

**FACULDADE PATOS DE MINAS
ENFERMAGEM**

SHEILA GUIMARÃES

**PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM
AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
SERVIÇOS DE URGÊNCIA**

**PATOS DE MINAS
2010**

SHEILA GUIMARÃES

**PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM
AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
SERVIÇOS DE URGÊNCIA**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Luiz Fernando Dall' Piaggi

**PATOS DE MINAS
2010**

FACULDADE PATOS DE MINAS
SHEILA GUIMARÃES

PAPÉL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM
AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS
DE URGÊNCIA

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador:

Prof. Esp. Luiz Fernando Dall' Piaggi.
Faculdade Patos de Minas

Examinador:

Prof. Esp. Marcelo Marques Oliveira
Faculdade Patos de Minas

Examinador:

Prof. Esp. Luis Carlos Oliveira
Faculdade Patos de Minas

Dedico este trabalho a todos que
contribuíram e incentivaram sua
execução.

Agradeço primeiramente a Deus por sempre iluminar meu caminho.

Aos meus pais: Luiz e Lila pelo incentivo e apoio incondicional em todos os momentos desta caminhada.

Ao meu namorado Cláudio pela paciência e compreensão durante todo o tempo.

Ao meu orientador Luiz Fernando Dall' Piaggi pela competência e disponibilidade.

Aos professores pela dedicação e contribuição, principalmente a professora de TCC.

Aos colegas e amigos pelo carinho e ajuda.

“A vida desvanece-se em segundos, há quem se dedique a contrariar o destino há muito traçado.”

Autor desconhecido

RESUMO

O sistema de acolhimento com avaliação e classificação de risco é uma forma de reorganizar e reestruturar os serviços de urgência. Essa tecnologia visa um atendimento resolutivo e humanizado, fornecendo assistência de acordo com o grau de necessidade. O presente estudo teve como objetivo descrever o papel do enfermeiro no acolhimento com avaliação e classificação de risco nos serviços de urgência. Trata-se de um estudo de caráter exploratório através de revisão bibliográfica. A classificação de risco é um instrumento que garante o atendimento do usuário com risco de vida imediato, informa o paciente e familiares quanto aos riscos que eles correm, informa o tempo provável de espera, promove o trabalho em equipe, melhora as condições de trabalho, aumenta a satisfação dos usuários e integração da equipe. O enfermeiro é o profissional que executa esse sistema e oferece um atendimento sistematizado e altamente eficaz na resolução dos problemas de maneira efetiva e humanizada. Para a execução do acolhimento há necessidade de mudanças nas práticas de gestão e atenção, reconhecimento dos usuários do sistema, valorização do profissional de saúde, reorganização do serviço, equipe multiprofissional e mudanças estruturais. Com a implantação do modelo de classificação de risco realizado por enfermeiros a qualidade da assistência se tornará adequada, superando dificuldades como superlotação, filas enormes e demora no atendimento.

Palavras-chave: Acolhimento. Classificação de risco. Enfermagem.

ABSTRACT

The host system with assessment and classification of risk is a way to reorganize and restructure emergency services. This technology seeks a resolute and humane care, providing assistance in accordance with the degree of need. This study aimed to describe the nurse's role in the reception with assessment and classification of risk in emergency services. This is an exploratory study through literature review. The risk rating is a tool that ensures the service user at risk of life immediately, inform the patient and family about the risks he runs, says the likely waiting time, promotes teamwork, improves working conditions, increases user satisfaction and team integration. The nurse is the professional who performs this service system and offers a systematic and highly effective in solving problems in an effective and humane. To implement the host is no need for changes in management practices and attention, recognition of the users of the system, enhancement of health professional, reorganization of the service, multidisciplinary team and structural changes. With the implementation of the model risk rating provided by nurses to quality of care becomes appropriate, overcoming difficulties such as overcrowding, long lines and delays in care.

Keywords: Home. Risk classification. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quadro comparativo de protocolos de triagem.....	25
Quadro 2 -	Descrição da escala ATS segundo categoria, descrição e tempo estimado de avaliação médica.....	26
Quadro 3 -	Níveis de classificação da CTAS	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA	-	Associação Americana de Enfermagem
ATS	-	Australasian Triage Scale
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
COBOM	-	Corpo de Bombeiros
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	-	Conselho Regional de Enfermagem
CTAS	-	Canadian Triage Acuity Scale
ECG	-	Escala de Coma de Glasgow
ESI	-	Emergency Severity Index
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
FC	-	Frequência Cardíaca
FR	-	Frequência Respiratória
GBACR	-	Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco
HOB	-	Hospital Odilon Behrens
PA	-	Pressão Arterial
PAD	-	Pressão Arterial Diastólica
Paed CTAS	-	Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines
PAS	-	Pressão Arterial Sistólica
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PSF	-	Programa de Saúde da Família
QualiSUS	-	Política Nacional de Qualificação do SUS
RAC	-	Recepção, Acolhimento e Classificação de Risco
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

