

OPINIÃO DE ENFERMEIROS SOBRE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA

NURSES' OPINION ON RISK CLASSIFICATION IN EMERGENCY SERVICES

OPINIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Carmen Lucia Mottin Duro ¹
Maria Alice Dias da Silva Lima ²
Luciana Andressa Feil Weber ³

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional. Porto Alegre, RS – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular. UFRGS, Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional. Porto Alegre, RS – Brasil.

³ Enfermeira. Mestranda. UFRGS, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, RS – Brasil.

Autor Correspondente: Carmen Lucia Mottin Duro. E-mail: carmend@enf.ufrgs.br
Submetido em: 11/05/2017 Aprovado em: 05/12/2017

RESUMO

A classificação de risco em serviços de urgência tem a finalidade de priorizar o atendimento, considerando a gravidade do quadro clínico do paciente. No entanto, há dificuldades em relação ao desenvolvimento dessa atividade pelo enfermeiro. O objetivo do estudo é avaliar a opinião dos enfermeiros sobre a classificação de risco em serviços de urgência. Trata-se de estudo exploratório, quantitativo, com utilização da técnica Delphi. Foram realizadas três rodadas de opinião por meio de questionário disponibilizado em plataforma eletrônica. As alternativas de resposta foram apresentadas de acordo com escala Likert e foi considerado consenso quando o percentual das alternativas de respostas apresentasse frequência igual ou superior a 70%. Para a amostra foram selecionados enfermeiros com experiência profissional e/ou pesquisadores da área. Na primeira rodada participaram 130 enfermeiros, 89 na segunda e 65 na terceira. Os enfermeiros indicaram que a classificação de risco organiza o fluxo de pacientes e diminui o tempo de espera, daqueles em estado grave, por atendimento. Para isso, utilizam o conhecimento clínico, experiência profissional e capacidade de gerenciar conflitos. Os enfermeiros discordaram que a classificação de risco proporciona o acolhimento e privacidade do paciente, assim como sobre a existência de capacitação periódica para o exercício dessa atividade. Concluiu-se que os enfermeiros fortalecem sua prática assistencial na classificação de risco dos pacientes, no entanto, é necessária a elaboração de estratégias para superar as dificuldades estruturais.

Palavras-chave: Avaliação em Enfermagem; Acolhimento; Triagem.

ABSTRACT

The aim of risk classification in emergency services is to prioritize care, considering the severity of the patient's clinical condition. However, nurses face difficulties in the development of this activity. The study aims to evaluate the opinion of nurses on risk classification in emergency services. This is a descriptive, quantitative study, using the Delphi technique. Three rounds of opinions were collected by means of a questionnaire provided through an electronic platform. Response alternatives were presented in a Likert-type scale and consensus was achieved when the frequency of the percentage of response alternatives was greater than or equal to 70%. The study sample included nurses with professional experience and/or researchers in the studied field. The first round had the participation of 130 nurses, the second 89, and the third 65 nurses. The nurses mentioned that risk classification organizes the flow of patients and reduces the waiting time for severe patients to be assisted. In this process, they use clinical knowledge, professional experience and the ability to manage conflicts. Nurses disagreed that risk classification provides hosting and privacy to patients, and that there is periodical training available for exercising this activity. In conclusion, patients' risk classification strengthens the nurses' care practice; however, strategies must be created to overcome structural difficulties.

Keywords: Nursing Assessment; User Embrace; Triage.

Como citar este artigo:

Duro CLM, Lima MADS, Weber LAF. Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ _];21:e-1062. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170072

RESUMEN

La Clasificación de Riesgo en los servicios de urgencias médicas tiene la finalidad de dar prioridad a la atención de los pacientes según la gravedad de su cuadro clínico. No obstante, existen dificultades respecto al desarrollo de esta tarea por parte de los enfermeros. El estudio apunta a evaluar la opinión de los enfermeros sobre la clasificación de riesgo en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo, cuantitativo, que emplea la técnica Delphi. Fueron realizadas tres rondas de opinión mediante una encuesta disponible en la plataforma electrónica. Las alternativas de respuesta fueron presentadas según la escala Likert y se consideró consenso cuando el porcentaje de las alternativas de respuestas mostró frecuencia mayor o igual al 70%. Para la muestra, fueron seleccionados enfermeros con experiencia profesional y/o investigadores del área. En la primera ronda participaron 130 enfermeros, 89 en la segunda y 65 en la tercera. Los enfermeros expresaron que la clasificación de riesgo organiza el flujo de pacientes y disminuye el tiempo de espera de aquellos más graves. Ellos utilizan el conocimiento clínico, la experiencia profesional y la capacidad de manejar conflictos. Los enfermeros opinan que la Clasificación de Riesgo no brinda ni acogida ni privacidad al paciente. También consideran que no se ofrece capacitación periódica para el ejercicio de esta actividad. Se concluye que los enfermeros fortalecen su práctica asistencial en la clasificación de riesgo de los pacientes pero que también deberían elaborarse estrategias para superar las dificultades estructurales.

Palabras clave: Evaluación en Enfermería; Acogimiento; Triaje.

