

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO PRONTO SOCORRO: CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS

Jéssica Oliveira Tomberg*
Karen Jeanne Cantarelli**
Maria Elena Echevarria Guanilo***
Daiane Dal Pai****

RESUMO

Estudo que objetivou caracterizar os atendimentos realizados no Pronto Socorro de Pelotas-RS segundo o protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco, o qual se utiliza de cores para identificar a gravidade dos casos e a ordem dos atendimentos. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e descritivo. Foram avaliadas 5.629 fichas de atendimento e seus respectivos protocolos de classificação. Predominaram atendimentos a adultos jovens (de 36 e 65 anos), de ambos os sexos e na sua maioria (84,4%) residentes do próprio município. O período de maior demanda por atendimentos esteve entre 10 e 15 horas. Quanto à classificação por cores, 1% dos atendimentos receberam a cor vermelha (emergência), 15% amarela (urgência), 40% verde (necessita atenção, mas sem risco de vida), 5% azul (casos não graves) e 39% dos atendimentos não foram classificados quanto ao risco. Ajustes nos dados que compunham o protocolo se mostraram necessários a fim de contemplar demandas recorrentes do serviço e potencializar o uso do mesmo para direcionar o fluxo dos atendimentos.

Palavras-chave: Acolhimento. Classificação. Enfermagem em Emergência.

INTRODUÇÃO

A assistência às urgências e emergências constitui-se em um importante componente da rede de saúde, sendo tradicionalmente realizada por serviços de Pronto-Socorro (PS) e de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esses, por sua vez, se caracterizam pela prestação contínua de serviço nas 24 horas, pela ordenação dos atendimentos segundo a procura dos usuários e pelo foco no imediatismo da atenção. Na atualidade, não é difícil perceber que esses serviços, além de ofertarem assistência aos casos graves e com risco de vida, ainda absorvem a demanda que não encontra acesso à saúde por outras portas de entrada do sistema de saúde^(1,2). Dessa forma, além dos casos graves, os Pronto-Socorros (PS) prestam atendimento a usuários com necessidades diversas de atenção, o que gera enormes filas de esperas.

Essa realidade é geradora de conflitos entre usuários e profissionais^(1,3), uma vez que a definição de urgência é distinta para esses atores

sociais e, muitas vezes, os profissionais de saúde julgam que os usuários procuram o serviço de emergência também por desconhecerem as suas específicas atribuições⁽⁴⁾. Cabe ressaltar ainda, que a compreensão dos profissionais da saúde acerca das necessidades dos usuários por vezes não alcança a complexidade de fatores implicados na queixa manifesta, a qual exige conhecimento sobre as possibilidades da rede de atenção à saúde, e os critérios objetivos para a identificação das prioridades no atendimento, bem como sensibilidade para compreender as relações humanas que resultam dos encontros neste âmbito. Assim, o desenvolvimento de competências profissionais para potencializar o relacionamento trabalhador-usuário no cenário do trabalho em saúde tem sido uma recomendação recorrente na literatura^(1,3,5,6).

Essa conjuntura resulta na baixa satisfação dos usuários, pois a racionalidade das ações priorizadas nos atendimentos às urgências e emergências, somada às exigências de ritmo acelerado e intensificação do fazer devido à superlotação, têm propiciado interações

*Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). E-mail jessicatomberg@hotmail.com.

**Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail kjcantarelli@yahoo.com.br.

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). E-mail elena_meeg@hotmail.com.

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail daiadalpai@yahoo.com.br.

desumanizadas no atendimento⁽¹⁾, e os profissionais acabam desconsiderando o contexto social em que a pessoa vive e a rede de saúde que o assiste.

