

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS
ENFERMEIROS**

ELIZANGELA DE SANTANA SANTOS DIAS

FLORIANÓPOLIS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS
ENFERMEIROS**

ELIZANGELA DE SANTANA SANTOS DIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Curso de Especialização em Linha de Cuidados em Enfermagem - Eixo Temático de urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista, tendo como Prof^a. Orientadora: Dra. Keyla Nascimento.

FLORIANÓPOLIS

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO** de autoria da aluna **ELIZANGELA DE SANTANA SANTOS DIAS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Dra. Keyla Nascimento
Orientadora do TCC

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do TCC

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus;
A minha filha Beatriz Dias.

AGRADECIMENTOS

À Deus

Meu esposo

Minha família

Todos os enfermeiros do Pronto Atendimento - Centro de Saúde Rodrigo Argolo nos
anos 2008-2013

RESUMO

O presente estudo aborda sobre a Classificação de Risco, com conceitos desde o Acolhimento, passando pela Política Nacional da Humanização (PNH), funcionamento das Unidades de Urgências e Emergências, trazendo a importância da triagem de pacientes, e demonstrando de forma simples e sucinta o protocolo de Manchester, que nada mais é do que um protocolo de triagem utilizado para viabilizar o fluxo de atendimento desses pacientes. A partir da literatura estudada, percebendo a necessidade de uma assistência mais direcionada para o nosso dia a dia, surgiu o interesse em abordar tal tema e para poder refletir sobre essa importância, consideramos que a problemática desse estudo é: Identificar as dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros na implantação da Classificação de Risco nos serviços de urgência e emergência, tendo como objetivo: Evidenciar, a partir da literatura, a importância da Classificação de Risco, destacando que o cuidado humanizado dispensado aos pacientes torna-se mais eficaz quando desenvolvido para atingir a qualidade da assistência, que proporcionam recursos e facilidades para a sua progressiva recuperação e proporcionar ao paciente uma assistência diferenciada e de qualidade.

Palavras-Chave: Classificação de Risco; Acolhimento; Humanização.

ABSTRACT

The present study focuses on the Risk Rating with concepts from Home , through the National Humanization Policy (NHP) , run the Emergency and Emergency Units , bringing the importance of screening patients , and demonstrating a simple and brief the Manchester protocol, which is nothing more than a screening protocol used to facilitate the flow of patient care . From the literature studied , realizing the need for a more targeted assistance to our day to day interest in addressing this issue and to be able to reflect on this matter , we believe that the problem arose from this study is : To identify the difficulties faced by nurses the implementation of the Risk Classification in urgent and emergency services , aiming : Evidence from the literature , the importance of risk rating , noting that the humanized care provided to patients becomes more effective when developed to achieve quality assistance , providing resources and facilities to their gradual recovery and provide the patient with a differentiated and quality care .

Keywords : Risk Rating ; Home ; Humanization .

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 06 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 09 |
| 2.1 PROCESSO DE ACOLHIMENTO..... | 09 |
| 2.2 PNHAH - Política Nacional de Humanização..... | 10 |
| 2.3 UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA..... | 11 |
| 2.4 CONCEITO DE TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO..... | 13 |
| 2.5 PROTOCOLO DE MANCHESTER..... | 14 |
| 3 METODOLOGIA..... | 17 |
| 4 RESULTADO E ANÁLISE..... | 18 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 19 |
| REFERÊNCIAS..... | 21 |

1 INTRODUÇÃO

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (ABBÊS & MASSARO, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a triagem classificatória deverá ser realizada por meio de protocolos pré-estabelecidos, por profissionais de saúde de nível superior, com treinamento específico; sendo proibida a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico.

O Protocolo é um instrumento de apoio que visa à identificação rápida e científica do doente de acordo com critérios clínicos para determinar em que ordem o paciente será atendido. Trata-se de um modelo em que diferentes enfermeiros obtêm os mesmo resultados na análise do paciente, aumentando a agilidade e a segurança nos serviços de urgência (COREN PR, 2010).

Atualmente tem-se observado um desencontro na preconização das leis que regem o Sistema Único de Saúde-SUS fomentando uma atenção especial ao usuário. Isso fez com que uma crise do sistema de saúde no Brasil vem se perpetuando desde décadas remotas até ao nosso dia a dia.