INTRODUÇÃO

Em diversos países do mundo, devido à crescente procura por serviços de urgências, tem ocorrido aumento do número de consultas e do tempo de permanência dos pacientes, gerando superlotação.¹ No Brasil, os serviços de urgência também têm apresentado problemas relacionados à demanda excessiva, e têm adotado dispositivos que envolvem o ordenamento no acesso e fluxo dos usuários. Assim, a classificação de risco (CR) foi proposta pelo Ministério da Saúde, como um protocolo e modelo de intervenção para organizar o atendimento nos serviços de urgência.²

Os enfermeiros têm sido os profissionais recomendados para atuar na classificação de risco e tomar decisão acerca do nível de prioridade clínica. Assim, mediante a utilização de protocolos sistematizados, são obtidas informações clínicas por meio de dados objetivos e subjetivos do estado de saúde do paciente, para assegurar a priorização e organização do atendimento.³ Considerando que a CR visa a otimização do fluxo de atendimento a partir da qualificação da atenção prestada na porta de entrada dos serviços de urgência, os enfermeiros detêm a responsabilidade de regular o ingresso do usuário no serviço de urgência. Por esta razão, os enfermeiros que tomam decisões na triagem devem ter uma base de conhecimento diversificada e habilidades para avaliação e priorização clínica do paciente.⁴ Entretanto, o constante problema de sobrecarga de serviços de emergência na maioria dos hospitais urbanos impõe diversos desafios para os enfermeiros na realização da CR.

As atividades da CR ocorrem em um ambiente sob pressão do tempo, algumas vezes com insatisfação dos usuários devido ao tempo de espera pelo atendimento.¹ Também há a possibilidade da CR se transformar em um obstáculo no fluxo do paciente no serviço, resultando em um aumento do tempo de espera por atendimento.⁵ A tensão gerada no ambiente da sala de espera reflete-se no trabalho dos enfermeiros, pois é para eles que chegam essas demandas.⁶ Além disso, existem fatores que envolvem a organização da rede de atenção às urgências para os encaminhamentos necessários, os quais também

interferem na CR.^{3,7} Foi assinalado que os enfermeiros na triagem enfrentam um ambiente dinâmico e, para isso, necessitam de uma conduta flexível para classificar o risco de acordo com os recursos disponíveis durante o turno de trabalho.⁸

No âmbito nacional, as pesquisas já realizadas têm destacado a avaliação da eficácia e qualidade da CR e seu impacto na dinâmica da organização dos serviços de urgência,⁹ a confiabilidade e validade do protocolo de Manchester.¹⁰ No entanto, há escassa literatura com foco no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros na CR diante das dificuldades e vulnerabilidades desse posto de trabalho.

Constata-se que ainda há definições a serem estabelecidas para a atuação dos enfermeiros, a fim de suprir as lacunas evidenciadas na classificação de risco nos serviços de urgências. No contexto brasileiro, frente às diferentes situações em que se encontram as unidades de urgências, a identificação dos problemas enfrentados no processo da CR poderá ser utilizada como base para qualificar o atendimento prestado, garantindo a segurança do paciente e a organização do serviço. Concomitantemente, o conhecimento sobre o modo pelo qual os enfermeiros desenvolvem a avaliação clínica do paciente implica em tornar a CR não somente uma seleção de pacientes, mas uma prática clínica destes profissionais no exercício cotidiano da assistência prestada em serviços de urgências.

Com base no exposto, o estudo busca conhecer as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no processo de Classificação de Risco no sentido de concretizar essa prática diária na assistência aos pacientes atendidos nos serviços de urgência. Assim, este artigo teve o objetivo de analisar a opinião dos enfermeiros sobre a atividade de CR nos serviços de urgência, indicando suas potencialidades e fragilidades.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, com utilização da técnica Delphi. Essa técnica busca alcançar o

consenso de opiniões de um grupo de especialistas sobre um determinado problema, utilizando validações articuladas em rodadas de questionários, nas quais é preservado o anonimato das respostas individuais sobre um tema.¹¹ A cada nova rodada o processo é repetido até que a divergência de opiniões tenha se reduzido a um nível satisfatório e a resposta da última rodada é considerada como a previsão ou o consenso do grupo.^{11,12}

Utilizou-se a técnica Delphi modificada, que aplica um questionário estruturado na primeira rodada, em comparação com a técnica Delphi tradicional, que inicia as rodadas com apresentação de questões abertas. Portanto, para a coleta dos dados, foi elaborado um questionário estruturado, com base em revisão de literatura sobre o tema, conforme recomendado para utilização da técnica Delphi modificada.¹¹ O questionário foi disponibilizado online por meio de plataforma eletrônica E-Survey Monkey®.

O questionário apresentado na primeira rodada foi composto de 59 questões, sendo 23 com informações sobre o perfil dos participantes e 36 assertivas de mensuração de opinião sobre a CR. As informações sobre o perfil dos participantes foram referentes a dados sócio-demográficos, formação e experiência profissional, local de atuação profissional e utilização de protocolos de CR no seu serviço. Nas seções de mensuração de opinião foram utilizadas opções de resposta do tipo Likert, de cinco alternativas: Discordo totalmente; Discordo; Nem concordo, nem discordo; Concordo; Concordo totalmente. As questões incluíram as seguintes temáticas: dinâmica da organização do trabalho na CR, ações dos enfermeiros na organização do trabalho na CR do paciente, conhecimentos e habilidades dos enfermeiros necessários para a realização da CR, utilização do protocolo/escala de CR e estrutura organizacional para a CR. Os sete primeiros questionários configuraram o pré-teste para avaliar a aplicabilidade e a clareza, tanto do instrumento quanto do funcionamento da plataforma eletrônica.¹²