Face a essa problemática, investiu-se na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), conhecida como HumanizaSUS, com o objetivo de concretizar e qualificar os princípios norteadores do SUS com o desafio de produzir novas atitudes dos trabalhadores, gestores e usuários diante dos problemas do cotidiano do trabalho. Trata-se de investimentos que visam superar as práticas indesejadas, observadas em filas de espera, deficiências nas condições de trabalho e, por vezes, na insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento dos usuários, bem como no tratamento desrespeitoso entre usuários e profissionais⁽⁵⁾.

Vinculado à PNH sugere-se a reorganização do atendimento dos serviços de urgência e emergência a partir da classificação do risco de vida, utilizando o acolhimento das necessidades dos usuários como uma tecnologia a ser inserida no processo de trabalho dos serviços de urgência e emergência. Dessa forma, o acolhimento com avaliação e classificação de risco se propõe a agilizar a prestação de serviço, principalmente para os casos graves ou conforme o potencial de agravamento e o grau de sofrimento^(6,7).

O acolhimento em saúde é compreendido como uma tecnologia leve destinada às relações humanas entre o cuidado e o cuidador, o qual se materializa quando o acolhedor considera o estado emocional do paciente/família, tem habilidade e sensibilidade para enxergar as necessidades dos usuários e se responsabiliza com a sua resolutividade. Assim, o acolhimento se propõe a ser o objetivo de todas as ações das equipes de saúde com base no estabelecimento de vínculos de confiança entre os envolvidos⁽⁸⁾.

Além disso, a necessidade de priorizar os casos graves exige a sistematização de uma classificação sobre a gravidade das demandas por saúde, a qual passa a ser uma tecnologia associada aos princípios antes descritos acerca do acolhimento. Diante disso, o acolhimento com avaliação e classificação de risco é sistematizado por meio de um protocolo dividido em dois eixos e sinalizado por quatro cores.

No primeiro eixo, a cor vermelha sinaliza os pacientes com risco de vida, que necessitam de um atendimento imediato, enquanto que a cor amarela se refere aos pacientes em estado crítico ou semicrítico os quais já estão estabilizados, mas necessitam de atenção especial. Já a cor verde classifica os casos não urgentes, mas que permanecem em observação. Ao segundo eixo é destinada a cor azul, com a qual são classificadas as demandas de baixa complexidade, para pacientes aparentemente não graves⁽⁷⁾, sensíveis à atenção básica.

Nessa direção, vale destacar que os princípios que regem o PNH nos serviços de urgência e emergência primam por acolher os usuários por critérios de avaliação de risco definidos por protocolos clínicos, norteados por um sistema de referência e a contra-referência e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito⁽⁶⁾. Contudo, a utilização de protocolos clínicos deve ser otimizada pela sua adaptação às características dos usuários atendidos nos serviços de urgência e emergência, dadas as suas peculiaridades locais ou regionais. O objetivo desse estudo foi caracterizar os atendimentos realizados no Pronto Socorro de Pelotas, Rio Grande do Sul, segundo o protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco. Além da contribuição de se conhecer a caracterização dos usuários que buscam o PS, a presente pesquisa também se justifica pela necessidade de questionar a adequação do protocolo utilizado pelo serviço, bem como a estratégia operacional do acolhimento.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e descritivo, realizado no Pronto Socorro de Pelotas (PS de Pelotas), tendo como materiais de análise os protocolos do acolhimento com classificação de risco e as fichas de atendimento dos respectivos usuários. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, classificação da cor conforme o risco de vida, procedência, meio de acesso, horário de chegada e tipos de intercorrências ou queixas.

O critério utilizado para a seleção das fichas e protocolos a serem analisados foi definido pelo sorteio de cinco dias de cada mês, a partir do mês de agosto de 2010 (mês de implantação do

acolhimento com avaliação e classificação de risco) à janeiro de 2011. Desse período de seis meses, foram avaliadas 5.629 fichas e protocolos. A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a março de 2011, utilizando-se instrumento estruturado, previamente preparado para a coleta dos dados.