A mídia como meio de veiculação de informações pontua diariamente em seus noticiários: filas, falta de recursos médicos, estruturas inadequadas, profissional insatisfeito, falta de segurança, falta de leito para retaguarda, demora nos repasses de incentivos financeiros. Maquiam um serviço de emergência/urgência hospitalar desfavorável ao atendimento, acolhimento, resolução da situação momentânea de saúde como serviços precários estando aquém do preconizado pelo SUS.

O interesse pelo tema da classificação de risco é recente, devido à precariedade do sistema de saúde ser o principal motivo que direciona uma demanda reprimida, desordenada e específica, tendo uma necessidade de direcionamento das prioridades.

Diante do exposto nasceu a necessidade de realizar uma revisão de literatura relativa ao assunto, visando compilar o conteúdo exposto na bibliografia da área, de

forma a elaborar um texto atualizado e sintético sobre o que os autores declaram acerca do tema e da sua aplicação à prática assistencial da enfermagem.

Diante desses fatos relevantes e percebendo a necessidade de uma assistência mais direcionada para o nosso dia a dia, surgiu o interesse em abordar tal tema. Para poder refletir sobre essa importância, consideramos que a problemática desse estudo é: Identificar as dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros na implantação da Classificação de Risco nos serviços de urgência e emergência. Desse modo, esse estudo teve como **objetivo**:

- Conhecer as dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros no processo da classificação de risco, enfocados nos periódicos científicos dos últimos cinco anos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PROCESSO DE ACOLHIMENTO

O acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas, partindo da intenção da eficácia no atendimento. Com o auxílio de protocolos preestabelecidos, orienta o atendimento de acordo com o nível de complexidade, e não por ordem de chegada, exercendo, dessa maneira, "uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos" (BRASIL, 2002).

Os objetivos do acolhimento com classificação de risco são "avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento; desbloquear o fluxo do pronto-socorro; diminuir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto prematuramente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades, conforme protocolo" (BRASIL, 2002).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, cabe, então, ao profissional do serviço de emergência, embasado em dados clínicos, em informações objetivas, subjetivas e experiência, avaliar qual paciente necessita de atendimento imediato e qual pode esperar. O processo de acolhimento com classificação de risco deverá ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (id, BRASIL, 2002).

Segundo Pires (2003), as descrições que constam na literatura sobre o acolhimento e a classificação de risco têm citado o profissional enfermeiro como o executor desse processo. A atuação do enfermeiro no serviço de acolhimento e classificação de risco, além de constituir uma nova área de atuação para esse profissional, possibilitará melhor gerenciamento de serviços de emergência, pois contribui para garantir o acesso

do paciente, diminuir o tempo de espera, diminuir o risco e ocorrências iatrogênicas e melhora a qualidade do atendimento (PIRES, 2003).

Na classificação de risco, procede-se a entrevista com o paciente, visando saber o motivo que o levou ao serviço de saúde; isto é, sinais e sintomas que o levaram a procurar consulta médica e, a com base nesta, realiza-se uma avaliação da necessidade do paciente com vista ao estabelecimento dos cuidados multiprofissionais demandados.

2.2 PNHAH - Política Nacional de Humanização

Segundo o Humaniza SUS, os avanços no campo da saúde pública brasileira, vistos em média há quase duas décadas, convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens.

Se por um lado, apontam avanços na descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde, por outro, a separação dos processos de trabalho comprometem a relação entre os diferentes profissionais de saúde e entre estes e os usuários, fragilizando o trabalho em equipe.

Portanto, para a construção de uma política de qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não devendo ser vista como um “programa” a mais, e sim, como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

A qualidade da atenção ao usuário no atendimento pelo profissional de saúde é um fator relevante que chega a ganhar mais destaque que a falta de médicos, falta de estrutura e falta de medicamento. Seu efeito é fortemente influenciado pela qualidade do fator humano e da comunicação e relação que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2001).

O PNH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições (BRASIL, 2001).

A maior expectativa do PNH é criar uma nova cultura de humanização, uma filosofia organizacional que promova a conjugação cotidiana do verbo humanizar (BRASIL, 2004).

2.3 UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM) define o termo urgência como uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Já o termo emergência é definido como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato (BRASIL, 1995).

De acordo com SHIROMA et al (2008), nos últimos dias o aumento da demanda as unidades de emergência se dá ao crescente e alarmante índice de violência urbana e acidentes automobilísticos, trazendo um forte impacto ao SUS, fazendo com que os serviços de emergências sem tornem desestruturados e sobrecarregados serviços tornado esta área uma das áreas mais problemáticas do sistema brasileiro de saúde.