Utilizou-se amostra de conveniência, sendo que os participantes foram identificados a partir de seleção na Plataforma Lattes, que é a base de dados de currículos e de instituições das áreas de ciência e tecnologia do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Utilizou-se a ferramenta de busca simples, com o preenchimento do campo “assunto” com as palavras “enfermagem na classificação de risco em serviços de urgência”. Após isso, os currículos foram avaliados e selecionados pelas pesquisadoras, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, ter pesquisas e produção intelectual a respeito da temática em estudo e/ou experiência em serviços da rede de atenção às urgências e no acolhimento com avaliação e classificação de risco, classificação de risco de Manchester ou outro protocolo classificatório de risco em serviços da rede de atenção às urgências de no mínimo seis meses.

Após a seleção dos enfermeiros, foi enviado convite por meio da opção de contato, disponível na visualização do currí-

culo na Plataforma Lattes. Com a finalidade de recrutar outros profissionais para a amostra, solicitou-se que os enfermeiros selecionados indicassem outros enfermeiros e seus endereços eletrônicos, para a participação no estudo Delphi, conforme a técnica em cadeia de rede em bola-de-neve ou *snowball technique*.¹³ O processo da bola de neve teve início em dezembro de 2012 e foi finalizado em maio de 2013. Desse modo, foram convidados 476 enfermeiros para participar do estudo, dos quais 179 formalizaram a intenção de colaborar com a pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a outubro de 2013, com aplicação do questionário em rodadas sucessivas, até obtenção de consenso. O prazo para os participantes responderem as rodadas foi de 15 dias, com prorrogação por mais 15 dias, para fins de obtenção de um maior número de integrantes na amostra.

Em todas as rodadas os especialistas receberam convite no qual constava o link de acesso para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo necessário o preenchimento com seu aceite para a abertura do questionário.

Na primeira rodada, dos 179 convidados, 130 participantes responderam o questionário. Após essa etapa, houve o processamento das alternativas assinaladas em cada questão do instrumento. Foi considerada a existência de consenso quando o percentual das alternativas de respostas “concordo e concordo totalmente” apresentasse frequência maior ou igual a 70%, para cada afirmativa do instrumento.¹¹

A análise foi realizada por meio de estatística descritiva, sendo que as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão, quando a distribuição era simétrica. Em caso de assimetria, a mediana e a amplitude interquartilica foram utilizadas para a descrição das variáveis. A distribuição da amostra foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absoluta e relativa.

Na segunda rodada, o questionário foi reelaborado com 23 questões de mensuração de opinião sobre a CR que não obtiveram o percentual de consenso. Nas alternativas de resposta, foi retirada a alternativa “não concordo, nem discordo” com a finalidade de reduzir a dispersão dos resultados nas afirmativas apresentadas.⁹ O questionário foi reapresentado aos 130 respondentes da primeira rodada e foi respondido por 89 participantes. Para essa rodada foi considerado consenso quando o percentual das respostas atingiu valor igual ou maior que 70% nas alternativas de respostas “concordo e concordo totalmente”. As respostas obtidas foram analisadas, obtendo-se consenso em 15 questões.

Na terceira rodada participaram 65 especialistas, os quais responderam o questionário que conteve somente as 08 questões que não obtiveram consenso na rodada anterior. As alternativas de resposta apresentadas aos participantes foram consolidadas em “concordo” e “discordo”. O consenso nessa rodada foi considerado igual ou maior a 70% das alternativas de

resposta “concordo”. Não se atingiu consenso para 03 questões em relação à rodada anterior.

O anonimato e sigilo das informações foram mantidos, conforme orientação da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, CAEE 12299113.5.0000.5347.

RESULTADOS

No painel da primeira rodada de opiniões participaram 130 enfermeiros, obtendo-se adesão de 76,5% dos enfermeiros convidados. Na segunda rodada de opiniões, 89 enfermeiros (68,5%) responderam o questionário, isto é, houve uma abstenção de 31,5%. Na terceira rodada de opiniões foi enviado o questionário com as questões que não obtiveram consenso na segunda rodada, para os 89 participantes do estudo Delphi e 65 (73%) responderam as questões, assim o número de abstenções foi de 27%.

A idade média dos enfermeiros que participaram da primeira rodada (n=130) foi de 38 anos (\pm 10,8 anos). Houve prevalência do sexo feminino (81,5%). O tempo de formação apresentou mediana de 10 anos (6-22). A maioria dos participantes (118) possui um curso de pós-graduação (90,8%), sen-

do que 54 (45,8%) possui especialização, 41 (34,7%) mestrado e 18 (15,3%) doutorado.

Quanto à experiência em serviços de urgência, 116 (89,2%) referiram possuí-la e 14 (10,8%) mencionaram não ter experiência nessa área, sendo que a mediana foi cinco anos com intervalo interquartil de 1 a 10. Os enfermeiros desenvolviam atividades em diferentes estados, agrupados por regiões. A região sul (RS, SC e PR) foi prevalente com 78 participantes, seguida da região centro-oeste (MT) com 22 participantes, da região sudeste (RJ, SP e MG) com 15 enfermeiros e região nordeste (CE e BA) com 15 enfermeiros.