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (n. 180/2011). Utilizou-se Termo de Responsabilidade pela Utilização dos Dados junto à direção do serviço, solicitando a autorização para a coleta dos dados. Os dados foram codificados e digitados no programa Microsoft Excel 2007 e analisados quanto às frequências relativa e absoluta, com auxílio do programa SPSS, versão 18.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nas 5.629 fichas de atendimentos analisadas foi possível constatar que apenas 51 (1%) desses atendimentos foram classificados como emergências, recebendo a cor vermelha e 872 (15%) foram classificados como urgências,

os quais foram identificados com a cor amarela (Figura 1).

Os casos que necessitavam de pronto atendimento (cor verde) somaram 2.261 atendimentos (40%), ao passo que 269 (5%) foram classificados como azuis, ou seja, casos passíveis de receber atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ainda, é possível identificar que 2.176 (39%) dos usuários atendidos no período não foram classificados segundo as cores, o que reflete a implantação incompleta do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no serviço (Figura 1).

A maior demanda do serviço estudado foi destinada às demandas de pronto atendimento (classificados com a cor verde), ou seja, não se tratavam de casos que exigiam imediatismo. Essa realidade é determinante para a superlotação do serviço e pode estar indicando a fragilidade de serviços de média complexidade, embora se estime que muitas dessas situações possam ter sido decorrentes de doenças crônicas não tratadas e que tenham agudizado pela falta de suporte básico à saúde.

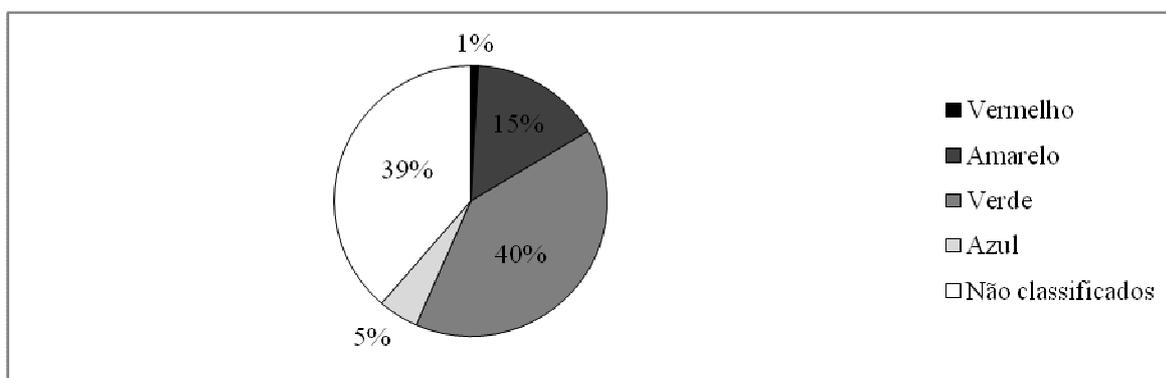


Figura 1. Distribuição dos atendimentos segundo Classificação de Risco, Pronto Socorro de Pelotas-RS no período de agosto de 2010 a janeiro de 2011.

Quanto ao perfil dos usuários atendidos no PS de Pelotas, observou-se distribuição semelhante em relação à variável o sexo. Contudo, é possível observar que nos casos considerados urgência e emergência o percentual predominante foi do sexo masculino, ao passo que nos atendimentos classificados como verde e azul a prevalência foi do sexo feminino (Tabela 1).

Nas pesquisas, tem sido observado predomínio do sexo masculino^(9,10) e, do sexo feminino^(4,11,12). Nestes, por sua vez, os autores acreditam que as mulheres se mostram mais preocupadas com o processo de saúde-doença, já os homens, recorrem ao serviço quando a doença está mais avançada ou frequentemente não aderem a tratamentos.

A idade dos usuários atendidos se concentrou na faixa etária dos 36 a 65 anos de idade (Tabela

1). Ao comparar o perfil dos usuários do serviço estudado com a descrição de outros estudos desenvolvidos em serviços de urgência e emergência, percebe-se que a média de idades e

faixas etárias são semelhantes^(9,11), embora, também tenha sido observada faixa etária predominante entre 18 e 29⁽¹⁰⁾ e entre 14 a 54 anos⁽¹²⁾.

