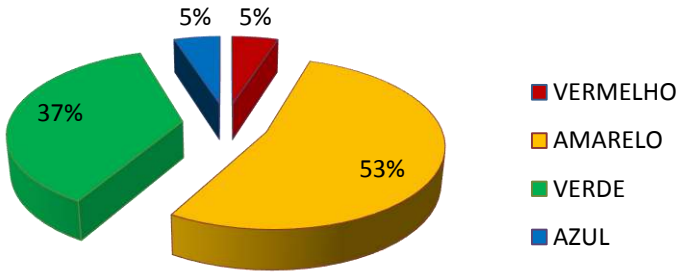
Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

Nesse contexto podemos observar que não interessava aos participantes saber o significado das cores usadas na Classificação de Risco, mas serem atendidos com prioridade. Essa insistência da população, em relação ao atendimento priorizado, aumenta a demanda assistencial, o que multiplicam tempo de espera para aqueles que realmente necessitem de uma assistência imediata, como nos casos mais críticos.

De acordo com Silva (2012) o Protocolo de Manchester, que serviu de base para realização deste estudo, divide os usuários a nível hospitalar em 5 grupos identificadas por cores: vermelho o atendimento seria imediato; laranja seria atendido em 10 minutos; amarelo em 60 minutos; verde em 120 minutos e azul seria atendido se necessário em 240 minutos ou orientado a buscar atendimento nas UBS.

Gráfico 5 – Dados relacionados ao estudo referente à pergunta: Qual a cor que você escolheria para classificação do seu atendimento?



Em relação ao Gráfico 5, pôde-se observar que 5% (3) dos entrevistados responderam que se classificariam de acordo com a triagem hospitalar como pacientesvermelhos,53% (32) amarelos,37% (22) responderam verde, e5% (3) responderam azul.

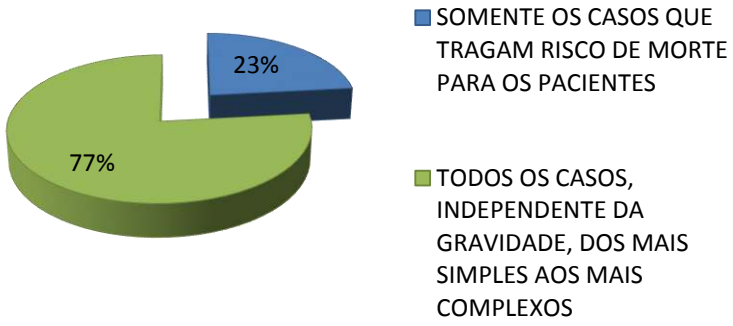
Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

Observou-se que mesmo a maioria dos participantes não sabendo o significado de cada uma das cores utilizadas pelo programa, os poucos que compreendiam a triagem hospitalar escolheram a cor amarela, como método de seleção, pela rapidez do atendimento e não pela necessidade evidenciada pelo seu estado de saúde no momento.

Os clientes amarelos são considerados de prioridade 3, ou seja, são usuários em condições que podem, potencialmente, evoluir para problemas mais sérios; requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte, como por exemplo: queda da própria altura sem alterações do estado mental e sinais vitais normais, fraturas anguladas e luxações, convulsões, corpo estranho no ouvido, dor abdominal e lombar, entre outros (SOUZA; BASTOS, 2009).

Gráfico 6 – Dados relacionados ao estudo referente à pergunta: O que você acha que deve ser atendido nas emergências dos hospitais?



De acordo com o resultado obtido através do Gráfico 6, nota-se que 77% (44) da amostra relataram que deveriam ser atendidos no serviço hospitalar de emergência todos os casos, independentemente da situação de saúde a qual o indivíduo possa se encontrar,

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

enquanto que 23% (16), relataram que o hospital só deveria atender os casos que trariam risco de morte para os pacientes.

É notável a incapacidade da grande maioria dos participantes da pesquisa em conhecer e tentar compreender o programa de Acolhimento com Classificação de Risco, conseqüentemente se torna quase que impossível seguir o protocolo estabelecido pela instituição de saúde, visto, que não há colaboração e princípios preestabelecidos por parte dos usuários, o que torna para os profissionais envolvidos nesse segmento, um trabalho cansativo e desestimulante, no qual muitas vezes, estes são ameaçados verbalmente e obrigados a descumprir as normas estabelecidas pelo hospital.

