



RESUMO DOS 120 ANOS DA EEAP

CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS EM EMERGÊNCIA: COMO OS ENFERMEIROS ENTENDEM E PARTICIPAM DESSE PROGRAMA

Ronilson Gonçalves Rocha¹, Priscila de Castro Handem², Nêbia Maria Almeida de Figueiredo³, Daniel Machado Aragão⁴, Denilson Campos de Albuquerque⁵

RESUMO

Objetivos: Descrever o funcionamento do programa de classificação de riscos oferecido numa Unidade de Emergência; Verificar o que pensam os enfermeiros sobre os papéis que desempenham na classificação de riscos e; Discutir os achados com vistas ao aumento da qualidade dos serviços de enfermagem durante o processo de classificação de riscos. **Método:** Estudo descritivo exploratório onde se utilizou a abordagem quantitativa com mensuração nominal. **Resultados:** Todas essas informações foram reveladoras de uma ocupação indevida dos espaços e dos papéis desenvolvidos pelos profissionais (médicos e enfermeiros) da unidade de emergência, percebendo-se nas respostas dos enfermeiros a desvalorização de ações que deveriam competir à enfermagem. **Conclusão:** Concluiu-se que o programa de classificação de riscos na unidade estudada não funciona de forma adequada e é um fator gerador de descontentamento para esses profissionais, pois a prática gerencial do enfermeiro como norteadora das necessidades de cuidado do paciente é desvalorizada. **Descritores:** Enfermeiros, Riscos, Emergência.

¹ Enfermeiro. Doutorando da Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino. E-mail: ronilsonrocha@yahoo.com.br. ² Enfermeira. Doutoranda do PPGEnf/UNIRIO. E-mail: priscilahandem@yahoo.com.br. ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem/UFRJ. Professora Titular do DEF/EEAP/UNIO. E-mail: nebia@uniirio.br. ⁴ Enfermeiro. Doutorando do PPGEnf/UNIIRO. E-mail: pclinica@copador.com.br

INTRODUÇÃO

As exigências cada vez maiores dos clientes atendidos em Unidades de Emergência no Brasil têm levado diversas instituições e profissionais de saúde a repensarem estratégias capazes de otimizar o tempo de espera para atendimento, principalmente na rede privada. Algumas estratégias como a classificação de riscos e o acolhimento vem se destacando, pois dão aos clientes uma maior segurança no que diz respeito a um atendimento eficiente e seguro, conforme a gravidade de cada caso. A classificação de riscos vem sendo utilizada em diversos países, inclusive no Brasil. Para essa classificação foram desenvolvidos diversos protocolos que objetivam, em primeiro lugar, não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do cliente, já bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência (Brasil, 2009). Nas unidades de emergência a classificação de riscos consta, basicamente, de uma seleção de clientes que precisam de tratamento em ordem de prioridade, conforme o potencial risco para a sua vida. O profissional de enfermagem apresenta todas as condições para participar desse programa, desde que siga as recomendações dos protocolos já instaurados e aplicados nas unidades de emergência ou mesmo através da implementação do manual desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil, lançado em 2001.

Os objetivos: Descrever o funcionamento do programa de classificação de riscos oferecido numa Unidade de Emergência; Verificar o que pensam os enfermeiros sobre os papéis que desempenham na classificação de riscos e; Discutir

os achados com vistas ao aumento da qualidade dos serviços de enfermagem durante o processo de classificação de riscos

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório onde se utilizou a abordagem quantitativa com mensuração nominal, que segundo Polit *et al* (2004) “consiste num método simples de mensurar através de números a classificação de características em categorias”. Para esse estudo a abordagem quantitativa foi utilizada nas situações que exigiram um estudo exploratório para o conhecimento mais profundo do problema, sendo também destacado de documentos/fichas de classificação de riscos (fontes primárias), informações sobre o processo de triagem para que fosse possível trabalhar as informações com fidedignidade, facilitando o tratamento dos dados quantitativos obtidos. Buscaram-se ainda informações dos próprios enfermeiros que participam do processo de triagem e para isso utilizou-se um questionário simples contendo perguntas sobre o funcionamento do programa de classificação de riscos.

