

Enfermagem Brasil 2018;17(6):596-605
<https://doi.org/10.33233/eb.v17i6.629>

ARTIGO ORIGINAL

Demanda de atendimento em urgência e emergência hospitalar

Aline dos Santos Inácio, Esp*, Cristiane Damiani Tomasi, D.Sc.**, Maria Tereza Soratto, M.Sc.***

Enfermeira, Pós-Graduada em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência, Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (UNESC), Criciúma SC, **Enfermeira, UNESC, *Enfermeira, Mestrado em Educação, UNESC, Criciúma SC*

Recebido 4 de dezembro de 2017; aceito em 28 de julho de 2018.

Endereço para correspondência: Maria Tereza Soratto, Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (UNESC), Av. Universitária, 1105 Curso de Enfermagem, Bloco S, Bairro Universitário 88806-000 Criciúma SC, E-mail: guiga@unesc.net; Aline dos Santos Inácio: enfaalinesombrio@hotmail.com; Cristiane Damiani Tomasi: cristiane_damiani@hotmail.com

Artigo Baseado em Monografia Pós-graduação Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência

Resumo

Pesquisa com objetivo de identificar a demanda de atendimento de urgência e emergência hospitalar. Pesquisa quantitativa, documental, retrospectiva, descritivo-exploratória e de campo. Realizou-se o levantamento através da consulta aos relatórios mensais de atendimentos na classificação de risco em emergência nos meses de janeiro a julho de 2016 em um Hospital de pequeno porte do Extremo Sul Catarinense, totalizando 1.067 atendimentos no período descrito. A análise de dados ocorreu a partir de abordagem quantitativa. A classificação de risco do atendimento caracterizou-se por 34,86% cor amarela; 28,68% verde; 6,09% laranja; 3,28% azul; 1,31% vermelho. Destaca-se que 25,77% não foram notificados na classificação de risco, demonstrando a implantação incompleta do protocolo de acolhimento de avaliação e classificação de risco no referido serviço. Os motivos de atendimento demonstraram a complexidade assistencial dos pacientes atendidos no setor de emergência, 31,02% dos casos envolveram a dor. Desta forma, os resultados apontam a necessidade de qualificar os registros realizados no acolhimento, através da classificação de risco, evitando desta forma, a subnotificação. Considera-se a partir dos resultados a necessidade de capacitação do profissional para operacionalizar o acolhimento com avaliação e classificação de risco, bem como a reestruturação dos serviços de referência e contra-referência.

Palavras-chave: emergência, enfermagem, acolhimento, triagem.

Abstract

Demand for urgent and emergency hospital services

This study aims to identify the demand for urgent and emergency care. It is a quantitative research, documentary, retrospective, descriptive and exploratory. The survey was conducted through consultation with monthly reports of attendances in emergency risk classification in the months of January to July 2016 in a small Hospital in the far South of Santa Catarina, with a total of 1,067 attendances in the period described. Data analysis occurred from a quantitative perspective. The classification service was characterized with 34.86% yellow; 28.68% green; 6.09% orange; 3.28% blue; 1.31% red colors. It is highlighted that 25.77 were not notified as risk classification, demonstrating the incomplete triage protocol assessment and classification of risk. The reasons of service demonstrated the complexity of healthcare patients in the Emergency Department, 31.02% of cases reported pain. In this way the results highlight the need to qualify the records held with hosting ratings thus avoiding the underreporting. It is considered from the results of the research the need for training of professionals to operationalize the hosting with assessment and classification of risk, as well as the restructuring of reference services and reference counter.

Key-words: emergencies, nursing, user embracement, triage.