A emergência representa uma situação ameaçadora e brusca que requer medidas imediatas de correção e defesa, diferenciando-se do atendimento em consultórios, unidades de saúde básica, ou de tratamento programado, pois os sujeitos apresentam uma ampla variedade de problemas atuais ou potenciais, podendo seu estado alterar-se de minuto a minuto (ROCHA, 2012).

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

Quadro 2 – Dados relacionados às dificuldades encontradas para execução da Classificação de Risco.

Questionamento	**Discurso do Sujeito**
O que mais dificulta a execução da Classificação de Risco?	*"Não sei"... Sujeitos 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 44, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 54, 57 e 58."A falta de informação da população"... Sujeitos 4, 9, 10, 27, 28, 32, 42, 47, 50 e 59."A demora do atendimento médico"... Sujeitos 18, 21 e 39."A demanda de pacientes"... Sujeitos 56 e 60."O ambiente inadequado e poucos profissionais"... Sujeitos 34 e 43."Nada dificulta"... Sujeito 55.*

De modo a analisar os resultados expostos no Quadro 2, vimos que muitas respostas podem ser levadas em consideração, no que diz respeito aos eventos que podem dificultar o bom andamento da Classificação de Risco, como a demanda de pacientes, o ambiente que muitas vezes é inadequado (dependendo do porte hospitalar), os profissionais que não são capacitados para prestarem o serviço, entre outros, assim como a falta de informação da população.

Os serviços de emergência possuem várias características inerentes ao seu mau funcionamento, como acesso irrestrito; o número excessivo de usuários; a extrema diversidade na gravidade no quadro inicial dos pacientes, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de profissionais na área de saúde; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos (ROCHA, 2012).

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

Quadro 3 – Dados relacionados a melhorias na Classificação de Risco.

Questionamento	**Discurso do Sujeito**
Qual medida você acha que deveria ser tomada para melhorar o atendimento na Classificação de Risco deste hospital?	*"Não sei informar"... Sujeitos 1, 2, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 38, 40, 41, 44, 46, 51, 52, 53, 54, 57 e 58."Aumentar a equipe"... Sujeitos 18, 21, 35, 37, 39 e 50."Conscientização da população"... Sujeitos 4, 9 e 42."Diminuir o número de atendimentos que poderiam ser atendidos nas UBS"... Sujeitos 10, 47, 56 e 59. "Organização, à começar pela recepção e toda a equipe"... Sujeitos 27, 28 e 49."Melhorar a estrutura física"... Sujeitos 22, 43, 55 e 60."Melhorar o tempo de espera e o atendimento"... Sujeitos 3, 8, 32, 36 e 48.*

Observando os dados presentes no Quadro 3, pôde-se notar que entre a minoria dos participantes, surgiu opiniões de mudanças relevantes para a melhoria do atendimento, como o bom funcionamento e a interligação entre o hospital e os demais serviços de saúde da atenção básica ou Unidades de Pronto Atendimento, a participação da população, no sentido desta ser educada para utilizar corretamente os serviços oferecidos pelas políticas públicas de saúde, assim como melhorias na estrutura física, no tempo e na qualidade do atendimento, e na organização dos seus recursos humanos.

O enfermeiro que realiza essa atividade é muitas vezes o primeiro profissional de saúde que famílias e usuários veem quando chegam ao serviço. Portanto, é necessário que ele tenha excelentes habilidades de comunicação para ajudar essas pessoas em um

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

momento tão vulnerável e até para orientar o indivíduo e sua família sobre o tipo de atendimento necessário e o tempo de espera provável. Ainda, esse profissional deve estar disposto à conversa e ao diálogo, permitindo entender as necessidades de saúde apresentadas pelo usuário, buscando a solução do problema e criando a possibilidade do fortalecimento da rede de atenção, à medida que referencia para outros serviços de saúde mais apropriados para cada situação apresentada. Além disso, na visão dos enfermeiros, na classificação de risco o profissional está acolhendo o usuário, ouvindo suas queixas e dando respostas a seus questionamentos. Com isso, o enfermeiro estabelece uma relação empática com o indivíduo, minimizando muitas vezes os sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência que possam surgir no decorrer do atendimento no serviço (COSTA; DURO; LIMA; 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa propõe, através do Atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco, a gestão de cuidados por nível de gravidade do usuário, melhorando o tempo no atendimento e consequentemente dando mais chances de vida aos que necessitem do atendimento emergencial, encaminhando para outros serviços os que não seguem o padrão de atendimento hospitalar.

