



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Catarina Ferreira Pontes¹, Gerlane Cristinne Bertino Vêras²

RESUMO

Objetivou-se avaliar o tempo de espera do paciente para o atendimento de enfermagem e médico de acordo com a classificação de risco no Hospital Universitário Júlio Bandeira, localizado na cidade de Cajazeiras-Paraíba. A amostra foi composta por 24.971 casos registrados de atendimento no setor de urgência e emergência no período de outubro de 2017 a setembro de 2018. Para a coleta de dados, utilizou-se o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários e ferramentas de *Business Intelligence*. Constata-se que o tempo de espera para atendimento de enfermagem e médico corresponde às orientações das diretrizes do protocolo de classificação de risco e que em sua maioria foi classificado como de menor urgência, não sendo a prioridade da instituição por ser de média complexidade, o que sugere-se ser em decorrência de fragilidades apresentadas pela atenção primária à saúde, que não consegue atender a demanda da população que necessita de assistência de baixa complexidade, interferindo negativamente no fluxo de atendimento do hospital e por vezes insatisfação da população por não compreender adequadamente o sistema por classificação de risco.

Palavras-chave: classificação de risco; tempo de espera; hospital pediátrico.

¹Aluna do curso de Enfermagem, Unidade Acadêmica de Enfermagem, UFCG, Cajazeiras, PB, email: catarinacoutinho@hotmail.com.br

² Mestra, Professora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras, UFCG, Campina Grande, PB, e-mail: gerlaneveras2@gmail.com

LOREM CLASSIFICATION OF RISK AND WAITING TIME FOR CARE IN A PEDIATRIC EMERGENCY AND EMERGENCY PEDIATRIC HOSPITAL

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the patient's waiting time for nursing and medical care according to the risk classification in the University Hospital Júlio Bandeira in the city of Cajazeiras-PB. The sample consisted of 24,971 registered cases of care from October 2017 to September 2018. Through the Management Application for University Hospitals and Business Intelligence tools, it was possible to analyze the information needed for the study. It was observed that the hospital waiting time corresponds to the guidelines of the protocol of classification of risk and that the majority of the visits referred to a lesser urgency, not being the focus of the care of medium complexity of a hospital. We noticed a fragility of basic care, as a result of the increasing number of low-complexity services, which besides increasing the cost of the sector, reduces the efficiency of the service, since the service is not performed according to the offer, besides impairment of the quality of care and health of the user, which is not fully realized.

Keywords: Risk rating; Waiting time; Pediatric hospital.

INTRODUÇÃO

O atendimento hospitalar deve oferecer resolutividade e responsabilidade para a demanda da população, utilizando as ações da Política Nacional de Humanização (PNH) e do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (QualiSUS), que é a implantação do acolhimento e triagem classificatória de pacientes no hospital, através da prioridade, avaliando o grau de risco, vulnerabilidade e sofrimento, e não mais por ordem de chegada na unidade, melhorando o fluxo, qualidade e eficiência do atendimento (BRASIL, 2006).

A utilização de protocolos no acolhimento com classificação de risco certifica um método dinâmico no momento da identificação dos usuários que precisam de atendimento de acordo com o risco e complexidade de agravos à saúde. O protocolo usado no serviço de saúde brasileiro é o Sistema de Triagem de Manchester (STM), que foi introduzido pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, que atua no treinamento dos enfermeiros responsáveis pela triagem, supervisão e fiscalização dos serviços de urgência e emergência (GBCR, 2015).

O STM utiliza cores que representam a gravidade do usuário e o tempo de espera para o atendimento, sendo a vermelha considerada de emergência, onde o paciente deve ser atendido de imediato; a laranja, muito urgente, podendo esperar até dez minutos; a amarela, urgente, esperando até sessenta minutos; a verde, pouco urgente, esperando até cento e vinte minutos; e a azul, não urgente, esperando até duzentos e quarenta minutos ou sendo encaminhado para outro serviço (SILVA, 2014).

O usuário ao procurar o serviço, deve ser recepcionado de forma humanizada, com posterior encaminhamento ao setor de triagem, para ser acolhido pela equipe de enfermagem. O enfermeiro ao consultá-lo, utiliza informações da escuta e analisa a história clínica do paciente, classificando-o segundo o potencial de risco e suas necessidades, estabelecendo o tempo de espera de acordo com a gravidade, para minimizar maiores danos à sua saúde (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010; COSTA; CAMBIRIBA, 2010).