Quando avaliadas as características dos participantes da segunda (n=89) e terceira rodadas (n=65) foram constatadas estimativas representativas em relação às da primeira rodada.

Das 36 afirmativas apresentadas no instrumento, 28 obtiveram consenso (Tabela 1). Oito assertivas não obtiveram consenso, sendo que destas, duas não atingiram 70% de concordância nas alternativas de resposta, após a terceira rodada de estudo (Tabela 2) nas seis assertivas restantes, o percentual das alternativas de resposta “Discordo” e “Discordo Totalmente” obteve valor acima de 70% (Tabela 3).

Os resultados relativos à seção de mensuração de opinião com o percentual de concordância nas respostas dos participantes do estudo estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Consenso em assertivas de mensuração de opinião sobre a classificação de risco em serviços de urgência, nas três rodadas do estudo Delphi, Brasil, 2013

Seções do questionário	Assertivas	Concordância %
Dinâmica da organização do Trabalho	Priorização do risco de acordo com a gravidade clínica.	92,4*
	Avalia o estado clínico do paciente e determina a prioridade de atendimento.	85,4*
	Ordena o fluxo de pacientes no serviço de urgência/emergência.	89,2*
	Permite a redução de agravos e sequelas dos pacientes urgentes.	92,3*
	Possibilita a avaliação do paciente no tempo preconizado pelos protocolos.	75,4***
	Contribui para a diminuição do tempo de espera dos pacientes graves por atendimento.	77,7*
	Propicia a organização do trabalho do enfermeiro no serviço de urgência/emergência.	75,4*
	Contribui para a organização do serviço de urgência/emergência.	92*
Ações do enfermeiro na avaliação	O enfermeiro desenvolve a escuta das queixas e os antecedentes das condições de saúde do paciente durante a realização da CR.	78,5*
	O enfermeiro realiza a avaliação da situação clínica a partir dos sinais e sintomas do paciente na CR.	87,7*
	O enfermeiro realiza a CR do paciente no período de tempo estipulado pelo protocolo utilizado.	72,3***
	O enfermeiro orienta o paciente sobre o significado das cores das pulseiras, as quais diferem de acordo com a gravidade das condições de saúde.	77,6**
	O enfermeiro informa o paciente sobre o tempo de espera por atendimento.	84,2**
	O enfermeiro orienta o paciente a avisá-lo caso haja alguma modificação de seus sintomas.	85,4**
	O enfermeiro informa o paciente e familiares/ acompanhantes sobre a CR.	77,6**
Conhecimentos e habilidades	O enfermeiro tem autonomia para realizar a CR.	85,2*
	O enfermeiro utiliza conhecimento clínico para realizar a CR a fim de avaliar o estado de saúde do paciente e definir a prioridade de atendimento.	87,6*
	O enfermeiro utiliza a habilidade de comunicação para a realização da CR.	83,8*

Continua...

...continuação

Tabela 1 - Consenso em assertivas de mensuração de opinião sobre a classificação de risco em serviços de urgência, nas três rodadas do estudo Delphi, Brasil, 2013

Seções do questionário	Assertivas	Concordância %
Conhecimentos e habilidades	O enfermeiro necessita de experiência profissional para avaliar o paciente na CR.	85,4*
	O enfermeiro administra os conflitos com os usuários durante a CR.	79,3*
	O enfermeiro necessita de capacitação específica para a realização da CR.	97,0*
	O enfermeiro utiliza a capacidade intuitiva para avaliar e priorizar o atendimento do paciente na CR.	79,8**
	O enfermeiro considera as situações sociais relacionadas ao problema do paciente na determinação da prioridade do risco.	69,6**
Utilização do protocolo	O protocolo de CR adota critérios que contemplam o perfil epidemiológico da população atendida.	75,3**
	O protocolo de CR estabelece prioridades de atendimentos com as quais os enfermeiros concordam.	90,8***
	O protocolo de CR define prioridades de atendimento que geram discordâncias entre médicos e enfermeiros.	76,9*
	O protocolo de CR estabelece prioridades de atendimento por meio de fluxogramas adequados para fundamentar as decisões dos enfermeiros.	82,0**
Estrutura organizacional	No setor de CR, os equipamentos para aferição dos sinais vitais, glicemia e nível de saturação de oxigênio sanguíneo favorecem a realização da CR pelo enfermeiro.	79,6*

*Consenso obtido na primeira rodada.** Consenso obtido na segunda rodada.*** Consenso obtido na terceira rodada.
Fonte: Duro, Lima, Weber; 2016.

Tabela 2 - Assertivas de mensuração de opinião sobre a classificação de risco em serviços de urgência que não obtiveram consenso, nas três rodadas do estudo Delphi, Brasil, 2013

Assertivas	Concordo (%)	Discordo (%)
O enfermeiro encaminha pacientes não urgentes para serviços de atenção primária e ambulatoriais.	45 (69,2)	20 (30,8)
O enfermeiro utiliza conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida para a realização da classificação de risco do paciente.	39 (60,0)	26 (40,0)

Fonte: Duro, Lima, Weber; 2016.