Resumen

Demanda de servicios hospitalarios de urgencia y emergencia

Investigación para identificar la demanda de atención urgente y de emergencia. Investigación cuantitativa, documental, retrospectiva, descriptiva y exploratoria. La encuesta fue realizada a través de consultas a los informes mensuales de evaluación de riesgo de emergencia en los meses de enero a julio de 2016 en un pequeño Hospital en el sur de Santa Catarina, con un total de 1.067 asistencias en el período descrito. Análisis de datos se produjeron desde una perspectiva cuantitativa. El servicio de clasificación fue caracterizado con el 34,86% color amarillo; el 28,68% verde; el 6,09% naranja; el 3,28% azul y el 1,31% rojo. Se resalta que el 25,77% no fueron notificados en la clasificación de riesgo, demostrando la implementación incompleta del protocolo de acogimiento de evaluación y clasificación del riesgo. Los motivos de asistencia demostraron la complejidad de atención médica en urgencias de los pacientes, el 31,02% de los casos manifestaban dolor. De esta manera los resultados destacan la necesidad de calificar los expedientes realizados en el acogimiento a través de clasificación de riesgo, evitando así la subnotificación. Se considera a partir de los resultados de la investigación la necesidad de capacitación del profesional para poner en funcionamiento el acogimiento con evaluación y clasificación de riesgo, así como la reestructuración de los servicios de referencia y contra referencia.

Palabras-clave: urgencias médicas, enfermería, acogimiento, triaje.

Introdução

O acolhimento com classificação de risco (ACCR) é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou ao grau de sofrimento [1,2]. Além da função principal de hierarquizar o atendimento, de acordo com a gravidade da vítima, também determina prioridades, ordenando e orientando a assistência [2,3].

O acolhimento com classificação de risco tem como objetivos, ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma que o atendimento seja ágil e oportuno [2,4].

A classificação de risco contribui para uma melhora do serviço de emergência, via ordenação do atendimento de acordo com o grau de gravidade do paciente e não por ordem de chegada, o que agiliza os processos, reduz o tempo de espera nas filas, acarretando uma maior satisfação dos usuários dos serviços de emergência [4,5].

A classificação de risco na área de emergência deve ser realizada por profissional de nível superior [3,6].

O enfermeiro é o profissional mais indicado para realização da classificação de risco, não só no Brasil, como em muitos outros países, pois apresenta qualidades técnicas, generalistas, o que permite facilitar os processos, promover o atendimento rápido por prioridades de risco, melhorando a qualidade dos atendimentos, além de reduzir agravos para os pacientes [5,6].

O enfermeiro possui papel determinante na inclusão da Classificação de Risco, nas redes de urgência e emergência. Os profissionais de enfermagem devem considerar que o uso do sistema de classificação de pacientes insere-se como método de gestão, para melhor priorizar e reorganizar o fluxo dos pacientes. A implantação do ACCR proporciona agilidade no atendimento a pacientes com quadro clínico grave e risco iminente de morte, uma vez que por meio da habilidade profissional é possível identificar sinais e sintomas que indicam situações de urgência e emergência e que precisam ser priorizadas [7].

A classificação de risco como um dispositivo de ordenamento, norteia o trabalho do enfermeiro buscando oferecer uma assistência de excelência em um espaço complexo e multifacetado como a emergência [2].

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. A Política Nacional da Atenção Básica o aponta como fundamento e diretriz, quando define que o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minimizar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede [8].

O conhecimento da demanda dos pacientes que frequentam o serviço de emergência constitui ferramenta de planejamento de ações em saúde [9]. Percebe-se o quanto há de desafio no que se refere à área de urgência e emergência, dado o seu perfil de ambiente crítico, instável e estressor, vivenciado pela equipe multiprofissional e usuários.

Neste contexto, o enfermeiro possui papel de norteador do processo de trabalho em urgência e emergência e no acolhimento de classificação de risco, possibilitando segurança para o paciente e equipe. O enfermeiro precisa saber primeiro acolher esse paciente, ou seja, escutar a queixa do paciente, para somente após, classificá-lo. Considera-se então que uma escuta qualificada resultará em um atendimento humanizado e necessário, perante a prioridade dos agravos existentes com risco de vida iminente. Enquanto enfermeira atuante em emergência e urgência constatou-se a necessidade de conhecer a demanda de atendimento, identificando dessa forma os principais atendimentos, otimizando o processo do cuidar e criando a possibilidade de se fazer um protocolo de atendimento em urgência e emergência.

O presente estudo teve como objetivo identificar a demanda de atendimento de urgência e emergência hospitalar, a partir da classificação de risco.