Frente a este contexto e a observação de queixas de pacientes e seus acompanhantes/familiares em relação ao tempo de espera para o atendimento em hospitais de urgência e emergência que adotam o acolhimento com classificação de

risco, surgiu o interesse em realizar a pesquisa em tela, tendo como questão norteadora “O tempo de espera para o atendimento de enfermagem e médico encontra-se de acordo com as orientações recomendadas pela instituição?”. Espera-se com este estudo uma reflexão sobre a temática entre os profissionais e gestores no intuito de melhorar a qualidade da assistência com a satisfação das necessidades em saúde do indivíduo/família/comunidade, além de resguardar o profissional de saúde, ressaltando-se assim, a relevância social e acadêmica desta pesquisa.

Sendo assim, objetivou-se avaliar o tempo de espera do paciente para o atendimento de enfermagem e médico de acordo com a classificação de risco.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de base documental, exploratório e descritivo de abordagem quantitativa.

Na descrição da investigação empregou-se a diretriz intitulada *Strengthening the Reporting of observational Studies in Epidemiology* (STROBE), que permite a criação de relatórios compreensíveis e abrangentes de pesquisas quantitativas, baseando-se em uma lista de verificação com itens específicos que abrangem os componentes necessários do projeto, que devem ser relatados e possibilitam ao pesquisador descrever aspectos, métodos e contexto do estudo, achados, análises e interpretações (MALTA *et al.*, 2010).

O *locus* da pesquisa foi o Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUJB, localizado no município de Cajazeiras – Paraíba. Teve-se como população e amostra, 24.971 casos registrados de atendimentos no período de outubro de 2017 a setembro de 2018.

Como critério de inclusão, casos registrados de atendimentos no setor de urgência e emergência; e de exclusão, os casos registrados que não respondiam aos objetivos do estudo, caso que não ocorreu.

Para coleta dos dados, realizada em local reservado, utilizou-se o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) e ferramentas de Business Intelligence (BI). Os dados foram dispostos em planilha e conferidos duplamente pelas pesquisadoras, para após serem analisados por meio de estatística descritiva, com auxílio do programa *Microsoft Office Excel*® 2007.

Ressalta-se que foram cumpridas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme as Resoluções Nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nas quais, incorporam os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando garantir os direitos e deveres dos envolvidos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

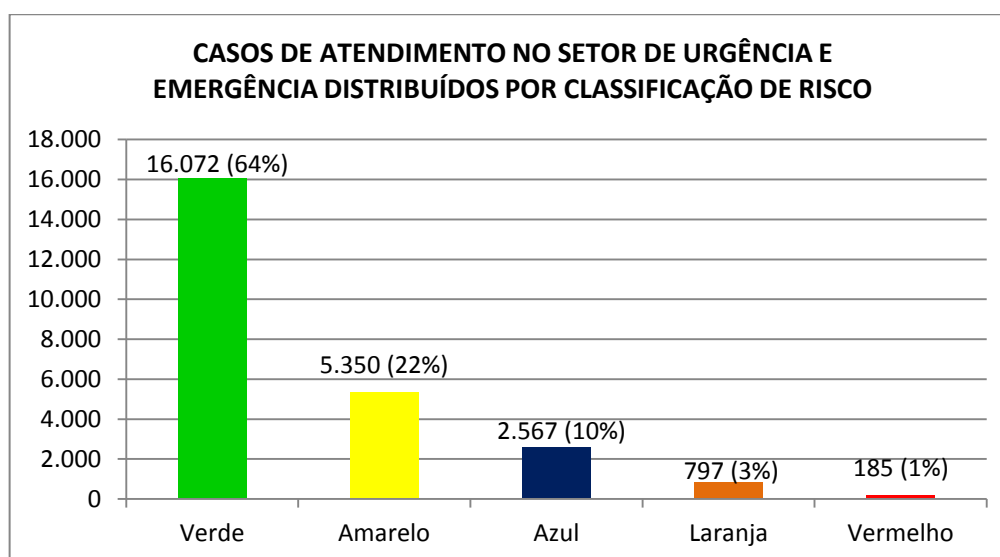
Trata-se de um recorte do estudo “Perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial em um hospital universitário” submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, sob parecer número 2.672.468.