Tabela 3 - Assertivas de mensuração de opinião sobre a classificação de risco em serviços de urgência em que a discordância foi maior que a concordância, nas três rodadas do estudo Delphi, Brasil, 2013

Assertivas	Concordo (%)	Discordo (%)
O enfermeiro reavalia a situação clínica dos pacientes durante o período de espera por atendimento	17 (26,2)	48 (73,8)
O ambiente possibilita acolher o usuário para a realização da classificação de risco pelo enfermeiro	25 (28,0)	64 (71,9)
A área física do setor de classificação de risco favorece a privacidade do usuário	24 (27,0)	65 (73,0)
O dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho é suficiente para realizar a Classificação de Risco.	25 (28,0)	64 (72,0)
São realizadas capacitações periódicas, para os enfermeiros, sobre a utilização dos Protocolos Classificatórios.	18 (20,2)	71 (79,8)
O Protocolo de Classificação de Risco é avaliado continuamente para assegurar a sua aplicabilidade na definição de prioridades de atendimento, de acordo com o risco dos pacientes.	14 (21,5)	51 (78,5)

Fonte: Duro, Lima, Weber, 2016.

DISCUSSÃO

As afirmativas relativas à dinâmica da organização do trabalho na CR em serviço de urgência obtiveram consenso acima de 70% na primeira rodada do estudo Delphi, portanto, se configuram como potencialidades para o trabalho dos enfermeiros. Os participantes consideraram a CR como um dispositivo orientador de fluxo de usuários e de priorização da gravidade clínica para o atendimento, contribuindo para a diminuição do tempo de espera dos pacientes em condições clínicas graves.^{4,6} Estudo identificou que a acurácia da predição de risco realizada na triagem por enfermeiros demonstrou alta sensibilidade e es-

pecificidade na admissão de pacientes no serviço de urgência.¹⁴ A CR também é tida como apoio na assistência, admissão e na alta do setor de emergência hospitalar, sendo indicada como um instrumento para o ordenamento do fluxo dos pacientes, de acordo com o critério de gravidade.⁵

Além disso, foi consenso que a CR organiza o trabalho dos enfermeiros e do serviço de urgência, reforçando que os enfermeiros realizam a gestão clínica dos pacientes, organizando a equipe de enfermagem e os recursos e materiais do serviço.^{3,6,15} A CR tem a finalidade de agilizar a identificação das prioridades

e necessidades para os pacientes que buscam atendimento na rede de atenção às urgências.³

Houve destaque para a avaliação do estado clínico do paciente, detectando os que precisarão de cuidados críticos. Esse resultado confirma o objetivo da triagem em serviços internacionais e nacionais quanto a determinar e classificar os pacientes rapidamente em ordem de urgência com base na necessidade clínica. O paciente terá de receber cuidados adequados a sua necessidade, sendo aplicados recursos do serviço de urgência para garantir assistência em tempo hábil.^{5,14}

Para o desenvolvimento da CR, os participantes concordaram que os enfermeiros utilizam a escuta qualificada das queixas e das condições de saúde do paciente para a identificação do problema que motivou a busca pelo serviço de urgência. Pesquisa demonstrou que a partir da escuta dirigida, o enfermeiro identifica o risco e a vulnerabilidade e acolhe a avaliação do próprio paciente, para tomar uma decisão na CR.¹⁶ Também a escuta de informações e a forma com que os pacientes referem seus problemas aos enfermeiros da triagem foram sinalizadas como ponto de partida para a tomada de decisão e a classificação clínica dos pacientes.^{2,16} Assim, na avaliação da situação clínica do paciente, a escuta das queixas aliada ao compromisso de dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários, consiste em habilidade importante dos enfermeiros no processo de CR.

Aliada à escuta, outra potencialidade da CR foi o uso do saber clínico na identificação do risco de acordo com a condição de saúde do paciente. Estudo investigou a especificidade de informações clínicas obtidas quando o processo de triagem inicia e como isso se relaciona com a classificação de risco do paciente. Concluiu que os cuidados prestados no serviço de emergência estão significativamente relacionados com a precisão na identificação de problemas e sua interação no processo de tomada de decisão clínica na Classificação de Risco.¹⁷ O profissional na CR busca informações relevantes sobre o paciente, sendo esse um processo contínuo, o qual necessita de uma combinação de informações, conhecimento clínico e julgamento profissional.¹⁸ Dessa forma, a atividade dos enfermeiros na CR vem sendo descrita como complexa, não consistindo apenas no resultado de uma avaliação para a determinação do risco baseada em protocolos profissionais, mas na maneira como os enfermeiros desenvolvem estratégias para a tomada de decisão na priorização do atendimento.

A utilização da capacidade intuitiva foi enfatizada pelos participantes no desenvolvimento da CR. A intuição representa um papel importante na tomada de decisões difíceis. A capacidade intuitiva faz parte de uma das habilidades que, somada à experiência profissional, é responsável pelo conhecimento tácito, que é o conhecimento que as pessoas adquirem ao longo da vida profissional, mas não está escrito em lugar nenhum.