Material e métodos

Abordagem quantitativa, documental, retrospectiva, descritivo-exploratória e de campo. Realizou-se o levantamento através da consulta aos relatórios mensais de atendimentos na classificação de risco em emergência, de janeiro a julho de 2016, em um hospital de pequeno porte do Extremo Sul Catarinense, totalizando 1.067 atendimentos no período descrito.

Os critérios referentes ao sigilo, à confidencialidade e à proteção dos dados dos participantes da pesquisa foram adotados segundo os critérios das Resoluções nº 510, de 07 de abril de 2016 [10] e 466 de 2012 [11], que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, definidos pelo Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (UNESC) sob parecer 1.743.078/2016.

Resultados e discussão

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma importante ferramenta desenvolvida para promover melhorias na organização dos serviços de emergência, onde os atendimentos são realizados, conforme o grau de gravidade apresentado pelo paciente, por riscos de agravamento ou ainda pelo grau de vulnerabilidade dos mesmos [2,3,5].

O principal propósito é promover um atendimento mais qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de emergência [2,4,5].

Segundo a Resolução COFEN nº 423/2012, a classificação de risco e a priorização da assistência em serviço de emergência são privativas do enfermeiro. O enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico a execução do procedimento [6].

A classificação de risco classifica as condições de emergência como prioridade absoluta, seguidas das condições de urgência que, por sua vez, serão seguidas pelas condições que necessitam de atendimento, mas não necessariamente imediato, ainda que em um período curto, frequentemente provocado por algum tipo de risco ou sofrimento [4].

A classificação vermelha corresponde aos indivíduos em situação crítica, com quadro clínico instável e com risco de morte; prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato; a amarela àqueles em situação clínica semicrítica, estando estáveis ou sem risco de morte; prioridade 1 – urgência, atendimento em no máximo 15 minutos. A classificação verde caracteriza os pacientes em situação clínica não crítica, mas que podem evoluir para as condições do risco amarelo; prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 60 minutos; azul é representativo para pacientes sensíveis a atendimento, estritamente, ambulatorial, prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 4 horas, de acordo com a demanda desses atendimentos, ou referenciar para outra unidade [4,12]. Segundo o Conselho Regional do Estado de São Paulo, a cor laranja é classificada pelo protocolo de risco como muito urgente, necessitando de atendimento o mais rápido possível [13].

Com base nas 1.067 fichas dos relatórios mensais de atendimentos na classificação de risco em emergência, constatamos que apenas 1,31% desses atendimentos foram

classificados como emergências, recebendo a cor vermelha; 6,09% laranja considerado muito urgente, necessita atendimento o mais rápido possível e 34,86% foram classificados como urgências, os quais foram identificados com a cor amarela.

Na classificação da cor verde 28,68% indicou situação clínica não crítica, mas que podem evoluir para as condições do risco amarelo e 3,28% azul representativo de pacientes sensíveis a atendimento, estritamente, ambulatorial.

Destaca-se que 25,77% não foram notificados na classificação de risco, o que denota subnotificação.

Tabela I – Número de atendimentos na Emergência pela Classificação de Risco.

Classificação de Risco	Jan nº	Fev nº	Mar nº	Abril nº	Maiο nº	Jun nº	Total	%
Azul	13	4	4	5	4	5	35	3,28%
Verde	34	26	49	71	67	59	306	28,68%
Amarelo	51	50	74	68	81	48	372	34,86%
Laranja	12	11	11	9	13	9	65	6,09%
Vermelho	4	1	3	1	1	4	14	1,31%
Sem classificação	72	36	57	44	29	37	275	25,77%
Total	186	128	198	198	195	162	1067	100%

Fonte: Relatório mensal de atendimentos emergências, janeiro a julho 2016.

Pesquisa sobre Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro com avaliação de 5.629 fichas de atendimento indicou que 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, demonstrando a implantação incompleta do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no serviço[14], denotando resultados similares neste estudo.

Em relação às condições sensíveis que poderiam ser atendidas pela atenção primária no presente estudo encontraram-se 3,28% dos casos classificados como Azul pelo enfermeiro.

Os serviços de emergência são a porta de entrada de um grande número de usuários que muitas vezes a identificam como uma forma de resolução rápida de seus problemas. Essa demanda torna-se cada vez mais complexa, além de superlotar as emergências [15].