NASCIMENTO et al (2011), complementa informando que a grande procura por atendimento nos serviços de urgência hospitalar tem inúmeras causas que podem estar associadas ao aumento de acidentes e da violência urbana, as questões socioeconômicas, a falta de leitos para internação na rede pública, o aumento da longevidade da população.

Conforme o Ministério da Saúde:

A atenção básica ocupou um segundo plano, com o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde centrada no hospital, nas especialidades médicas e na utilização de alta tecnologia. Esse modelo revelou-se caro e pouco eficaz para resolver os problemas sanitários da população brasileira. Por isso a consolidação do SUS exige não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas uma reestruturação da prática assistencial focada na organização de serviços básicos de qualidade e eficientes,

capazes de solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde (BRASIL, 2005, p. 10).

Até hoje no Brasil, o modelo de saúde vigente é o hospitalocêntrico, centrado no uso indiscriminado de tecnologias e baixa resolubilidade levando à insatisfação de gestores, profissionais de saúde e população (BRASIL, 2005).

No Brasil, a assistência à urgência é realizada principalmente nos tradicionais Pronto Socorros (PS) que ficam abertos 24 horas por dia, funcionando com portas de entradas do sistema de saúde, atendendo pacientes de urgência, pacientes não absorvidos pela atenção primária e as urgências sociais. Isso leva a superlotação e a desorganização no sistema, com prejuízo na assistência oferecida principalmente aos usuários que mais necessitam de cuidados (BRASIL, 2006).

A Portaria GM 2048/2012 alerta para uma preocupante realidade, na necessidade de escoar a demanda não absorvida pela atenção básica, com um crescente número de Pronto Atendimento (PA), com atendimento médico, mas sem estrutura e apoio de diagnósticos, sem elucidação diagnóstica, sem equipamento, sem estrutura e fora da rede de assistência, colaborando para um atendimento de baixa qualidade sem resolutividade, oportunizando um retorno para estas unidades de saúde (id, BRASIL, 2006).

SHIROMA et al (2008), define os pronto atendimentos e as Emergências hospitalares como os locais com possibilidade, e perfil, para atender às demandas de forma mais rápida, local e dinâmica. Mesmo com superlotação e impessoalidade atuando sobre a queixa principal do usuário, agrupa um quantidade de serviços que não são encontradas da rede de atenção básica (medicamentos, radiologia, laboratório, profissionais especializados).

2.4 CONCEITO DE TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde embasam a consulta de enfermagem na coleta de dados através do Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de

Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem (COREN, 2011).

O COFEN através da resolução nº423/2012 confere privativamente ao enfermeiro a classificação de risco e a priorização do atendimento em Serviços de Urgência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução.

De acordo com COSTA et al (2010), os sistemas de triagem tem o objetivo de organizar as demandas, que vão as emergências em busca de atendimentos; os paciente direcionados por identificação de prioridades em segurança aguardam uma avaliação diagnóstica. Para suceder uma triagem estruturada, faz-se necessário a referência de um protocolo de classificação válido, que traz um algoritmo (árvores decisoriais) permitindo priorização da assistência, acrescido dos equipamentos, estrutura física e habilidade profissional quanto ao risco.

Para ALBINO et al (2007), o serviço de triagem foi implementado as unidades de emergências na tentativa de amenizar a superlotação, garantindo cuidados imediatos e até antecipar uma internação. O enfermeiro em todo mundo é o profissional que após capacitação compete à realização da triagem. Em alguns países é concedida a autorização para o enfermeiro em antecipar com prescrição de oxigenioterapia e medicação oral, soroterapia ou até mesmo um eletrocardiograma, exame radiológico e de laboratório; complementa o atendimento com um encaminhamento para ambulatório ou referenciando para outra instituição hospitalar. Mas, para que isto ocorra é necessário um extenso conhecimento do perfil demográfico dos usuários, patologias, fisiopatologia, condições clínicas, cirúrgicas e psicossociais, para um estabelecimento seguro das prioridades.

ALBINO et al (2007), aponta para uma divergência entre o termo TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO, mensurando um valor antagônico para nós brasileiro que traduz a triagem como “o ato de mandar o paciente ir embora sem atendimento”. Isso é largamente atribuído aos períodos das greves de servidores, que selecionam os pacientes para atendimento. Portanto este termo, atualmente é bem aceito no Brasil. Ao contrário da Espanha que faz alusão da triagem apenas para situações de catástrofes. Por fim, o processo de recepção, acolhimento e classificação de risco são sinônimos de

triagem. Isso colabora para um atendimento seguro, com apoio emocional para as famílias, eficaz, tranquilo, informações claras, e um profissional empático no processo de acolhimento para classificação do risco.