DESENVOLVIMENTO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 24.971 casos registrados de atendimentos no setor de urgência e emergência que encontram-se distribuídos de acordo com a classificação de risco no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 – Distribuição dos casos registrados de atendimentos no setor de urgência e emergência por classificação de risco no período de outubro de 2017 a setembro de 2018 no HUJB. Cajazeiras - Paraíba, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

A *priori*, vale ressaltar que a classificação de risco tem por objetivo proporcionar uma resposta rápida ao paciente com problema agudo, que necessita de intervenção imediata. Porém, de acordo com os achados do estudo de Gehlen e Lima (2013), a falta de articulação dos serviços de saúde gera um problema de direcionamento dos usuários menos urgentes, mostrando a fragmentação da rede, o que corrobora com o estudo em tela.

Verifica-se que a maioria dos atendimentos foram de classificação verde (menor urgência), o que confirma o estudo de Duro *et al.* (2014) que ressalta que há grande demanda de atendimentos nos serviços hospitalares no país, em especial por casos não urgentes, que poderiam ser atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), o que sobrecarrega os serviços de urgência e emergência e produz um aumento no tempo de espera, resultando em uma superlotação, fluxo de atendimento mais lento e sobrecarga dos profissionais.

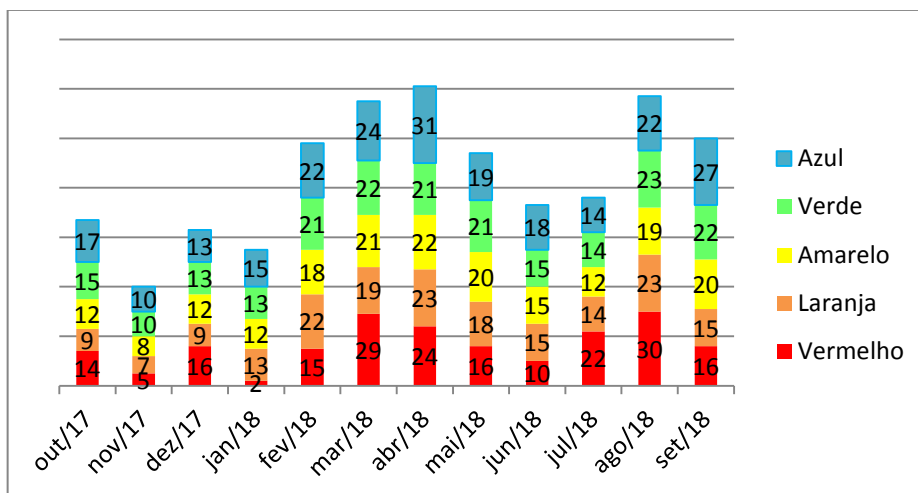
Constata-se que os usuários permanecem com a ideia do modelo hospitalocêntrico, não valorizando a assistência da APS e/ou não atribuindo ao serviço a possibilidade de satisfazer sua demanda e/ou fragilidades em seu conhecimento sobre as funções de cada serviço. Com isto, observa-se a necessidade de conscientização dos usuários por meio de ações educativas estratégicas para o empoderamento da população e conseqüentemente minimizar a sobrecarga da assistência hospitalar, otimizando o fluxo do serviço (MARCONATO; MONTEIRO, 2017).

Ressalta-se que os atendimentos de pacientes com menor complexidade devem ser assistidos pela atenção primária, que é a porta de entrada da assistência à saúde, pois não necessitam de uma abordagem rápida e de maior suporte tecnológico, devido ao nível de gravidade (DINIZ *et al.*, 2014).

Como justificativa para a procura por serviços de atenção especializada em detrimento à APS, Coelho e Stains (2016) referem que também pode ser em decorrência da Estratégia Saúde da Família (ESF) não está atendendo a demanda da população, inclusive por dificuldade de acesso ao serviço e falta de profissionais nas unidades, o que acaba por aumentar o custo do setor, reduz a eficiência do serviço, e prejudica a qualidade do atendimento do usuário (KRAEMER, 2013).

No Gráfico 2, verifica-se a distribuição do tempo de espera em minutos para atendimento de enfermagem (triagem) com classificação de risco.