Tabela 1. Caracterização dos atendimentos segundo a Classificação de Risco do Pronto Socorro de Pelotas-RS, no período de agosto de 2010 a janeiro de 2011.

CARACTERÍSTICAS	VERMELHO N=51(%)	AMARELO N=872(%)	VERDE N=2261(%)	AZUL N=269(%)	NÃO CLASSIFICADOS N=2176(%)
Sexo					
Masculino	27(52,9)	466(53,4)	987(43,7)	144(42,4)	1181(54,3)
Feminino	24(47,1)	406(46,6)	1274(56,3)	155(57,6)	995(45,7)
Idade					
<15	1(2,0)	85(9,7)	229(10,1)	15(5,6)	893(41,0)
16-35	11(21,6)	223(25,6)	809(35,8)	91(33,8)	486(22,3)
36-65	25(49,0)	386(44,3)	874(38,7)	123(45,7)	501(23,0)
>66	14(27,5)	178(20,4)	349(15,4)	40(14,9)	296(13,6)
Acesso					
Não identificados	34(66,7)	751(86,1)	1943(85,9)	230(85,5)	1315(60,4)
Meios próprios	12(23,5)	92(10,6)	292(12,9)	39(14,5)	141(6,5)
SAMU	3(5,9)	14(1,6)	20(0,9)	-	434(19,9)
Brigada militar	1(2,0)	2(0,2)	3(0,1)	-	164(7,5)
Ambulância de outras cidades	1(2,0)	13(1,5)	2(0,1)	-	66(3,0)
Outros meios	-	-	1(0,0)	-	56(2,5)
Procedência					
Pelotas	40(78,4)	726(83,3)	1974(87,3)	246(91,3)	1767(99,7)
Outras cidades	5(9,9)	74(8,2)	105(4,3)	5(2,0)	174(7,7)
Não identificados	6(11,8)	72(8,2)	182(8,0)	18(6,7)	235(10,8)

O acesso foi uma variável estudada a fim de verificar a forma de entrada e/ou meio de transporte do usuário ao serviço. Foi possível perceber predomínio de registros incompletos com 1.315 (60,4%), não permitindo a identificação dos usuários que chegaram ao PS de Pelotas via ônibus, motocicleta, bicicleta, carro, ou a pé, fazendo deduzir-se que esses casos pudessem estar incluídos na opção “meios próprios” ou como um dado não identificado, explicando a alta prevalência de ambas as variáveis. Outros estudos já apontaram que a maioria dos usuários utiliza meios próprios^(4,11) para chegar aos serviços de emergência.

O número expressivo de atendimentos que não foram submetidos ao protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco, revelando lacunas na implantação da nova tecnologia representam a maioria dos casos avaliados pelo SAMU somando 434 casos

(19,9%), desse modo, vê-se a desarticulação entre os serviços que deveriam se complementar na concretude de uma tecnologia que visa reorganizar os fluxos de atendimentos, bem como os modos de operar o processo de trabalho no PS e na rede de atenção do município. Ainda, não se podem desconsiderar falhas em registros, uma limitação frequente nos estudos em dados secundários.

Ainda foi possível constatar que os usuários provenientes da cidade de Pelotas totalizaram 4.753 atendimentos (84,4%), enquanto que 363 (6,5%) foram originados de outras cidades (Tabela 1). Assim, acredita-se que a demanda externa ao município não represente interferência de forte impacto na superlotação do serviço. Outros estudos corroboram com esses achados^(4,9).