Pesquisa que analisou o trabalho das enfermeiras de triagem quando recebiam ambulâncias concluíram que na triagem, as enfermeiras usam sua competência clínica, experiência em cuidados de saúde e intuição.¹⁹ Outra traz resultados similares, constatando que o enfermeiro articula o conhecimento científico e clínico com o saber tácito, somado ao conhecimento do protocolo classificatório, utilizando a sua experiência como guia direcionador no exercício dessa atividade.²⁰

A comunicação teve ênfase no estudo como habilidade potencial no exercício da atividade. No cenário internacional, destaca-se que, na triagem, a tomada de decisão rápida e com informação limitada exige uma comunicação eficaz entre enfermeiros e demais profissionais para iniciar tratamento seguro, eficiente e com qualidade.²⁰ Assim, na CR, a comunicação deve ser clara, concisa e consistente, para que não haja risco de avaliações e priorizações inadequadas.

A experiência adquirida com o tempo de prática profissional no reconhecimento de sintomatologia das doenças foi indicada pelos participantes como fator que contribui para maior segurança do profissional na avaliação do paciente. Esse resultado reforça a idéia de que os protocolos são usados para dar apoio na decisão, mas não substituem as habilidades de um experiente enfermeiro ao longo de muitos anos na profissão.^{17,20}

Foi consenso entre os participantes que os enfermeiros administram os conflitos que acontecem na CR, na maioria das vezes, em função do descontentamento dos pacientes classificados como verdes, com a priorização de atendimento aos pacientes classificados como amarelos e laranjas. Pesquisa indicou a CR como o primeiro acesso de avaliação do paciente para atendimento nos serviços de urgência, e por isso os usuários, muitas vezes, expõem ao enfermeiro as suas frustrações.^{21,22} Assim, os enfermeiros enfrentam as situações buscando estratégias para lidar com situações conflituosas.

Entre as estratégias está a consideração das situações sociais relacionadas com o problema do paciente na determinação da prioridade do risco. A concordância nessa questão indica que, a partir da valorização do contexto social, os enfermeiros criam possibilidades para evitar conflitos. Também, conhecer as diferentes formas de enfrentamento do problema de saúde auxilia na categorização do nível de risco e priorização de atendimento de pacientes diante do elevado grau de incerteza pelo reduzido tempo na CR.^{3,16}

A autonomia dos enfermeiros se sobressaiu como potencial entre os participantes. O saber da CR abre possibilidades de relações de poder entre as diferentes categorias da equipe de saúde, e como consequência, determina a autonomia em relação ao conhecimento adquirido.^{3,15} A tomada de decisão dos enfermeiros na CR, mesmo utilizando protocolos validados em sinais e sintomas que objetivam o tratamento clínico, constitui-se em resultado do conhecimento que os enfermeiros possuem a respeito do

processo de priorização das situações clínicas, e, portanto é resultante de sua autonomia no exercício dessa atividade.

Os participantes concordaram que os enfermeiros orientam os usuários sobre o funcionamento da CR. No entanto, estudo baseado nas opiniões dos usuários sobre a CR, identificou falhas na orientação do fluxo do atendimento e que poderiam ser melhoradas as informações quanto à função e o funcionamento da CR.²³ Dessa forma, há dissonâncias quanto às percepções de informações prestadas entre os enfermeiros e os pacientes. Essa situação remete à necessidade de preparo técnico e humanístico da equipe de saúde que atua no âmbito da CR, quanto ao fornecimento de informações e orientações aos pacientes que acessam os serviços de urgência.¹⁶

Quanto à utilização dos protocolos/escalas classificatórias na CR, os fluxogramas foram considerados adequados para fundamentar as decisões dos enfermeiros, assim como as prioridades de atendimento. A confirmação dessa premissa corrobora estudos que indicam que os protocolos oferecem respaldo legal tendo em vista o gerenciamento do acesso e fluxo de pacientes nos serviços de urgência.^{7,9} Além disso, foram organizados para aprimorar o exercício das atividades dos enfermeiros na CR, facilitando o processo de tomada de decisão e para diminuir o viés da subjetividade inerente ao processo de decisão clínica.^{9,10} No entanto, deve ser levado em conta que o raciocínio e a sensibilidade do profissional não poderão ser engessados pela utilização dos protocolos classificatórios.

Foram consideradas como fragilidades da CR, neste estudo, as questões em que a discordância (alternativas de resposta: discordo totalmente e discordo) alcançou percentual acima de 70 % e aquelas em que não se atingiu concordância após a terceira rodada. Assim, a discordância na afirmação de que os enfermeiros realizam a reavaliação da situação clínica dos pacientes durante o período de espera por atendimento, após ser efetuada a categorização do risco e priorização do atendimento consiste em uma fragilidade da CR. Os pacientes necessitam de atenção, também, durante o período de espera por atendimento, devido à possibilidade de piora ou deterioração da condição clínica ou, ainda, exacerbação de sinais e sintomas inicialmente despercebidos na CR.²⁴ Pesquisa internacional indica que a reavaliação pela triagem, no departamento de emergência, baseado na priorização do paciente, deve ser um processo contínuo. No entanto, sinaliza que os pacientes na sala de espera podem ter de aguardar tempos prolongados entre avaliações, levando a resultados indesejáveis.²¹ A demora na reavaliação do paciente já classificado, que aguarda por atendimento médico está relacionada à superlotação do serviço e consequente aumento na demanda de trabalho.^{4,5} Dessa forma, o enfermeiro terá de amparar sua conduta na CR, em protocolos institucionais, para que não haja nenhum dano ao seu exercício profissional.