GRÁFICO 2 – Distribuição do tempo de espera em minutos para o atendimento de enfermagem (triagem) com classificação de risco no período de outubro de 2017 a setembro de 2018 no HUJB. Cajazeiras - Paraíba, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

Ressalta-se que a triagem com Classificação de Risco no HUJB é realizada pela enfermagem, tratando-se de um procedimento complexo, cujo enfermeiro deve possuir conhecimentos específicos, competências e habilidades que garantam exatidão técnico-científica para realizar o procedimento, promovendo o atendimento do paciente por priorização, segundo o grau de risco, dispondo informações aos usuários sobre seu estado de saúde e o tempo que vai aguardar para ser atendido (COFEN, 2012).

De acordo com as informações obtidas e analisadas, os atendimentos registrados estão em consonância com o tempo de espera recomendado pelo protocolo de Manchester.

Constata-se que o tempo de espera para o atendimento de enfermagem na triagem nas classificações vermelha e laranja (emergência e muito urgente), encontra-se, por vezes, além do recomendado pela classificação de risco, o que pode ser decorrente do atendimento ficar “em aberto” (não ser finalizado) no sistema devido aos profissionais estarem prestando assistência ao paciente de forma imediata, como referido pela instituição (setor de informática) ao ser questionada sobre o assunto.

Evidencia-se também que no mês de abril houve um maior tempo de espera para a classificação azul em relação aos outros meses, o que pode ser justificado

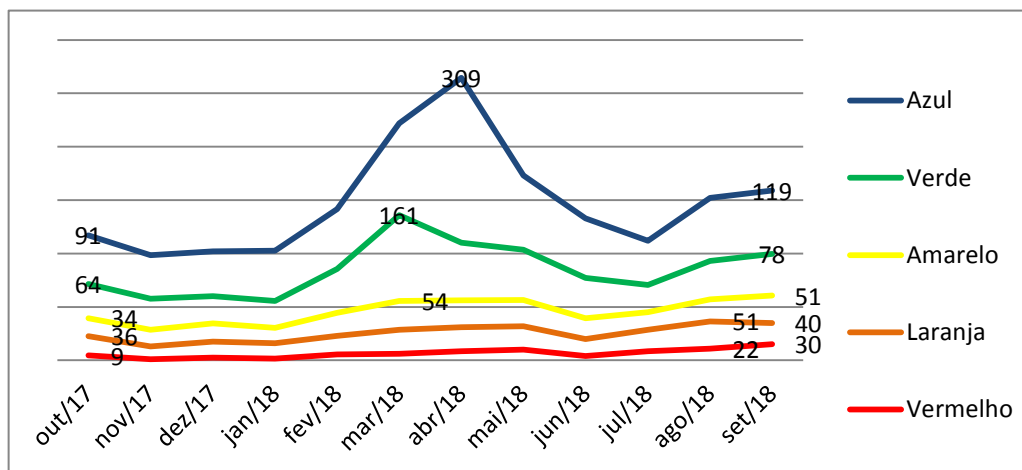
peelo aumento da quantidade de atendimentos mais urgentes, inclusive por ser um período em que ocorre mais adoecimento relacionado aos fatores ambientais na região. Como refere o estudo de Meneguessi *et al.* (2015), que afirma a maior incidência de doenças em determinados estágios do ano, de acordo com a localidade e suas características.

De acordo com Azevedo *et al.* (2017), as doenças sazonais no Brasil ocorrem com mais frequência em períodos chuvosos, o que vai ao encontro ao estudo em tela, e atingem os extremos das idades, em crianças e idosos.

Na região Nordeste as chuvas se intensificam nos períodos de março a junho e favorecem a disseminação de patologias específicas, como as respiratórias e as de transmissão hídrica (RUFINO *et al.*, 2016)

Visualiza-se no Gráfico 3 a distribuição do tempo de espera para consulta médica, em minutos, de acordo com a classificação de risco.

GRÁFICO 3 – Distribuição do tempo de espera para consulta médica, em minutos, de acordo com a classificação de risco no período de outubro de 2017 a setembro de 2018 no HUSB. Cajazeiras - Paraíba, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que o tempo decorrido após a realização da triagem pela equipe de enfermagem até o atendimento médico, segue as orientações das diretrizes de acordo com a classificação de risco. Corroborando com Chianca (2016), que ressalta, que o tempo de espera para atendimentos de acordo com a classificação de risco é um indicador de desempenho na assistência em urgência e emergência, o que melhora a condição clínica do paciente.

De acordo com a Resolução do CRM, nº 2.079 de 2014, o médico durante o atendimento, pode rever a classificação de risco, com a finalidade de reestabelecer prioridades para as próximas etapas de atendimento, utilizando a necessidade do momento do paciente, como fator que define o fluxo prioritário (CRM, 2015).