Em pesquisa sobre o grau de complexidade assistencial dos pacientes em um pronto-socorro houve predomínio de pacientes classificados à necessidade de cuidados mínimos, e isso, pressupõe a inadequação do fluxo de atenção dos serviços de saúde e consequente utilização equivocada da atenção hospitalar, gerando número expressivo de atendimentos que, possivelmente, poderiam ser sanados em serviços de menor densidade tecnológica [16].

Essa realidade é determinante para a superlotação do serviço, onde se verifica que grande parte dos atendimentos não são casos agudos, mas sim crônicos, ou seja, atendimentos eletivos, o que descaracteriza os serviços de emergência, que visam ao atendimento de casos graves, onde há risco de vida. A procura por esses serviços, de forma errônea, compromete o andamento das unidades de emergências e isso acontece principalmente por falta de uma maior orientação da população e pela insuficiente estruturação das redes de atenção básica [5,7,14].

A demanda de baixa complexidade poderia ser acolhida pela unidade básica de saúde (UBS) da área de residência do usuário, o que aponta para a necessidade da orientação da comunidade quanto à utilização correta dos serviços de emergência. A facilidade ao acesso da medicalização e a resolução dos pequenos problemas de saúde, nas unidades de emergências, faz com que os usuários, mesmo sem a necessidade de atendimento de urgência e emergência, busquem o atendimento nestes setores [9].

A busca de atendimento nos serviços de urgências e emergências está relacionada pelas dificuldades dos usuários na marcação e realização de consultas, nos encaminhamentos e realizações de exames, nos horários de funcionamento reduzidos, coincidindo muitas vezes com o horário de trabalho, as diversas especialidades com diferentes complexidades e atendimento nas vinte quatro horas [15].

O desconhecimento do funcionamento do acolhimento com classificação de risco pelo usuário foi detectado como um entrave, pois o usuário está condicionado a acessar a emergência por ordem de chegada [17].

As dificuldades inerentes à classificação de risco estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, despreparo das equipes para realizar a classificação de risco, estrutura física inadequada, falta de espaço para atender os usuários com privacidade e de forma humanizada dificultando a implantação desse sistema na emergência [17].

O serviço hospitalar de urgência e emergência é o local de primeira escolha para solucionar situações de agravos à saúde. A superlotação na emergência constitui um fenômeno contemporâneo que está presente nas diversas partes do mundo, e suas causas e consequências ocasionam forte impacto sobre a gestão clínica e a qualidade do atendimento [18]. A superlotação nos serviços de emergência repercute diretamente na infraestrutura, nos recursos materiais, na sobrecarga dos profissionais e conseqüentemente no desvio de função. Por tratar-se de um setor de alta complexidade faz-se necessário realizar capacitação dos enfermeiros para um acolhimento qualificado e resolutivo, refletindo em uma classificação de risco nas redes de urgência e emergência eficaz [7].

Motivo do atendimento emergencial

O motivo do atendimento emergencial, segundo a classificação dos enfermeiros, envolveu em 31,02% dos casos a dor; 5,58% trauma; 1,35% picadura de aranha, inseto e cobra; 1,8% queda no domicílio; 0,51% queixas relacionada ao diabetes; 0,64% atendimento à gestante; 2,82% alterações do aparelho cardiocirculatório; 17,82% alterações do aparelho gastrointestinal; 15,9% alterações do aparelho respiratório; 4,36% alterações do aparelho neurológico; 2,37% alterações da pele; 2,05% alterações do aparelho urinário; 7,82% febre e 2,69% outros sintomas; 3,27% alterações mentais.