- SES-MG - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
- SOBET - Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma
- SP - São Paulo
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	METODOLOGIA	16
4	ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	17
4.1	Os serviços de urgência	17
4.2	Acolhimento	19
4.3	Classificação de Risco	22
5	PROTOCOLOS DE TRIAGEM	25
5.1	Escala de Triagem Australiana (<i>Australasian Triage Scale – ATS</i>)	27
5.2	Escala de Triagem Canadense (<i>Canadian Triage Acuity Scale - CTAS</i>)	28
5.3	Protocolo de Manchester (<i>Manchester Triage System – MTS</i>)	29
5.4	Escala de Triagem Americana (<i>Emergency Severity Index - ESI</i>)	30
5.5	Protocolos de classificação de risco no Brasil	31
6	PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA	34
6.1	Pré-requisitos necessários para implantação do Acolhimento e Classificação de Risco	36
6.2	Oficina para implementação do Acolhimento com Classificação de Risco no sistema de urgência	38
6.3	A enfermagem no processo de implantação	39
7	PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	42
7.1	Processo de Acolhimento e Classificação de Risco	46
7.2	Avaliação de Enfermagem	47

8 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**..... 50

REFERÊNCIAS..... 51

1 INTRODUÇÃO

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com sua gravidade e potencial de risco. Com a crescente demanda dos serviços de urgência, observa-se um enorme fluxo desordenado de usuários, tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho.

A tecnologia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco é um processo que propõe a reorganização do atendimento através de protocolo pré-estabelecido, o que determina agilidade e atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

O enfermeiro é o profissional responsável pelo acolhimento com classificação de risco, pois sua formação lhe dá apoio na valorização das necessidades do paciente. O processo de implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da triagem classificatória de risco deve ser realizado e acompanhado pelo enfermeiro, mediante treinamento específico.

Como oferecer qualidade no atendimento dos serviços de urgência de maneira rápida e resolutiva com identificação dos diferentes graus de necessidade de maneira humanizada? Essa foi a questão norteadora desse estudo. Espera-se que com a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, o enfermeiro possa oferecer ao cliente um atendimento sistematizado e altamente eficaz na resolução das queixas apresentadas, o que diminui o tempo de espera e resolve de maneira efetiva o problema do cliente.

A escolha do tema foi feita devido à vivência no serviço de urgência, onde se observa a falta de organização, principalmente por causa da crescente demanda, tornando-se necessária a reestruturação do processo de trabalho. Um melhor entendimento dos sistemas de triagem pode ajudar na organização e melhorar o atendimento a população.

Espera-se que ao delinear o sistema de acolhimento com classificação de risco possa-se conhecer melhor como ocorre a sistemática dessa nova forma de assistência aos pacientes e contribuir para uma melhor qualidade do serviço. Ao descrever a importância do enfermeiro no acolhimento e na implantação enfatiza-se

a importância da capacitação dos enfermeiros que irão atuar nos serviços de urgência.

O trabalho foi estruturado em quatro capítulos, sendo que o primeiro capítulo define o acolhimento e a classificação de risco, o segundo aborda os diferentes protocolos de triagem, o terceiro discute o processo de implantação do referido sistema e o quarto capítulo destaca o papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. O presente estudo servirá de referência para estudos futuros envolvendo a temática em questão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer o papel do enfermeiro no acolhimento com avaliação e classificação de risco.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever sobre o acolhimento e classificação de risco.
- Abordar sobre a função do enfermeiro na implantação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência.
- Discorrer sobre o papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco.

3 METODOLOGIA

O trabalho foi realizado a partir de estudo de caráter exploratório e qualitativo através de revisão bibliográfica. Esta revisão apresentou diversas fontes que incluíram livros, revistas, artigos, monografias, dissertações, teses, banco de dados como o Scielo e Bireme, dentre outras. Estes materiais foram adquiridos através de empréstimo na biblioteca e através de busca na internet. Como critério de busca e seleção foram analisados trabalhos que continham acolhimento e classificação de risco, sendo priorizados materiais publicados de 2000 a 2010. As palavras chaves foram enfermagem e classificação de risco. Os materiais foram coletados no período de março a setembro de 2010 segundo o cronograma. Após a coleta de materiais as idéias dos autores foram analisadas e discutidas para elaboração do texto de redação da monografia.