2.5 PROTOCOLO DE MANCHESTER

O Sistema de Triagem de Manchester é uma metodologia científica que confere classificação de risco para os pacientes que buscam atendimento em uma unidade de pronto atendimento. O Sistema de Classificação de Risco (SCR) dispõe de 52 entradas, que se entende por fluxos ou algoritmos para a classificação da gravidade, avaliação esta codificada em cores. Os fluxogramas estão agrupados de forma a identificar sinais, sintomas ou síndromes que habitualmente motivam a ida do paciente a um Pronto Atendimento. (PORTAL DA ENFERMAGEM, 2011).

A Triagem de Manchester teve origem na Inglaterra, na cidade de Manchester. No Brasil, foi utilizado pela primeira vez em 2008, no Estado de Minas Gerais, como estratégia para reduzir a superlotação nas portas dos prontos-socorros e hospitais. Hoje, ele é acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos e é entendido como uma evolução no atendimento aos quem recorrem a um Serviço de Urgência.

Segundo a enfermeira Ana Paula Pancieri, Gerente Administrativa de um Pronto Atendimento em São Paulo:

“A grande vantagem desta Triagem é separar os casos verdadeiramente urgentes dos não urgentes e garantir o atendimento prioritário dos casos mais graves”, explica a enfermeira. Ela ainda informa que os pacientes deixam de ser atendidos pela ordem de chegada ao setor de urgência e passam a ser em função da gravidade da situação. “É um grande passo para a sistematização da assistência. O fato de os doentes estarem ordenados por prioridades é vantajoso para os profissionais, que passam a ter uma imagem clara do número de doentes que se encontram no setor e da sua gravidade, permitindo gerir as tarefas a atuar de forma mais correta e responsável”. (PORTAL DA ENFERMAGEM, 2011).

A Classificação de Risco é realizada com base em protocolo adotado pela instituição de saúde, normalmente representado por cores que indicam a prioridade clínica de cada paciente. Para tanto, algumas condições e parâmetros clínicos devem ser verificados. (id, BRASIL, 2009).

A classificação de risco deve ser executada por um profissional de nível superior, que geralmente é o enfermeiro que tenha uma boa capacidade de comunicação, agilidade, ética e um bom conhecimento clínico (id, BRASIL, 2009).

O paciente que chega à unidade é atendido prontamente pelo enfermeiro, que fará uma breve avaliação do quadro clínico do paciente utilizando o protocolo de Manchester, depois encaminha o mesmo para o local de atendimento. A classificação é feita a partir das queixas, sinais, sintomas, sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor, glicemia entre outros. Após essa avaliação os pacientes são identificados com pulseiras de cores correspondentes a um dos seis níveis estabelecido pelo sistema (SILVA, 2012).

A cor vermelha (emergente) tem atendimento imediato; a laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; o amarelo (urgente), 60 minutos; o verde (pouco urgente), 120 minutos; e o azul (não urgente), 240 minutos. (SILVA, 2012).



Fonte: <http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/>

Os fatores que determinam uma prioridade dentro do Protocolo Manchester são: Ameaça à vida; Ameaça à função; Dor; Duração do problema; Idade; História; Risco de maus tratos (PORTAL DA ENFERMAGEM, 2011).

Dentre os benefícios gerados através da avaliação pelo Protocolo Manchester, temos: Garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes; Acaba com triagem sem fundamentação científica; Só pode ser feita por enfermeiro ou médico; Garante a segurança do cidadão que será avaliado e do profissional de saúde; É rápido; Testada em vários outros países e prevê Auditoria (ANZILIEIRO, 2011).

Porém, existem vantagens e desvantagens atribuídas ao protocolo de Manchester, dentre elas: os pontos positivos, o reconhecimento internacional, sucesso na utilização em diferentes sistemas de saúde, fluxogramas lógicos e uniformes para tomada de decisão, realização de auditorias e manejo adequado dos pacientes em risco. Os pontos negativos, rigidez na metodologia, múltiplas queixas ou limitação na classificação de pacientes com sintomas atípicos, subestimação do nível de gravidade de pacientes com mais de 65 anos (ANZILIEIRO, 2011).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação de pesquisa bibliográfica com caráter exploratório e do tipo descritivo, segundo Marconi; Lakatos (1996, p. 57), o levantamento de dados é feito através destes métodos como primeiro passo para se iniciar uma pesquisa científica e se aproximar do conceito referente ao tema.