Outra questão em que não houve concordância nas respostas foi a de que a estrutura física do espaço onde se desenvolve a CR é adequada para o exercício da atividade. A discordância entre os participantes é corroborada por outros estudos nacionais, o que demonstra a fragilidade dessas condições para a realização da CR.^{9,24} O ambiente dos serviços de urgência somado ao conhecimento técnico-científico e ao desenvolvimento tecnológico são fatores que influenciam a eficiência e eficácia do atendimento, cujo objetivo principal é evitar morte e danos ao paciente.²⁴ A adequação do ambiente e intervenções focadas na estrutura e a organização do serviço de urgência são necessárias para atendimento eficiente do paciente na CR.

Ainda na questão estrutural, os participantes não concordaram que a CR possibilita a privacidade e o acolhimento dos usuários. Outro estudo apresentou resultado semelhante, indicando que o compromisso de acolher o usuário durante seu percurso no serviço e na rede de atenção às urgências é precário.¹⁶ Pode-se constatar que a privacidade e o acolhimento dos usuários preconizado pelo Ministério da Saúde e o que decorre no cotidiano dos enfermeiros são distintos. Na classificação de risco, o primeiro contato do paciente ocorre com os profissionais de saúde, e a partir disso é iniciado o processo de acolhimento. Assim, torna-se necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no acolhimento ao paciente, sob pena de descharacterizar o objetivo desta política de saúde.

Os enfermeiros não concordaram que o dimensionamento do número de enfermeiros por turno de trabalho é suficiente para realizar a CR. Estudos desenvolvidos em serviços de urgência demonstram que os enfermeiros enfrentam um excesso de demanda para propiciar atendimento aos pacientes que buscam esses serviços.^{5,9,24} O inadequado quantitativo de enfermeiros na CR e de outros profissionais no serviço de emergência diante da excessiva demanda e dos conflitos decorrentes da priorização de atendimento têm sido considerados como fatores geradores de desgaste e sobrecarga emocional para esses profissionais.^{21,22} A falta de profissionais de todas as categorias para enfrentar a complexidade do serviço de emergência, somada à superlotação que ocorre nesses serviços, também vai impactar a demora dos atendimentos.¹⁴ Reforça-se, então, a necessidade de se repensar o dimensionamento de profissionais, tanto enfermeiros que realizam a classificação de risco, quanto às demais categorias que irão efetuar o atendimento do paciente no sentido de qualificar a assistência prestada.

No que tange à formação do enfermeiro para a realização da CR, também não houve concordância de que sejam realizadas capacitações periódicas para a utilização dos Protocolos Classificatórios. Essa situação contradiz o que está estipulado para o exercício da CR, pois os enfermeiros possuem a obrigatoriedade de receber treinamento específico para essa finalidade.²⁵ A capacitação visa o reconhecimento e identificação das necessidades dos pacientes na realização da CR.

A falta de encaminhamento de pacientes não urgentes para serviços de atenção primária e ambulatoriais não apresentou consenso entre os enfermeiros do estudo, indicando outra fragilidade da CR. Os encaminhamentos realizados pelos serviços de urgência foram considerados precários em outras pesquisas, destacando que os arranjos organizados para a rede de atenção às urgências não suportam os problemas de saúde da população.^{3,7,24} O acesso dos usuários ao sistema de saúde continua sendo, na maioria das vezes, por meio das portas hospitalares e não hospitalares de urgência. Não há o estabelecimento dos mecanismos de referência e contra-referência nos serviços de urgência e assim os pacientes classificados como verdes e azuis podem ter seu atendimento prejudicado, porque a classificação pode se tornar superficial e inadequada, o que pode significar riscos à população.^{7,23}

Contudo o estudo apresenta limitações. A investigação é limitada pelo fato de que os resultados obtidos referem-se apenas aos indivíduos que compuseram a amostra. A falta de contextualização na realização da classificação de risco desenvolvida pelo enfermeiro nos diferentes estados do Brasil também pode ser considerada como limitante para o entendimento das fragilidades encontradas na CR. Daí a necessidade de novas investigações que possam trazer luz aos resultados do presente estudo.

CONCLUSÕES

A partir da opinião dos enfermeiros, experts na atividade de classificação de risco, obteve-se a indicação de potencialidades e fragilidades da CR. Uma das potencialidades no trabalho do enfermeiro é a capacidade de avaliar a prioridade de atendimento, utilizando o conhecimento clínico, a experiência profissional e saberes decorrentes da prática exercida no contexto organizacional, político, tecnológico e estrutural do serviço de urgência. Entre as habilidades desenvolvidas destacou-se a capacidade de administrar situações conflitivas que se impõe no cotidiano do serviço, utilizando como estratégia a valorização do contexto social dos usuários atendidos.

Os enfermeiros, em sua prática na Classificação de Risco, buscam instrumentos de trabalho para que possam exercer a atividade com autonomia e qualidade. Além disso, fortalecem seu potencial de trabalho com vistas a contribuir para a identificação das necessidades dos pacientes que procuram assistência nos serviços de urgência.

Em relação às fragilidades, são apontadas a falta de estrutura organizacional e a desarticulação dos serviços na rede de atenção às urgências que podem acarretar problemas na segurança e privacidade do paciente. Também o acolhimento durante a realização da avaliação e priorização do atendimento foi destaque como dificuldade na recepção dos usuários nos serviços de urgência. Acrescenta-se que há falta de oferta de capa-

citações periódicas para a atualização dos enfermeiros da CR, o que contraria o preconizado pelos protocolos da CR.

