

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Cristiane Chaves de Souza - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

De forma rotineira, os serviços de urgência e emergência brasileiros apresentam demanda por atendimento maior do que os recursos assistenciais disponíveis. Este cenário leva à necessidade de se estabelecer um critério de priorização do atendimento, de modo a garantir a justiça clínica para o paciente. Neste sentido, a classificação de risco assume importância ímpar, pois tem como pressuposto a tomada de decisão lógica acerca do nível de gravidade do paciente para a gestão dos tempos de espera para atendimento⁽¹⁾.

Classificar pacientes quanto à gravidade clínica é inerente da prática de enfermeiros emergencistas. A atribuição de um grau de risco ao paciente é um complexo processo de tomada de decisão e escalas de classificação, também chamadas de sistemas ou protocolos de triagem têm sido desenvolvidos para guiar a avaliação do enfermeiro⁽²⁾. Dentre estes, destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester (STM), utilizado em muitos serviços de urgência e emergência brasileiros.

O atendimento seguro ao paciente em unidades de urgência e emergência inicia com a correta atribuição do nível de prioridade clínica, que é influenciado por diferentes fatores. Primeiro, destaca-se a importância de o enfermeiro utilizar corretamente o protocolo direcionador da classificação de risco. No Brasil, o órgão responsável por capacitar os enfermeiros no uso do STM é o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. A capacitação dos enfermeiros pode ser realizada por meio de curso presencial ou à distância. No entanto, destaca-se que, até o momento, não há estudos que avaliem se a capacitação recebida pelo enfermeiro para uso do STM é adequada. Estudo realizado na Espanha com 41 enfermeiros que possuem experiência na triagem de pacientes apontou que 65,8% dos enfermeiros julgavam ter tido treinamento deficiente para atuar na priorização de pacientes e, embora 48,7% dos enfermeiros tivessem sido considerados aptos para esta tarefa, 46,3% discordavam que estavam preparados para tal⁽³⁾.

Outro fator que influencia na indicação correta da prioridade clínica é a confiabilidade do protocolo direcionador da classificação. O STM tem se mostrado instrumento confiável, ou seja, capaz de reproduzir os mesmos resultados de classificação quando utilizados por diferentes enfermeiros. Estudo recente de metanálise mostrou que a confiabilidade do STM é substancial, e a concordância é maior entre enfermeiros especialistas em urgência e emergência, e quanto mais próximo o uso do protocolo do seu país de origem, a Inglaterra⁽⁴⁾. Destaca-se que no Brasil não há exigência do conselho de classe de que o enfermeiro tenha experiência prévia em serviços de urgência ou especialização na área para atuar na classificação de risco, o que deve ser repensado. Ressalta-se ainda que está em andamento estudo de adaptação cultural do STM para o português do Brasil, o que é importante para aumentar a confiabilidade do STM no país, que atualmente varia de moderada a substancial.

Por fim, é preciso destacar que a classificação de risco, por si só, não garante a gestão adequada dos tempos de espera para atendimento. Para além da classificação, é preciso que o serviço esteja organizado em fluxos assistenciais que garantam a continuidade do atendimento no serviço de urgência, e em outros pontos da rede assistencial. Os fluxos de atendimento são essenciais para que o acesso ao atendimento médico e recursos assistenciais ocorra nos tempos determinados pelo protocolo direcionador, de acordo com o nível de gravidade do paciente. Entretanto, ressalta-se que a classificação correta do paciente, atividade de responsabilidade do enfermeiro, é o primeiro passo para garantir a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência.

Referências

- 1- Aeenparast A, Farzadi F, Maftoon F. Waiting time for specialist consultation in Tehran. Arch Iran Med. 2012;15(12):756–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23199247>
- 2- Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H et al. Emergency Department Triage Scales and Their Components: a systematic review of the scientific evidence. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2015;19(42):2-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21718476>
- 3- CORUJO, FSJ. Emergency department triage: independent nursing intervention? Rev Enferm. 2014;37(3):24-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24851339>
- 4- Mirhaghi A, Mazlom R, Heydari A, Ebrahimi M. The Reliability of the Manchester Triage System (MTS): A Meta-analysis. J Evid Based Med. Accepted Author Manuscript. doi:10.1111/jebm.12231. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18573959>