Neste trabalho foram utilizados artigos científicos, obras de acervo dos sites científicos da internet, fato relevante para o trabalho em questão, demonstrando de forma sólida todo o conteúdo apresentado. Utilizando-se os descritores: Climatério e Reposição Hormonal Feminina.

Segundo Gil (1999, p. 43) “pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”.

É do tipo descritivo, pois, segundo Andrade (2003, p. 124), o pesquisador não interfere nos fatos, ele estuda os fenômenos sem manipulá-los além do que, estes conceitos se completam com o objetivo desta pesquisa.

Essa pesquisa é um produto de modalidade assistencial que se utiliza da tecnologia da conduta, a escolha por esse tipo de pesquisa foi devido à necessidade de fundamentar teoricamente o tema escolhido e aprofundar as discussões sobre o tema.

Dessa forma, realizou-se uma busca bibliográfica cujo critério de inclusão e aporte teórico foi obtido por meio de consultas em artigos científicos de nível nacional extraídos na base de dados SCIELO publicados na internet. Foram selecionados os artigos que, em seus títulos, citassem a palavra "Classificação de Risco", bem como, artigos de revistas indexadas de acesso livre na Internet, livros, dissertações e teses nacionais que tratam do assunto.

Para fomentar e direcionar o objetivo principal deste trabalho que é “Conhecer as dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros no processo da classificação de risco” realizou-se a busca de material entre os meses de março até maio de 2014, onde foram utilizados como descritores (palavras-chaves): acolhimento, humanização da assistência hospitalar, Classificação de risco, Protocolo de Manchester, Programa Nacional de Humanização”. Todos os artigos publicados até março de 2014, escritos

em Português foram incluídos no estudo. Como critérios de inclusão dos artigos estabeleceram-se: artigos completos; publicados no período entre 2009 a 2014; disponíveis no idioma português e/ou inglês; indexados nas bases de dados mencionadas;

Foi realizada uma busca das publicações/artigos, principalmente dos últimos cinco anos, nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os critérios para a escolha das palavras-chave consistiram e aparecerem no título do artigo. Como critério de exclusão utilizou-se: artigos que não versassem tema relevantes para unidade de emergência e atividade do enfermeiro, bem como a classificação de risco.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

Para melhor compreensão dos resultados, foram identificados e analisados 20 artigos sobre a temática, de acordo com os critérios de inclusão. Alguns artigos foram escritos na língua portuguesa e outros em inglesa,(na língua portuguesa foram selecionados 13 artigos, quanto da língua inglesa 03 artigos) sendo da SCIELO, da PUBMED e as outras publicações pertenciam a mais de uma base de dados (SCIELO/PUBMED/MEDLINE ou/LILACS).

De acordo com os resultados encontrados pode-se perceber que a priorização da assistência, acrescido dos equipamentos, estrutura física e habilidade profissional quanto ao risco são as maiores dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros.

O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência. O protocolo não substitui a interação, o respeito, o diálogo, a escuta, por fim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para avaliação do seu potencial de agravamento. (BRASIL, 2009).

A construção de um protocolo de risco a partir daqueles existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, porém adaptado ao perfil cada serviço de saúde e a inserção de cada contexto na rede de saúde, é uma oportunidade de facilitação de interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da urgência. (id, BRASIL, 2009).

As potencialidades da Classificação de Risco estão retratadas em duas ideias centrais: prioridade e agilidade no atendimento e humanização no atendimento.

A prioridade e agilidade no atendimento é o primeiro contato com o usuário que chega ao serviço de emergência, classificando-o de acordo com o grau de risco que ele apresenta, baseado no protocolo de atendimento das Unidades. Priorizando os casos graves que necessitam de atendimento mais ágil, rápido e dinâmico e proporcionando à equipe uma segurança maior por saber que quem está ali fora pode aguardar um pouco mais pelo tratamento (NASCIMENTO et al, 2011).

A humanização está na oportunidade de que o usuário é acolhido no momento em que ele chega. A visão do profissional em relação a esse usuário dá-se de forma integral. Ele tem a possibilidade de ser ouvido, informado sobre a rotina hospitalar, possibilitando a esse usuário de ter algum atendimento (NASCIMENTO et al, 2011).