Tabela II – Motivo do atendimento emergencial

Motivo do atendimento emergencial	nº	%
Dor	484	31,02
Dor região abdominal	105	6,73
Cefaleia	90	5,77
Dor lombar	56	3,59
Dor membros inferiores e superiores	30	1,92
Dor torácica	35	2,24
Dor epigástrica	31	1,99
Dor no peito	25	1,6
Dor ouvido	22	1,41
Dor relacionada a trauma	21	1,35
Outras queixas dor	69	4,42
Trauma	87	5,58
Acidente trânsito	33	2,12
Outros traumas	54	3,46
Picadura	21	1,35
Picada de aranha	15	0,96
Picada de inseto	3	0,19
Picadura de cobra	3	0,19
Queda no Domicílio	28	1,8
Diabetes	08	0,51
Atendimento emergencial a gestante	10	0,64
Alterações do aparelho cardiocirculatório	44	2,82
Hipertensão	26	1,67
Outros	18	1,15
Alterações do aparelho gastrointestinal	278	17,82
Alterações do aparelho respiratório	248	15,9
Alterações do aparelho neurológico	68	4,36
Alterações da pele	37	2,37
Alterações do aparelho urinário	32	2,05
Febre	122	7,82
Outros sintomas	42	2,69
Alterações mentais	51	3,27
Crise nervosa surto psicótico	21	1,35
Depressão	25	1,60
Outros	5	0,32
Total	1560	100%

Fonte: Relatório mensal de atendimentos emergências, janeiro a julho 2016.

Dor na emergência

Em relação à dor, destaca-se que a de caráter abdominal contribuiu com 6,73% pelo motivo de procura pelo atendimento na emergência; 5,77% queixa de cefaleia e 3,59%, de lombalgia.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ao dano tecidual real ou potencial, a dor inibe a função imunológica e tem efeitos deletérios sobre o sistema cardiovascular, a dor pode ser somática ou visceral, aguda ou crônica ou gerada por mecanismo central ou periférico [19].

Pesquisa relacionada ao grau de complexidade assistencial dos pacientes atendidos na emergência apresentou 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% dos atendimentos. A classificação da cor verde foi a mais prevalente dentre os atendimentos analisados, 50,7% 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%) [14].

Segundo a Rede de Urgência e Emergência, os sinais vitais alterados, com dor intensa; rigidez de nuca; alteração do nível de consciência; sinais neurológicos focais: parestesia, parestesias, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio equilíbrio; PAS \geq 190 ou PAD \geq 120mmHg, podem ser classificadas como de nível vermelho (emergência), sendo necessário atendimento imediato [20].

Os sinais vitais normais; dor moderada com náuseas e/ou vômitos; quadro de crise hipertensiva caracteriza-se como amarelo (urgência), devendo ocorrer atendimento em no máximo 15 minutos. Os sinais vitais normais; dor leve; dor facial com rinorreia purulenta; relato de febre; sem fatores de risco classifica-se como verde (prioridade não urgente), com atendimento em até 60 minutos [20].

Trauma e acidente trânsito

O motivo de atendimento na emergência por trauma relacionado ao acidente trânsito ocorreu em 2,12% dos casos.

O trauma representa a terceira causa de mortalidade no mundo, superada apenas pelas neoplasias e doenças cardiovasculares [21].

Dentre as várias causalidades, destacam-se os diversos traumas, por quedas e acidentes de trânsito, sendo esse último alvo de grande preocupação no Brasil e no mundo, pelo elevado número de vítimas jovens que atingem e pelos impactos sociais, econômicos e pessoais que provocam [22].

Queda no domicílio

A queda no domicílio foi responsável por 1,8% de procura por atendimento na emergência, denotando a necessidade de estratégias de prevenção de risco para queda no ambiente domiciliar.

As quedas representam um grave problema de saúde pública, merecem destaque por figurarem entre as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. As quedas atingem qualquer sexo, idade, condição socioeconômica ou quaisquer outros atributos [23,24].

Em pesquisa sobre as características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência, 54,6% das quedas ocorreram na residência, sendo necessária a implantação de estratégias para a prevenção das quedas particularmente em residências, escolas e ambientes de trabalho [23].

Existe associação de diversos fatores relacionados à queda no domicílio, e as intervenções e cuidados preventivos devem abranger o controle medicamentoso, educação em saúde, exercícios e atividades físicas, acessibilidade, manutenção da capacidade funcional e o suporte de uma equipe multiprofissional [25].

Hipertensão e diabetes

A hipertensão arterial foi motivo de atendimento em 1,67% dos casos na emergência e complicações relacionadas à diabetes em 0,51% dos atendimentos.

A hipertensão é uma doença da regulação vascular, em que os mecanismos que controlam a pressão arterial dentro da faixa normal estão alterados. A pressão arterial fica alta quando o aumento do débito cardíaco está aumentado e a diabetes melito é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia e resulta na produção, secreção ou utilização deficiente de insulina [19].