Com base na hora em que foi gerada a ficha de atendimento, foram analisados os horários da

prestação inicial do serviço segundo as cores do protocolo de classificação de risco. Na cor amarela e azul os picos ocorreram no turno da manhã, enquanto que na cor verde ocorreram dois picos, um no início da manhã e outro, com maior demanda, às 13 horas. Para, os casos não classificados pelo protocolo viu-se que os picos se dão no turno da tarde (Figura 2).

O período de maior procura pelo serviço foi do final da manhã ao início da tarde, das 10 às

15 horas. Cabe destacar que se trata de horários frequentemente destinados às atividades de trabalho ou de estudo. Em outras pesquisas encontrou-se maior demanda pelo mesmo tipo de serviço no turno diurno⁽¹²⁾ e com aumento no período entre 19 e 20 horas⁽¹¹⁾, horário que coincide com a troca de plantão dos profissionais de enfermagem

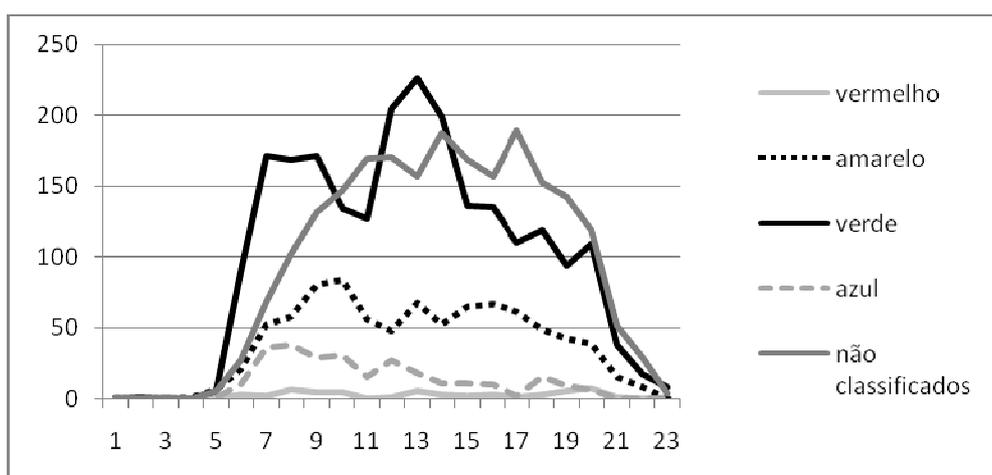


Figura 2. Distribuição dos horários dos atendimentos segundo a Classificação de Risco do Pronto Socorro de Pelotas-RS, no período de agosto de 2010 a janeiro de 2011.

A avaliação sobre o motivo da procura mais frequente da mínima parcela classificada com a cor vermelha permitiu identificar a prevalência de casos de hemiparesia, hemiparestesia, hemiplegia, associado ou não à paralisia facial, os quais somaram 19,6% (n=51) das queixas, sinais típicos de diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral. Dados semelhantes foram observados em pesquisa similar⁽⁹⁾. Usuários com desconforto respiratório intenso e queixando-se de dor torácica/epigástrica alcançaram um percentual de 15,7% (n=51) cada. Politraumatizados graves representaram 11,8% (n=51) dos atendimentos classificados com a cor vermelha.

Na amostra estudada, 15,3% (n=872) dos atendimentos classificados pela cor amarela foram identificados como “encaminhamentos” oriundos de outros serviços, principalmente de serviços da atenção básica municipal, mas também de consultórios médicos particulares ou de outras instituições de saúde, com contato telefônico médico prévio ou não, demonstrando,

portanto a referência ao PS de Pelotas para os casos de urgência.

Usuários que apresentaram algum ferimento corto-contuso com necessidade de sutura somaram 12,7% (n=872) dos casos amarelos, seguido por politraumatizados leves, com 9,1% (n=872). As queixas de dor abdominal, lombar ou torácica não anginosa intensa com alterações de sinais vitais ou acompanhadas de náuseas, vômitos, sudorese, palidez e cianose, somaram 8,3% (n=872) dos atendimentos classificados pela cor amarela.