4 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nos últimos anos, o sistema brasileiro de atenção às urgências tem apresentado grandes avanços em relação à definição de conceitos e incorporação de novas tecnologias tendo como objetivo a organização do atendimento em rede. Nesse sentido, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja recepcionada e acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, de modo que tanto a atenção básica quanto os serviços especializados deverão estar preparados para o acolhimento e encaminhamento de pacientes para os demais níveis do sistema quando esgotarem-se as possibilidades de complexidade de cada serviço (GARLET et al., 2009).

A solução para as urgências está na mudança do modelo de atenção do sistema de saúde, ou seja, adotar um modelo que privilegie a atenção primária, não a atenção básica praticada em nosso país, que se configura como um pacote de serviços não eficazes, mas, uma nova atenção primária, resolutiva e forte que se torna o centro de comunicação e o alicerce mais importante de uma rede integrada de serviços de saúde (CORDEIRO, 2009).

4.1 Os serviços de urgência

Os serviços de urgência são caracterizados pelo atendimento a pacientes em situações agudas que se encontram em risco de morte ou sofrimento intenso. Nesse sentido, torna-se pertinente diferenciar os conceitos de urgência e emergência definidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1.451, de 10/03/1995, onde: emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato; e urgência se define como ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Diante destes termos, o Ministério da Saúde em questionamento a sua utilização, devido à semelhança de significado e o grande número de julgamentos e dúvidas devido tal ambivalência terminológica, opta pela uniformização da terminologia sendo sugerido o termo “urgência” como o que deve ser utilizado para referenciar os casos agudos, respeitados alguns critérios de prioridade ou níveis de classificação de gravidade (BRASIL, 2006b).

Garlet et al. (2009) afirma que a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento abertos 24 horas. Esses serviços respondem por situações que vão desde àquelas de sua estrita responsabilidade, como também por um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade. Situações como essas podem ser identificadas na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil e, têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população.

O aumento da demanda nos serviços de urgência é mundial, e ocorre tanto no setor público como no privado (VALENTIM; SANTOS, 2009). Caracteriza-se por todos os leitos ocupados, pacientes nos corredores, tempo longo de espera, alta tensão na equipe e grande pressão para novos atendimentos (BITTENCOURT; HORTALE, 2007). Essa demanda excessiva acarreta sobrecarga de trabalho, aumento dos custos hospitalares e baixa qualidade no atendimento prestado (SILVA et al., 2009).

Bortolotti (2009) afirma que a urgência representa uma situação ameaçadora e brusca que requer medidas imediatas de correção e defesa, diferenciando-se do atendimento em unidades de saúde básica e de tratamento programado, pois os sujeitos apresentam uma ampla variedade de problemas atuais ou potenciais, podendo alterar seu estado de minuto a minuto. Desse modo, a decisão da equipe necessita ser imediata e estar baseada em um atendimento sistematizado e preciso, geralmente estabelecendo prioridades através de protocolos de emergência.

O modelo de organização dos sistemas de saúde atual não responde adequadamente ao aumento das doenças crônicas, como o diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer, e ao fato de as pessoas viverem mais, pois, são focados em estruturas separadas. A tentativa de inverter o modelo de sistema de saúde coincide com o surgimento dos primeiros protocolos de triagem de urgência sistematizados (CORDEIRO, 2009).

A crise dos serviços de urgência está relacionada aos desequilíbrios do sistema de saúde, sendo que os serviços de urgência se transformam em porta de entrada para os mais variados problemas de saúde e, portanto, sua avaliação permite o acompanhamento da evolução e adequação das políticas implementadas em relação às necessidades da população. Nesse sentido, um atributo de qualidade importante do sistema de saúde na atenção às urgências é a acessibilidade, aliado ao tempo de espera para o atendimento e ao reconhecimento imediato da gravidade dos casos pelos profissionais (GARLET et al., 2009).

O Ministério da Saúde diante da utilização desordenada dos serviços de urgência passa a elaborar políticas públicas para reorganizar a assistência nas unidades de saúde de todos os níveis, buscando atender as reais necessidades da população. Destacam-se nesse plano a Política Nacional de Qualificação do SUS (QualiSUS), a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006a).

O QualiSUS tem o objetivo de qualificar a assistência dos serviços de saúde, oferecendo apoio na implantação de programas e de outras políticas, através do acompanhamento do Ministério da Saúde na construção e na aplicação de suas políticas públicas e fornecendo subsídios financeiros para compra de equipamentos e adequação física (BRASIL, 2009).