De acordo com a Rede de Urgência e Emergência, a PAS \geq 220 ou PAD \geq 130 mmHg com qualquer sintoma é considerada uma emergência, classificada como vermelho, emergência hipertensiva, com necessidade de atendimento imediato. A PAS \geq 220 ou PAD \geq 130 mmHg sem sintomas; PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130 mmHg com sintomas é classificado como urgência hipertensiva, amarelo. A classificação verde prioridade não urgente estabelece-se com a PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130 mmHg sem sintomas [20].

As patologias citadas são perigosas e silenciosas podendo trazer sérios danos à saúde quando não diagnosticadas precocemente e tratadas. São motivos comuns de procura no atendimento hospitalar.

Picadura

O controle de picaduras em zona rural é essencial para evitar complicações, em 0,19% dos casos foi atendido na emergência picadura de cobra e inseto; 0,96% de aranha.

Os acidentes causados pelos animais peçonhentos são considerados emergência clínica, pois podem evoluir para o óbito do indivíduo. Ocorrem principalmente nos países tropicais, o acidente ofídico é o acidente mais grave [19].

Atendimento emergencial à gestante

A equipe de enfermagem deve estar capacitada para o atendimento emergencial às gestantes, pois no presente estudo estes casos contribuíram com 0,64% dos atendimentos.

O trabalho de parto é definido como contrações regulares associadas a alterações do colo após 20 semanas de gestação e antes de 37 semanas completas de semanas. O TPP (trabalho de parto) pré-termo é a causa mais comum de mortalidade neonatal [19].

O enfermeiro, quando realiza o acolhimento à gestante, precisa ter conhecimento técnico científico, saber identificar sinais e sintomas das alterações gravídicas, com agilidade, para conseguir evitar complicações maiores, podendo intervir precocemente.

Alterações mentais

A reforma psiquiátrica com a inclusão do hospital geral no atendimento de urgências em saúde mental pressupõe o preparo da equipe de saúde da rede para o atendimento destes casos [26]. No presente estudo, 3,27% da demanda foi relacionada às alterações mentais.

As urgências de saúde mental têm sido caracterizadas como uma questão crítica, pois é crescente a demanda, requisitando ao profissional, um atendimento ético e comprometido. Os serviços de emergência são portas de entrada para o atendimento de risco e tentativa de suicídio, por exemplo, exigindo preparo da equipe com observação da situação e o atendimento dos agravos à saúde [3].

A depressão obteve um percentual de 1,60% dentre as alterações mentais e a crise nervosa 1,35%.

Esta é considerada um grave problema de Saúde Pública [26-28]. Estudo [26] demonstrou a falta de capacitação da equipe multiprofissional para a assistência ao paciente com depressão na emergência; sendo necessária a capacitação da equipe para o acolhimento dos pacientes e a organização da rede do serviço de Saúde Mental, de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização [26].

Sintomatologia associada à procura de atendimento na emergência

Quanto à sintomatologia associada à procura de atendimento na emergência, 17,82% relacionaram-se às alterações do aparelho gastrointestinal; 15,9% aparelho respiratório; 4,36% aparelho neurológico; 2,37% alterações na pele; 2,05% alterações do aparelho urinário e 7,82% febre.

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% das queixas, sinais típicos de diagnóstico de acidente vascular cerebral [14]. Já neste estudo os motivos de procura pelo atendimento na emergência com alterações do aparelho neurológico apontaram 4,36%.

Pesquisa ainda indicou desconforto respiratório intenso e queixa de dor torácica/epigástrica alcançando um percentual de 15,7% cada [14]. No presente estudo, os motivos de atendimento emergencial relacionados às alterações do aparelho respiratório tiveram um percentual de 15,9% e alterações do aparelho gastrointestinal 17,82%.

Politraumatizados graves representaram 11,8% dos atendimentos classificados com a cor vermelha [14]. O trauma neste estudo representou um percentual de 5,58%.

A queixa relacionada à febre também esteve entre as principais causas de atendimento (14,3%) [14].