RESULTADOS

Através de análise documental foi verificado o tipo de informação colhida nas fichas de classificação de riscos junto aos clientes que passam pelo processo de triagem. Segundo Cervo e Bervian (2002) “a análise de documento é utilizada a fim de descrever e comparar usos e costumes, tendências, diferenças e outras características”, o que apresenta representatividade nesse estudo, já que permite maior entendimento sobre o processo de

acolhimento na unidade de urgência. Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros (as) que fazem o serviço de classificação de riscos na Unidade de Emergência e como critérios para inclusão no estudo foi considerado que todos teriam que prestar assistência direta aos clientes da unidade e também realizar o processo de triagem/classificação de riscos. Após recebimento do parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição foram entregues aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A técnica utilizada para coletar as informações consistiu na aplicação de questionários aos sujeitos de pesquisa e também na verificação e análise sobre os registros realizados nas fichas de classificação de riscos. Os questionários contemplavam 04 questões, incluindo-se discursivas e optativas com o intuito de se explorar melhor o fenômeno em apreço. A coleta se deu em 4 momentos não consecutivos, pois como a escala de plantões na instituição ocorre no regime de 12h x 36h definiu-se por aplicar o questionário em momentos diferentes, com pelo menos 1 semana de intervalo entre os plantões diurnos e noturnos. Este procedimento reduziu, no entendimento dos pesquisadores, o viés de influência sobre os profissionais dos turnos que receberiam a passagem de plantão no serviço. De posse das informações coletadas pôde-se identificar que 46% dos enfermeiros que fazem a classificação de riscos na Unidade de Emergência já tinham realizado esse tipo de serviço anteriormente em outras unidades hospitalares e 54% jamais o fizeram e informaram não ter tido qualquer treinamento para desenvolvê-lo, nem mesmo no serviço de classificação de riscos atual. Quanto a participação do enfermeiro no processo de classificação de riscos, identificou-se que 77%

dos sujeitos da pesquisa informaram que o enfermeiro não tem participação efetiva no processo de classificação de riscos. Essas informações causaram certa perplexidade, pois ao se considerar o que preconiza o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência do ano de 2009, difundido pelo Ministério da Saúde, ocorre uma incongruência sobre esse aspecto, pois esse serviço deveria ser desenvolvido principalmente por profissionais de enfermagem e de nível superior. Identificou-se também que 61,5% dos Enfermeiros informaram que se vêem subutilizados no serviço de classificação de riscos, pois informaram que apenas verificam os sinais vitais do cliente, enquanto o médico é quem realiza os questionamentos e a avaliação do mesmo para a classificação de riscos. Somente 23% dos enfermeiros indicaram uma participação efetiva no processo de triagem e classificação de riscos junto com o médico. Na opinião de 92% dos sujeitos da pesquisa, o serviço de classificação de riscos traz benefícios aos clientes atendidos na Unidade de Emergência. Todas essas informações foram reveladoras de uma ocupação indevida dos espaços e dos papéis desenvolvidos pelos profissionais (médicos e enfermeiros) da unidade de emergência, percebendo-se nas respostas dos enfermeiros a desvalorização de ações que deveriam competir à enfermagem. Talvez, o que esteja acontecendo seja reflexo das condições que estão arraigadas na atenção a saúde predominante e nesse sentido Mandu (2004) destaca “*a manutenção de processos e tecnologias de trabalho homogeneizantes, a permanência da tradição autoritária, distanciada e hierarquizante nas inter-relações entre profissionais e sujeitos alvos do cuidado em saúde, centrada em referências profissionais e em um modo científico*