4.2 Acolhimento

Segundo Marques e Lima (2007) a colocação em prática dos princípios do SUS, universalidade, equidade, acessibilidade e integralidade, de uma forma ou outra tem relação direta com as formas de acesso e acolhimento.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p. 35) através do Humaniza-SUS define acolhimento como:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Apesar dos avanços e conquistas do processo de trabalho em saúde ainda existem grandes problemas em relação ao acesso e no modo como o usuário é acolhido, principalmente nos serviços de urgência, onde predomina a superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários e pouca articulação com o restante da rede de serviços (BRASIL, 2009).

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios:

- Atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;
- Reorganização do processo de trabalho, com deslocamento do seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e
- Qualificação da relação trabalhador-usuário com parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Acolhimento é uma relação humanizada em que os trabalhadores e o serviço têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam. Na realidade, o acolhimento é uma triagem humanizada, privilegiando os cuidados de acordo com a gravidade de cada caso, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade (SILVA et al., 2009).

O desenvolvimento do acolhimento nos serviços de urgência vem como uma nova forma de agir, repensar e criar uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora, pois o acolhimento é um dispositivo de intervenção que cria laços de compromisso entre as equipes de trabalho e os serviços reconhecendo o usuário como sujeito e como participante do serviço (BRASIL, 2009).

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde determina a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento que, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências, é elemento indispensável para se promover a universalidade e a integralidade na atenção prestada; porém, torna-se importante o envolvimento de toda a rede assistencial: a rede básica, os Programas de Saúde da Família (PSFs), os ambulatórios especializados, os serviços de diagnóstico e os serviços de

atendimento pré-hospitalar implantados, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2006b).

O processo de acolhimento faz parte do processo de produção de saúde e qualifica a relação entre usuário, serviço e trabalhadores e pode ser trabalhado em todos os locais e momentos do serviço (BRASIL, 2009).

As estratégias utilizadas pelos serviços, na chegada do cliente, baseiam-se nos processos de triagem clínica, atualmente integrando o programa Humaniza SUS do Ministério da Saúde e o de acolhimento para uma triagem humanizada, selecionando os que precisam de consulta, na qual são ouvidas queixas e providenciadas, na medida do possível, as soluções (VALENTIM; SANTOS, 2009).

O acolhimento no campo da saúde não se esgota na etapa da recepção como a triagem, é uma proposta de inclusão política, ética e estética e visa compromisso coletivo com o reconhecimento do outro e com a invenção de estratégias, importantes na formação de vínculo, garantia de acesso, resolutividade dos serviços e orientação dos usuários principalmente quanto a continuidade do tratamento (BRASIL, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde os principais objetivos do acolhimento nos serviços de urgência são: melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada; humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas; mudança de objeto (da doença para o sujeito); abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania; aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, o acúmulo de conhecimentos e saberes e de tecnologias exigidas para a solução; aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles; operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construção de vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2006c).

Para o usuário, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte de quem o atende não é apenas direito, mas contribui com uma etapa fundamental na conquista da cidadania (ANDRADE; DONELLI, 2004).

4.3 Classificação de Risco

O programa Humaniza SUS define classificação de risco como:

Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso (BRASIL, 2006a, p. 37).

O acolhimento com classificação de risco surge, a partir da implantação da Política Nacional de Humanização, como uma iniciativa governamental para diminuir as filas e a demora no atendimento médico nos serviços de urgência e emergência do país (BRASIL, 2009).

A classificação de risco é uma etapa que sucede o acolhimento, portanto tem objetivos diferentes, mas complementares, que se configura como uma das intervenções potencialmente decisivas na organização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização da própria equipe, que se constitui como sujeito do processo de trabalho, pressupõe-se a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise sob óptica de protocolo pré-estabelecido do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não de ordem de chegada. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos de vulnerabilidade implica em estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto ao psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais vitais de problemas físicos, mas muito angustiado pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2006c).

Segundo o Ministério da Saúde a classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

O processo de RAC (Recepção, Acolhimento e Classificação de risco) deve ser dinâmico, contínuo e deve incluir atividades que tranquilizam o usuário e seus familiares, trazendo-lhes apoio emocional e segurança. As informações claras sobre tempo de espera e zona de destino de cada paciente e a orientação do fluxo, onde o mais grave é priorizado em relação ao menos grave, geram confiança no sistema. O processo de RAC também traz informações úteis e dados estatísticos que possibilitam políticas dirigidas sobre recursos a serem investidos (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

A tecnologia de avaliação e classificação de risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento, a partir de um protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2009).