A exaustão térmica é a inadequação ou colapso da circulação periférica devido à depressão do volume e eletrólitos, a exaustão é uma alteração relacionada à erupção, câimbras, edema, todos causados pelo calor, sendo necessário identificar os indivíduos com maior risco de exaustão térmica de modo que possam ser atendidos de forma preventiva [19].

Os serviços de emergência configuram-se como portas de acesso à assistência à saúde, destinados àqueles que apresentam agravos clínicos ou cirúrgicos agudos. Desse modo, há uma quantidade variável de usuários que recorrem ao serviço de emergência com diferentes níveis de gravidade, algumas das quais podem ser fatais e requerem intervenção imediata para aumentar as chances de sobrevivência e sucesso terapêutico [29].

O acolhimento com classificação de risco constitui-se numa ferramenta que permite maior racionalidade nos serviços de saúde e auxiliam na excessiva demanda do serviço de emergência atendendo o usuário de acordo com suas necessidades, a partir de uma escuta humanizada pelo enfermeiro que é responsável por esse acolhimento nas portas de entrada [18].

A implantação dessa ferramenta de gestão contribui exponencialmente com a tentativa de diminuição da superlotação. A partir da realização do acolhimento com classificação de risco é possível determinar quais casos realmente necessitam de atendimento no âmbito hospitalar, bem como quais casos deverão ser encaminhados à atenção primária em saúde, ou ainda aqueles que deverão ser referenciados para outras unidades de saúde [18].

O enfermeiro possui papel determinante na inclusão da classificação de risco nas redes de urgência e emergência [7] por deter conhecimentos clínicos e habilidades comunicacionais que os tornam mais bem preparados para realizar a classificação de risco [30]. Desse modo, podem coordenar a equipe de enfermagem, supervisionar o fluxo de usuários, encaminhando o paciente para a área clínica mais adequada para seu quadro clínico [17].

O enfermeiro enquanto responsável pela classificação de risco tem autonomia para decidir sobre a continuação do cuidado de cada usuário, direcionando, orientando e operacionalizando o ACCR, contribuindo para a maior agilidade do atendimento, diminuição das grandes filas de espera e proporcionando atendimento ordenado e resolutivo [30].

O acolhimento com classificação de risco é considerado uma importante ferramenta na priorização dos casos graves proporcionando segurança ao enfermeiro na identificação dos riscos [31].

Conclusão

Através deste estudo, foi possível caracterizar a classificação de risco na emergência realizada pelo enfermeiro e o motivo da procura pelo atendimento na emergência. Segundo os dados do relatório mensal de atendimentos, ocorreram 1.067 atendimentos nos meses de janeiro a julho de 2016 no hospital pesquisado. A classificação de risco caracterizou-se com 1,31% dos atendimentos classificados como emergências, recebendo a cor vermelha; 6,09% laranja, considerado muito urgente, necessitando atendimento o mais rápido possível e 34,86%

foram classificados como urgências, os quais foram identificados com a cor amarela. Na classificação da cor verde, 28,68% indicaram situação clínica não crítica, mas que podem evoluir para as condições do risco amarelo.

Na classificação de risco, 3,28% foi identificado como azul representativo de pacientes sensíveis a atendimento, estritamente, ambulatorial, o que denota a inadequação do fluxo de atenção dos serviços de saúde e conseqüentemente superlotação das emergências.

Destaca-se ainda que 25,77% não foram notificados na classificação de risco, demonstrando a implantação incompleta do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no serviço, o que poderia aumentar o número de registro de casos de condições sensíveis que poderiam ser atendidas pela atenção primária.

Os diversos motivos de atendimento demonstraram a complexidade assistencial dos pacientes atendidos no setor de emergência, 31,02% dos casos referidos envolveram a dor.

Desta forma os resultados apontam a necessidade de qualificar os registros realizados do acolhimento com classificação de risco, evitando, desta forma, a subnotificação.