(biomédico) de identificar, controlar e tratar problemas, o qual exclui os saberes (inclusive os da Enfermagem) e as experiências diversas do outro pólo da relação”. Aparentemente os profissionais de enfermagem têm se percebido nesse contexto e a expressão que se evidencia é a de que estão restritos num espaço onde as ações deveriam acontecer de modo diferente. Verificou-se que os enfermeiros não sabem ocupar o espaço que lhes compete ao participar do programa de classificação de riscos e apesar de preocupados com a ocupação desse espaço pelos médicos, não pensam a ocupação como ação política para a enfermagem. Diante desses resultados emergiu uma categoria de análise, assim denominada: “Ocupam sem saber por que e para quê o espaço da classificação de riscos”. Numa reflexão mais aprofundada sobre a ocupação do espaço por esses enfermeiros houve evidência de um individualismo difícil de ser mudado sem que haja motivação política, havendo nesse sentido, algumas marcas do poder estabelecido pela medicina nos espaços de cuidar. Para Rocha *et al* (2004) “o estreitamento do espaço para a enfermagem está relacionado com o estreitamento da mente que tem sido tomada e paralisada pela usual racionalidade, que dá ênfase a um ensino, onde a doença é que comanda os programas, onde as tarefas não são pensadas, problematizadas nem questionadas. Ao ocuparem o espaço do acolhimento os enfermeiros podem não ter se dado conta de que deveriam transformá-lo e caracterizá-lo como sendo próprio, afirmando-se e demonstrando interesse e capacidade para conduzi-lo só ou mesmo de forma coletiva, sem entraves e sem barreiras, permitindo uma ocupação sem conflito. Ackerman (1996) diz “que uma das características de nossa espécie é a habilidade de adaptarmo-nos ao

ambiente e também de mudá-lo para servir-nos melhor”, algo que os enfermeiros poderiam ousar fazer, já que ocupam um espaço que deve ser demarcado.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que o programa de classificação de riscos na unidade estudada não funciona de forma adequada e é um fator gerador de descontentamento para esses profissionais, pois a prática gerencial do enfermeiro como norteadora das necessidades de cuidado do paciente é desvalorizada. O programa que poderia servir de estímulo para o emprego do Processo de Enfermagem não contempla as expectativas desses profissionais, porém pode-se perceber a ausência de ações políticas da Enfermagem, capazes de gerar mudanças no programa atualmente estabelecido na instituição. Lançando mão da categoria emergida “Ocupam sem saber por que e para quê o espaço da classificação de riscos”, nossa reflexão centra-se, inicialmente, no tratamento de uma das questões mais problemáticas da ação de cuidar e gerenciar em enfermagem, já que envolve administração em enfermagem e o espaço político da profissão. Morin (2001) nos chama a atenção, se reportando a Durkheim, de que o objetivo da educação não é o de transmitir conhecimentos sempre mais numerosos aos estudantes, mas o de “criar um estado interior e profundo, numa espécie de polaridade de espírito que o orienta em um sentido definido para toda a vida”. Essa categoria revelou, portanto, que a Enfermagem na unidade de emergência onde se desenvolveu o estudo necessita de maturidade política para poder ocupar o espaço que lhe é próprio e a falta de comunicação e diálogo nesse espaço pode ser o

indutor de um individualismo que vem impedindo trocas e ampliando as limitações do papel dos enfermeiros no programa de classificação de riscos.

REFERÊNCIAS

Ackerman D. Uma história natural dos sentidos. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1996. 368p.

BRASIL, MS. Acolhimento e Classificação de Riscos nos Serviços de Urgência/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, política nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56p.

Cervo AL, Bervian PA. Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002. 242p.

Demo P. Conhecimento Moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes; 1997. 317 p.

Ferreira MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. Rev. Bras de Enferm, Rio de Janeiro, v. 59, n.3, p. 327-30, maio/jun., 2006.

Mandu ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. Rev. Latino-am. Enfermagem, São Paulo, v. 12, n.4, p. 665-675, jul./ago., 2004.

Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 5 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001. 128p.

Polit D *et al.* Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. Tradução: Ana Thorell. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. 487p.

Rocha RG *et al.* Ensinando estudantes de enfermagem a pensar o cuidado através do jogo dramático: o indutor espaço como metodologia de uma pedagogia libertadora. Enfermagem Brasil, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 63-70, mar./abril, 2004.

Rocha RG *et al.* Imaginário das Mães de Filhos

Internados em UTI-neonatal: contribuições para a enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 211-216, ago., 2004.

Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev. Latino-am. Enfermagem, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez., 2000.

Recebido em: 27/08/2010

Aprovado em: 22/12/2010