Atenta-se que o maior tempo de espera para o atendimento médico foi do período de janeiro a junho de 2018, em especial para as classificações azul, verde e amarelo, o que pode ser decorrente de maior priorização dos atendimentos com classificação laranja e vermelha. Apesar de o HUJB ser “porta aberta”, com atendimentos imediatos de acordo com a capacidade, os casos menos urgentes não são o foco da atenção secundária, que possui um suporte tecnológico mais avançado, para assistir pacientes mais graves.

CONCLUSÃO

Constata-se que o tempo de espera para o atendimento de enfermagem e médico no HUJB, mesmo nos períodos com maior número de casos mais urgentes, corresponde ao protocolo de classificação de risco estabelecido pela instituição, permitindo uma compreensão maior de como funciona o atendimento em ambiente hospitalar de acordo com o Sistema de Manchester.

Ressalta-se que o acesso às informações por meio do AGHU, foi positiva por permitir responder ao objetivo proposto. Contudo, averigua-se fragilidades na produção de estudos com a temática, em especial sobre o atendimento médico, sugerindo-se a efetivação de novas pesquisas.

Frisa-se que os resultados do estudo em tela serão compartilhados com a instituição hospitalar no intuito de auxiliar no planejamento de ações de educação em saúde para melhorar a compreensão do atendimento de urgência e emergência do HUJB, como também amparar os profissionais.

AGRADECIMENTOS

Ao HUJB, em especial ao funcionário David Oliveira Lopes, por ter recepcionado e fornecido informações essenciais para a elaboração do estudo e ao gerente de pesquisa e extensão professor Dr. José Ferreira Lima Júnior.

O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (PIVIC/CNPq - UFCG, 2018 - 2019).

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J.V *et al.* Análise das Variações Climáticas na Ocorrência de Doenças Respiratórias por Influenza em Idosos na Região Metropolitana de João Pessoa – PB. **Sociedade & Natureza**, João Pessoa – PB, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/3213/321351023010/index.html>. Acesso em: 1 jun 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boas práticas de humanização na atenção e na gestão do Sistema Único de Saúde: acolhimento e classificação de risco na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição** [Internet], 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510**, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46.

CHIANCA, T.C. *et al.* Tempos de espera para atendimento usando sistema de triagem de manchester em um hospital de urgência. **Rev. Mineira de Enf.** Viçosa, Minas Gerais, v. 20, 2016. DOI <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160058>. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1124>. Acesso em: 30 maio 2019.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 432/2012**. Normatiza no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de Classificação de risco, 2012.

Conselho Regional de Medicina. **Resolução CRM nº 2.079, de 16.08.2014**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Brasília – DF, 2014.

DURO, C. L. *et al.* Percepção dos Enfermeiros sobre a Classificação de Risco em unidades de Pronto Atendimento. **Revista Rene**, Porto Alegre, RS, p. 1-8, 26 maio 2014. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11536/1/2014_art_clmduro.pdf. Acesso em: 23 maio 2019.

GEHLEN, C.G; LIMA, M.A.D.S. O trabalho do enfermeiro na produção do cuidado em Unidades de Pronto Atendimento de Porto Alegre/RS. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 31, n. 1, p. 26-35, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jun 2019.

GBCR - Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. **Diretrizes para implementação do Sistema de Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**. 2. ed. 2015. Disponível em: <http://gbc.org.br/downloads>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

MENEGUESSI, G. M. *et al.* Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012.

Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2015, v. 24, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400014>. Acesso em: 8 jun 2019.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J; WINDLE, J. Grupo Brasileiro de Classificação de risco. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Belo Horizonte, 2010.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 03, p. 559-65, jun. 2010.

MARCONATO, R. S; MONTEIRO, M. I. Prioridades da classificação de risco em uma unidade de emergência e desfecho do atendimento. **Rev. Latino-Am.**

Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 25, e2974, 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100407&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2019.

RUFINO, R. *et al.* Surtos de diarreia na região Nordeste do Brasil em 2013, segundo a mídia e sistemas de informação de saúde – Vigilância de situações climáticas de risco e emergências em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 3 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.17002015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.17002015>. Acesso em: 28 jul. 2019.

SILVA, M. F. N. *et al.* Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 2, p. 218-225, Abr. 2014 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200218&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3172.2405>.