A classificação da cor verde foi a mais prevalente dentre os atendimentos analisados, ou seja, casos em que não demonstram nenhuma situação de urgência e emergência, das quais 50,7% (n=2261) estiveram relacionadas a queixas de dor em alguma parte do corpo, sendo mais prevalente a dor torácica (14,3%), seguida da dor abdominal (12,3%). Também houve predominância da queixa de dor em achados de outra pesquisa feita com base nos protocolos de classificação de risco⁽¹⁰⁾.

Usuários queixando-se de febre também estiveram entre as principais causas de atendimento (14,3%), seguida pelos agravos em membros (11,9%), e causas externas (9,2%). Dentre as causas externas, 5,1% (n=2261) foram destinadas às quedas (de altura, da própria altura, de moto, de bicicleta ou da cama) e 4,1% (n=2261) a pequenos traumas.

Por fim, notaram-se situações incompatíveis à urgência e emergência, por essa razão foram classificados pela cor azul (n=269), tais como necessidade de avaliação de exames (5,9%), prescrição médica (2,2%) e curativo (1,9%). Diante da baixa frequência de atendimentos classificados com a cor azul (4,8%), vale mencionar a provável relação com a falta de suporte dos serviços de referência e contra-referência para os casos azuis, os quais, neste serviço, muitas vezes foram classificados como verdes a fim de ser garantido o atendimento. Outra questão a ser considerada nesta imprecisão da classificação é o despreparo dos profissionais em uma atividade inovadora, como também insegurança quanto ao uso do protocolo para a tomada de decisão, processo que necessita tempo de experiência, além do conhecimento clínico⁽¹³⁾. Essa realidade revela as dificuldades vivenciadas na implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco⁽¹⁴⁾, embora ainda sejam incipientes os estudos brasileiros sobre a temática⁽¹³⁾.

Esses achados comprovam que a predominância de falhas no acolhimento está vinculada às classificações das cores do mesmo eixo, salientando os casos não urgentes (verde e azul)⁽¹⁵⁾. Na mesma direção, pesquisa realizada em um hospital de Londrina-PR constatou que, nos quatro primeiros meses da implantação do acolhimento com classificação de risco, foram considerados azuis 36% (n=4487) dos atendimentos, casos nos quais os usuários foram encaminhados para outro serviço de referência⁽¹⁶⁾.

O presente estudo ainda encontrou queixas de pacientes que não constavam nas opções inseridas no protocolo utilizado pelo PS de Pelotas. Diante disso, as queixas foram descritas manualmente e por extenso pelos enfermeiros acolhedores, mostraram-se, em sua maioria, imprecisas e de difícil interpretação, o que ocorreu com os casos nos quais as queixas

sinalizavam precordialgia e dispnéia, bem como nas situações de “encaminhamentos”, as quais se mostraram prevalentes na da classificação amarela.

Tratam-se, portanto, de avaliações recorrentes que precisam ser inseridas no protocolo deste serviço. Diante disso, deve-se saber que a falta de especificidade das queixas previstas no protocolo resulta em falhas na definição da queixa principal, duração e intensidade dos sintomas⁽¹⁵⁾. Apesar da limitação encontrada, ainda foi possível identificar queixas recorrentes, que por esse motivo necessitam ser inseridas ao protocolo.

Estudo realizado em um serviço público de Betim-MG mostrou que a procura dos usuários pelo serviço de Pronto Atendimento (PA) se deu por necessidades diversas, com queixas que lhes causavam desconforto no momento, seja de causa aguda ou não. Nessas situações, muitos usuários não tinham a UBS como a primeira opção de busca pelo atendimento, optando diretamente pelo PA para atender a suas queixas. Ainda, no mesmo estudo, se constatou que na concepção dos usuários o médico do PA foi considerado mais qualificado que o profissional que faria sua consulta na atenção básica⁽⁴⁾, o que também interfere na definição do perfil dos usuários dos serviços de saúde.