Sugerem-se novos estudos sobre a prática da CR em serviços de urgência, com vistas a contribuir para a resolução das fragilidades identificadas no presente estudo e qualificar o atendimento à população.

REFERÊNCIAS

1. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Scholarsh.* 2014[citado em 2017 ago. 20];46(2):106-15. Disponível em: [10.1111/jnu.12055](http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12055). Epub 2013 Dec 19.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS; 2009. [citado em 2017 maio 08]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf.
3. Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, Mata LRF, Chianca TCM. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. *Invest Educ Enferm.* 2014[citado em 2017 maio 03];32(1):78-86. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072014000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
4. Susan E, Domagala J, Vets BSN. Emergency nursing triage: keeping it safe. *J Emerg Nurs.* 2015[citado em 2017 ago. 20];41(4):313-6. Disponível em: [10.1016/j.jen.2015.01.022](http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2015.01.022). Epub 2015 Mar 17.
5. Shuetz P, Hausfater P, Amin D, Haubitz S, Fässler L, Grolimund E, et al. Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: the triage Project. *BMC Emerg Med.* 2013[citado em 2017 maio 01];13:12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3723418/pdf/1471-227X-13-12.pdf>.
6. 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[citado em 2017 maio 03];33(4):181-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n4/23.pdf>. DOI:10.1590/S1983-14472012000400023
7. Júnior JAB, Matsuda LM, Marcon SS. Análise do fluxo de atendimento de serviço hospitalar de emergência: estudo de caso. *Rev Eletrônica Enferm.* [Internet]. 2015 jan./mar.[citado em 2017 maio 03];17(1):108-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.23823>. DOI: 10.5216/ree.v17i1.23823.
8. Reay G, Rankin JA, Then KL. Momentary fitting in a fluid environment: a grounded theory of triage nurse decision making. *Int Emerg Nurs.* 2016[citado em 2017 abr. 15];26:8-13. Disponível em: http://ac.elsa.com/S1755599X15001184/1-s2.0-S1755599X15001184-main.pdf?_tid=90983fb4-3646-11e7-83c600000aab0f6c&acd nat=1494506416_1402d11242d90293f74cf299ab7f035a.
9. Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Papa MA, Vidor RC, Matsuda LM. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. *Acta Paul Enferm.* 2015[citado em 2017 maio 09];28(5):420-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0420.pdf>
10. 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[citado em 2017 abr. 05];68(1):45-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0045.pdf>.
11. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi Technique: making sense of consensus. *Pract Assess Res Eval.* 2007[citado em 2017 maio 01];12(10):1-10. Disponível em: <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>
12. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene.* 2012[citado em 2017 ago. 20];13(1):242-51. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/36/31>

13. Sadler GR, Lee HC, Lim RSH, Fullerton J. Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. *Nurs Health Sci.* 2010[citado em 2017 abr. 05];12(3):369-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222300/pdf/nihms-226073.pdf>.
14. Stover-Baker B, Stahlman B, Pollack M. Triage nurse prediction of hospital admission. *J Emerg Nurs.* 2012[citado em 2017 ago. 20];38(3):306-10. Disponível em: 10.1016/j.jen.2011.10.003.
15. 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 Med Minas Gerais.* 2012[citado em 2017 ago. 20];22(2):188-98. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>
16. KKS, Montezeli JH, Peres AM. Embracement with risk classification: opinion of the nurses at an emergency service. *Rev Rene.* 2012[citado em 2017 maio 03];13(4): 899-908. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027983020.pdf>
17. Wolf L. An integrated, ethically driven environmental model of clinical decision making in emergency settings. *Int J Nurs Knowl.* 2013[citado em 2017 ago. 20];24(1):49-53. Disponível em: 10.1111/j.2047-3095.2012.01229.x
18. Noon AJ. The cognitive processes underpinning clinical decision in triage assessment: a theoretical conundrum? *Inter Emerg Nurs.* 2014[citado em 2017 ago. 20]; 22:40-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23685041>
19. Ek B, Svedlund M. Registered nurses' experiences of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. *J Clin Nurs.* 2015[citado em 2017 ago. 20];24(7-8):1122-31. Disponível em: 10.1111/jocn.12701
20. Forsman B, Forsgren S, Carlström ED. Nurses working with Manchester triage: the impact of experience on patient security. *Australas Emerg Nurs J.* 2012[citado em 2017 ago. 20];15(2):100-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.02.001>
21. Hitchcock M, Gillespie B, Crilly J, Chaboyer W. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. *J Adv Nurs.* 2013[citado em 2017 ago. 20]; 70(7):1532-41. Disponível em: 10.1111/jan.12304
22. Angland S, Dowling M, Casey D. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs.* 2014[citado em 2017 ago. 20];22(3):134-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jienj.2013.09.005>
23. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev Bras Enferm.* 2013[citado em 2017 maio 03];66(1):31-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a05.pdf>
24. Vituri DW, Inoue KC, Bellucci JAJ, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013[citado em 2016 abr. 30]; 21(5):1179-87. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76038/79700>.
25. Dateo J. What factors increase the accuracy and inter-rater reliability of the emergency severity index among emergency nurses in triaging adult patients? *J Emerg Nurs.* 2013[citado em 2017 ago. 20];39(2):203-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22079643>