Considera-se a partir dos resultados da pesquisa, a necessidade de capacitação dos enfermeiros, para operacionalizar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, bem como a reestruturação dos serviços de referência e contra-referência.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56 p.
2. Santos MA. Acolhimento com Classificação de Risco: um fio guia da administração em emergência. *Rev Saúde e Desenvolvimento* 2014;6(3):56-69.
3. Santos MN, Soares OM. Urgência e emergência na prática de enfermagem. Porto Alegre: Moriá; 2014. 1632p.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS; 2015. 400 p.
5. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. *Caderno Saúde e Desenvolvimento* 2013;2(2):25-44.
6. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 423/2012. Normatiza no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos, 2012. [citado 2016 Nov 26]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html.
7. Damasceno FPC, Silva LG, Menezes MO, Silva DP. Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. *Ciências Biológicas e da Saúde* 2014;2(2):45-58.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev Latinoam Enferm* 2011;19(3):548-56.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. [citado 2016 Out 30]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [citado 2017 Dez 30]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
12. Oliveira TA, Pinto KA. Acolhimento com Classificação de Risco e acesso em Serviço de Emergência: avaliação de usuários. *Cienc Cuid Saude* 2015;14(2):1122-9. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v14i2.22897>
13. Coren-SP. Conselho Regional do Estado de São Paulo. Parecer Coren-SP 001/2012. [citado 2016 Nov 26]. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_1_0.pdf.
14. Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo MEE, Dal Pai D. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. *Cienc Cuid Saude* 2013;12(1):80-7. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v12i1.18694>

15. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. *Rev Latinoam Enferm* 2013;21(2):500-6.
16. Eberhardt TD, Casarolli ACG, Nicola AL, Oliveira JLC. Grau de complexidade assistencial dos pacientes em um pronto-socorro: subsídio para a gerência de enfermagem. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde* 2015;6(3):2471-81.
17. Silva IB, Esteves YA, Castro MCS. Humanização no atendimento de Emergência através da Classificação de Risco: uma revisão de literatura. *Rev Eletrônica Estácio Saúde* 2016;5(1):157-72.
18. Oliveira GS, Jesus RM, Lima DM, Mendonça IO, Ribeiro HL. Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit* 2017;4(2):115-26.
19. Nettina SM. *Prática de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
20. Pacheco MAB (Org.). *Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE*. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: UNA-SUS/UFMA; 2015. 42f.
21. Nogueira JM, Oliveira SMC. Análise epidemiológica das vítimas de trauma. *Rev Movimenta* 2014;7(3):738-49.
22. Bezerra YCP, Matos GSS, Costa JS, Medeiros RLMF. Politraumatismo: conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca das práticas assistenciais. *Rev Enferm UFPE* 2015;9(11):9817-25.
23. Malta DC, Marta MMA, Mascarenhas MDM, Sá NNB, Morais Neto OL, Bernal RTI et al. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):128-37. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102012000100016>
24. Abrantes KSM, Menezes TN, Farias MCAD, Silva MIL, Rolim VE, Macedo Junior H, et al. Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *ABCS Health Sci* 2013;38(3):126-32.
25. Furlaneto DPD, Ceretta LB, Soratto MT. Risco de quedas em idosos. *RIES* 2015;4(2):121-36.
26. Vieira JR, Ceretta LB, Schwalm MT, Dagostin VS, Soratto MT. Assistência da Equipe Multiprofissional em Pacientes com Depressão atendidos no Pronto Socorro. *Inova Saúde* 2013;2(1):33-46.
27. Souza BF, Pires FH, Dewulf NLS, Inocenti A, Silva AEBC, Miasso AI. Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(1):61-8. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342013000100008>
28. Generoso JM, Simon RA, Rick ER, Feltrin JO, Soratto MT. A Vivência dos familiares de pacientes com depressão. *Inova Saúde* 2014;3(1):1-20.
29. Godoi VCG, Ganassin GS, Inoue KC, Gil NLM. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. *Cogitare Enferm* 2016;21(3):1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i3.44664>
30. Oliveira JLC, Souza VS, Inoue KC, Costa MAR, Camillo NRS, Matsuda LM. Atuação do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco: um estudo de metassíntese. *Cienc Cuid Saude* 2016;15(2):374-82. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i2.28573>
31. Hermida PMV, Jung W, Nascimento ERP, Silveira NR, Alves DLF, Benfatto TB. Classificação de risco em unidade de pronto atendimento: discursos dos enfermeiros. *Rev Enferm UERJ* 2017;25:e19649. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.19649>