De acordo com os dados, na qual se avaliou o perfil dos participantes do estudo, observou-se que eram em maioria do gênero feminino, com faixa etária superior a 40 anos de idade, baixa escolaridade, domesticas e vivendo na zona urbana.

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

Responderam ser atendidos com frequência no hospital em estudo, mas afirmaram mesmo assim, não saber o que era Classificação de Risco, apesar de que alguns participantes expressaram definições condizentes do termo triagem hospitalar. Não são conhecedores do significado das cores usadas na triagem, relatando que deveriam ser atendidos no serviço hospitalar de emergência todos os casos, independente da situação de saúde a qual o indivíduo possa se encontrar.

Afirmaram que o que pode dificultar o bom andamento da Classificação de Risco, era a demanda de pacientes, o ambiente que muitas vezes é inadequado, os profissionais que não são capacitados para prestarem o serviço, entre outros, assim como a falta de informação da população.

O Acolhimento com Classificação de Risco foi muito bem descrito e criado para melhorar o atendimento a circunstâncias onde se teria poucas chances de sobrevida se medidas imediatas não fossem adotadas como prioridade de assistência 0, com tudo, como há falhas em trabalhar toda medida "nova", notamos a dificuldade da população em conhecer e aceitar as normas estabelecidas pelo projeto.

Seria necessário oferecer-lhes estratégias de educação em saúde que pudessem chegar a nível popular todo o conhecimento sobre os benefícios que o AACR pudesse trazer, e que fossem adotadas parcerias reais entre esferas federais, estaduais e municipais que oferecesse a população um suporte de assistência primária as quais serviria de base para que os hospitais encaminhassem os casos que fugisse da sua proposta de atendimento.

A ideia proposta a partir dos resultados do trabalho seria criar projetos educativos que buscassem informar a população a dimensão do apoio que a mesma poderia dar pelo simples fato de buscarem assistência no lugar certo, aumentando significantemente a

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

chance de vida daqueles que realmente necessitasse de um atendimento rápido e resolutivo como seriam os casos mais críticos.

REFERÊNCIAS

ABBÊS, C; MASSARO, A. **Acolhimento com Classificação de Risco.** 2014. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae-demanda>. Acesso em 20 de Abril de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12.** Conselho Nacional de Saúde. Regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

_____, Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência.** Editora do Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2009a.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria 1.020. Diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com Política Nacional de Atenção às Urgências.** Editora do Ministério da Saúde. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2009b, Maio.

CHAN, I. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Artigo XXVI. **Revista Educar para Crescer.** 2014. Disponível em: http://www.educarparacrescer.abril.com.br/politica-publica/educacao/importancia-educacao-763510.A.html.textoianacha. Acesso em 20 de Outubro de 2014.

COREN PR. **Atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco.** Santa Catarina: 2010.Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae-demanda>. Acesso em 20 de Outubro de 2014.

Temas em Saúde
Volume 16, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2016

Artigo

COSTA, A. M. A; DURO, C. L. M; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/Classificação de Risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**v.33, n.4, 2012.

JOSÉ JUNIOR, A. B; MATSUDA, L. M. Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em serviços hospitalares de emergência: atuação do enfermeiro. **Ciência-Cuidado e Saúde.**v.11, n.2, 2012.

LEFREVE, F; LEFREVE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface:** comunicação, saúde e educação.v.10. n.20. p.517-24. Jul/Dez, 2006.

LIMA, F. et al. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de São Luiz/MA.** 2012. Disponível em: <http://www.http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/.>. Acesso em 18 de Agosto de 2014.

MARQUES, Q. G; LIMA, M. A. D. S. Demanda de usuários em um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** v.13, n.3, 2007.

ROCHA, E. C. A. **Atuação da enfermagem em urgências e emergências.** 2012. Disponível em: <http://www.http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/.>. Acesso em 18 de Setembro de 2014.

SHIROMA, L. M. B; PIRES, D. E; REIBNITZ, K. S. **Reflexão acerca da implantação de um protocolo de Classificação de Risco no serviço de emergência.** 2014. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITEn/arquivos/N.102.PDF.>. Acesso em 18 de Abril de 2014.

SILVA, V. P. **Protocolo de Manchester.** A enfermagem. Matéria Set 2012. Disponível em: <http://www.http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/.>. Acesso em 18 de Abril de 2014.

SOUZA, R. S; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com Classificação de Risco: o processo vivenciado por profissionais enfermeiros. **Reme:** Revista Mineira de Enfermagem. 2.ed, 2009.