Ademais, a qualidade dos serviços de saúde depende da satisfação das necessidades e expectativas dos usuários por meio da resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde, redução dos riscos à saúde, humanização das relações entre os profissionais e usuários. Além disso, a qualidade depende da presteza na atenção e conforto no atendimento ao usuário, motivação da equipe de saúde, controle social na atenção e organização do sistema de saúde do país. Em contrapartida, a população julga a demora em resolver os seus problemas de saúde; o tempo de espera para serem atendidos pelo médico ou pela equipe de enfermagem e a péssima recepção dos serviços como principais motivos da insatisfação⁽¹⁷⁾.

Cabe salientar que os protocolos de acolhimento com avaliação e classificação de risco limitam-se a dados objetivos e não estão destinados às questões subjetivas, afetivas, culturais e sociais, por esse motivo, os protocolos não substituem a interação do

profissional com o usuário⁽⁶⁾. Contudo, entende-se que esses protocolos são instrumentos que têm por finalidade potencializar o encontro entre usuário e trabalhador no que tange ao atendimento humanizado, reduzindo filas de espera, melhorando o acesso dos usuários e o fluxo, priorizando as situações de maior gravidade.

Diante disso, acredita-se que a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco reconhece necessidade de mudanças quanto à organização do trabalho e aos profissionais de saúde. Para que haja funcionalidade, a estrutura física deve ser adequada, bem como deve haver incentivo político. Vinculado a isso, deve-se investir nos avanços nas intervenções nesse serviço, almejando qualificar o atendimento e diminuir a superlotação, mas para isso essas devem ser baseadas em evidências e ter a finalidade de encontrar os problemas e envolver os personagens nas mudanças^(18,19).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desses resultados pode-se conhecer as características dos usuários atendidos no serviço durante o período de seis meses, definindo assim

o público alvo do serviço e possibilitando aos profissionais direcionarem seu atendimento. Do mesmo modo, os resultados apontam a necessidade de adequar o instrumento utilizado para a avaliação e classificação de risco, além de qualificar os registros realizados, pois foram constatados muitos erros no preenchimento das fichas de atendimento quanto ao acesso e procedência, bem como um número expressivo de usuários que não foram classificados quanto ao risco de vida, dificultando, assim, o uso da classificação como um indicador das mudanças alcançadas por investimentos no acesso dos usuários a outros serviços.

Quanto à classificação do enfermeiro(a), percebeu-se, por vezes, certa imprecisão nas classificações de risco identificada pela cor verde. Esse fato aponta para a necessidade de investimentos no preparo dos profissionais para operacionalizar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, bem como a reestruturação dos serviços de referência e contra-referência. Os resultados também permitem sugerir a utilização da escala de dor para aprimorar o conhecimento acerca da queixa mais frequente nas cores verde e azul.

HOST WITH EVALUATION AND RISK RATING IN THE EMERGENCY: CHARACTERIZATION OF ATTENDANCES

ABSTRACT

Study aimed to characterize the attendances at the Emergency Room of Pelotas-Rio Grande do Sul, according to the protocol host with evaluation and risk classification, which makes use of colors to identify the severity of the case and the order of visits. This is a study with quantitative approach, cross-sectional and descriptive. There were evaluated 5,629 medical records and their classification protocols. There were predominant attendances to young adults (36 to 65 years old) of both sexes, and the majority (84.4%) residents of the municipality itself. The period of greatest demand for attendance was between 10 and 15 o'clock. Regarding the classification by colors, 1% of consultations received red (emergency), 15% yellow (urgent), 40% green (needs attention, but without risk of life), 5% blue (mild cases) and 39% the attendances were not classified according to risk. Adjustments to the data that comprised the protocol may be needed to accommodate recurring demands of service and maximize the use of it to direct the flow of care.

Keywords: Home. Rating. Emergency. Nursing.