O acolhimento da classificação de risco como diretriz operacional, deve atender a todos que procuram o serviço, garantindo a universalidade de acesso, acolhendo e escutando os problemas de saúde da população na busca por resolvê-los. Além disso, deve reorganizar o processo de trabalho para qualificar a relação profissional/paciente por meio de subsídios humanitários, de solidariedade e cidadania (DAL PAI & LAUTERT, 2011).

Os objetivos principais da Classificação de risco são: Personalizar o atendimento; Avaliar o cidadão logo na sua chegada; Reduzir o tempo para o atendimento: o cidadão atendido no tempo certo de acordo com a sua gravidade; Determinar a área de atendimento adequada: o cidadão deve ser encaminhado ao setor ou ponto de atenção adequado; Gerenciar o tempo de espera; Retornar informações ao cidadão/familiares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiram concluir que a implementação do acolhimento com classificação de risco no SUS é um grande avanço para saúde pública, principalmente no que se refere ao atendimento eficiente e rápido aos pacientes mais necessitados.

A ordem de chegada já não é o que define a ordem de atendimento médico, e a utilização de protocolo na rede hospitalar juntamente com o acolhimento, tendem a cada dia melhorar o atendimento dos pacientes que procuram as unidades de saúde.

O enfermeiro em uma urgência e emergência deve saber quais são as disponibilidades dos serviços de saúde dentro das Unidades, obtendo a capacidade de articular e direcionar o atendimento ao serviço especializado. Permitindo, assim, caracterizar o fluxo dos usuários no sistema de saúde, como também avaliara a pertinência de encaminhamentos a outros sistemas que fazem parte da atenção à saúde.

A classificação de risco é um instrumento utilizado que busca a diminuição dos agravos à saúde, melhora o fluxo dos pacientes atendidos e proporciona maior resolutividade nas respostas ao paciente.

Percebe-se ainda, uma grande necessidade de avanço na capacitação e reflexão contínua, de forma a aprimorar e incentivar a padronização de condutas dos profissionais enfermeiros e planejamento nas ações que visem ao aumento da satisfação de ambas as partes.

REFERÊNCIAS

ABBÊS, Claudia. MASSARO, Altair. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2004. Disponível em:<http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/CI%C3%A1udia%20Abb%C3%AAs/texto84.pdf>. Acesso em: 02 abr 2014.

ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane. **Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade**. Florianópolis – SC. 2007. Disponível em:<<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>. Acesso em: 15 abr 2014.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 124.

ANZILIEIRO, Franciele. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de risco: revisão de literatura**. Porto Alegre. 2011. Disponível em:<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 abr 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6022**: informação e documentação: Artigo em publicação periódica científica impressa: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6023**: informação e documentação: Referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6024**: informação e documentação: Numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6027**: informação e documentação: Sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6028**: informação e documentação: Resumo: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 10520**: informação e documentação: Citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: Trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

_____. **NBR 15287**: informação e documentação: Projeto de pesquisa: apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1451**. Urgência, Emergência e Pronto Atendimento. Brasília: CFM, 1995.

_____. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS - Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar /Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Urgência e Emergência**: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS**: Acolhimento com Classificação de Risco: um paradigma estético no fazer saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf>.
Acesso em: 06 mai 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília-DF. Série B. Textos básicos em Saúde. 1ª Edição. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Parecer Técnico nº10, de 22 de fevereiro de 2007. **Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas**. Belo Horizonte (MG): Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais; 2007.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. **Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, Sept. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 11 APR 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300012>.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 43.

LOPES, Jenifer Britto. **Enfermeiro na Classificação de Risco em Serviços de Emergência: revisão integrativa**. Porto Alegre. 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37529/000822594.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 abr 2014.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996, p. 57.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do. et al. **Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência.** Revista eletrônica de enfermagem. 2011 out/dez;13(4):597-603. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>.

PIRES PS. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: "**Canadian Triage and Acuity Scale**" (CTAS) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

SILVA, Vinícius Pablo. [Protocolo de Manchester](#). blog A enfermagem. Matéria de 06 set 2012. Disponível em: <<http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/>>. Acesso em: 17 abr 2014.

SHIROMA, B. M. L; PIRES, P. E. D; REINITZR; S. K. **Reflexão acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no serviço de emergência.** In: Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem, 2., 2008, Curitiba, **Anais eletrônicos...** Brasília: ABEn, 2008. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITEen/Arquivos/N.102.pdf>>. Acesso em: 14 abril. 2014.

SOUZA CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. **Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan-fev 2011 [acesso em: 15/04/2014];19(1):[08 telas].