ACOGIDA CON LA EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN LA EMERGENCIA: CARACTERIZACIÓN DE ASISTENCIAS

RESUMEN

Estudio tuvo como objetivo caracterizar las atenciones en la sala de emergencias de Pelotas-Rio Grande do Sul, de acuerdo con el protocolo de acogida con la evaluación y clasificación de riesgo, que hace uso de colores para identificar la gravedad del caso y el orden de las visitas. Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo, transversal y descriptivo. Se evaluaron 5.629 historias clínicas y los protocolos de clasificación. Predominaron la atención a los adultos jóvenes (36 a 65 años), de ambos sexos y la mayoría (84,4%) residentes del propio municipio. El período de mayor demanda de asistencia fue entre 10 y 15 horas. En cuanto a la clasificación de los colores, el 1% de las consultas recibidas rojo (emergencia), 15% de amarillo (urgente), el 40% de verde (necesidades de atención, pero sin riesgo para la vida), 5% de azul (casos leves) y el 39% no fueron clasificados

en función del riesgo. Ajustes a los datos que componen el protocolo puede ser necesaria para dar cabida a las demandas recurrentes de servicio y maximizar el uso de ella para dirigir el flujo de la atención.

Palabras clave: Acogida. Clasificación. Enfermería de Urgencia.

REFERÊNCIAS

1. Dal Pai D, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Esc Anna Nery* (impr.) 2011 jul-set; 15 (3):524-530.
2. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. *Rev Latino-am Enfermagem*. [on-line]. 2009 jul-ago. [citado em 16 set 2010]; 17(4). Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>.
3. Zanellatto DM, Dal Pai D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *CiêncCuid Saúde*. 2010 abr-jun.; 9(2): 358-65.
4. Araujo MT, Ferreira AR, Rocha TB. Perfil dos usuários e suas demandas em uma unidade de atendimento imediato. *RECONF*. 2010; 8(25): 178-86.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS. Formação e Intervenção. Volume 1. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília(DF); 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Brasília(DF); 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgências*. Brasília(DF); 2009.
8. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen AB, Martins JJ, Albuquerque GL. *Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2008 jan-mar.; 17(1): 81-9.
9. Rosa TP, Magnago TSBS, Tavares JP, Lima SBS, Schimidt MD, Silva R M. Perfil dos Pacientes Atendidos na Sala de Emergência do Pronto Socorro de um Hospital Universitário. *R. Enferm. UFSM*. 2011 jan-abr.; 1(1): 51-60
10. Ulbrich EM, Mantovani MF, Balduino AF, Reis BK. *Protocolo de Enfermagem em Atendimento Emergencial: Subsídio para o acolhimento às vítimas*. *CogitareEnferm*. 2010 abr-jun.; 15(2): 286-92.
11. Carret MLV, Fassa ACG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(Supl 1): 1069-79.
12. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho-Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [on-line]. 2011 mai-jun. [citado em 19 mar 2013]; 19(3):[09 telas]. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>.
13. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012 out-dez.; 33(4):181-190.
14. Bellucci Júnior JÁ, Matsuda LM. Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência: atuação do enfermeiro. *CiencCuidSaude*. 2012 abr-jun.; 11(2): 396-401.
15. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Lat-am Enfermagem*. 2011 jan-fev.; 19(1): 26-33.
16. Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADD. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev Eletrônica de Enferm*. 2011 out-dez.; 13(4): 648-56.
17. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2007 jul-ago.; 12(4): 929-34.
18. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de Risco em Emergência – um Desafio para as/os Enfermeiras/os. *Enf. em Foco*. 2011 fev.; 2(1): 14-17.
19. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saude Pública*. 2009 jul.; 25(7): 1439-54.

Endereço para correspondência: Jéssica Oliveira Tomberg. Rua Gomes Carneiro, nº 647. CEP: 96010-610. Pelotas. Rio Grande do Sul.

Data de recebimento: 27/11/2012

Data de aprovação: 27/02/2013