O acolhimento com avaliação e classificação de risco requer participação da equipe de saúde, reorganização do trabalho e intervenção compartilhada pela equipe multiprofissional responsável pela escuta e resolutividade dos problemas do usuário (BRASIL, 2006a).

De acordo com o Ministério da Saúde os objetivos da classificação de risco são os seguintes: avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro humanizando o atendimento; descongestionar o Pronto Socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo; informar o tempo de espera e retornar informações a familiares (BRASIL, 2004).

Cada serviço de saúde deverá adaptar a classificação com base no perfil de sua demanda, dados epidemiológicos, em sua experiência, recursos, diferenças culturais, área física, leitos de retaguarda disponíveis, risco ou existência de superlotação, uso de protocolos, etc.

5 PROTOCOLOS DE TRIAGEM

Pires (2003) nota que existe dificuldade em estabelecer critérios claros e bem definidos para avaliar o paciente quanto a real necessidade de receberem cuidados de emergência, e que diferentes profissionais têm opiniões divergentes acerca da gravidade do paciente, sugerindo, assim, a necessidade de protocolos de atendimento estruturados e designados para os serviços de urgência.

O Ministério da Saúde preconiza que a construção de um protocolo de classificação de risco a partir daqueles existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, porém adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, é uma oportunidade de facilitação da interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da urgência. É também importante que serviços de uma mesma região desenvolvam critérios de classificação semelhantes, buscando facilitar o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento (BRASIL, 2006c).

A triagem foi introduzida nos departamentos de emergência para dar resposta ao aumento do número de pacientes que acorriam aos serviços e para providenciar cuidados imediatos aos doentes que necessitavam de cuidados mais emergentes. Alguns dos sistemas de triagem usam algoritmos computadorizados, inteligência humana associada a mapas mentais de informação e outros usam um sistema de triagem telefônica (MOREIRA, 2010).

Um protocolo é um poderoso instrumento para iniciar um processo de gestão em estruturas naturalmente desorganizadas, como os hospitais de urgência, pois não existe mais possibilidade de trabalhar com atenção de urgências sem um sistema de triagem ou classificação de risco (CORDEIRO, 2009).

A qualidade das decisões tomadas durante a triagem primária tem importantes implicações nos resultados clínicos dos doentes. Uma fraca ou incorreta avaliação inicial na triagem poderá implicar morte ou sequelas permanentes e graves no doente. O propósito de qualquer departamento de triagem é ter a pessoa certa no lugar e tempo correto pela real razão (MOREIRA, 2010).

Conforme Cordeiro (2009), os protocolos de triagem sistematizada apareceram na década de 90 como tentativa de reorganização dos sistemas de saúde. Os quatro principais modelos são:

- Protocolo Australiano (*Australasian Triage Scale - ATS*),
- Protocolo Canadense (*Canadian Triage Acuity Scale - CTAS*),
- Protocolo de Manchester (*Manchester Triage System - MTS*),
- Protocolo Americano (*Emergency Severity Index - ESI*).

Segue abaixo quadro comparativo dos protocolos de triagem:

Características	ATS	CTAS	MTS	ESI
Escala de 5 níveis	SIM	SIM	SIM	SIM
Utilização universal no país	SIM	SIM	SIM	NÃO
Baseado em categoria de sintomas	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Baseado em discriminantes chave	SIM	NÃO	SIM	SIM
Baseado em algoritmos clínicos	NÃO	NÃO	SIM	SIM
Baseado em escala de urgências pré definidas	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Formato eletrônico (Informatizado)	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

Quadro 1 – Quadro comparativo de protocolos de triagem.

Fonte: CORDEIRO, 2009, p. 25.

Segundo Moreira (2010) cada país escolhe uma escala de triagem de emergência adequada à população que serve e de acordo com cada departamento de emergência. Escalas como a Canadense, Americana, Australiana e a de Manchester são amplamente divulgadas e instaladas nos diversos departamentos de urgência de todo o Mundo.

Os protocolos de classificação de risco são instrumentos que sistematizam a avaliação e que vem a respaldar condutas informais, anteriormente tomadas pela enfermagem. São ferramentas úteis e necessárias, porém não suficientes, uma vez que não abrangem aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais e cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência (MAURER, 2010). O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim o

acolhimento do cidadão e de sua queixa para avaliação do seu potencial de agravamento (BRASIL, 2009).

5.1 Escala de Triage Australiana (*Australasian Triage Scale – ATS*)

Na Austrália no final dos anos 60, os pacientes que chegavam de ambulância eram priorizados, e os que caminhavam eram avaliados por ordem de chegada. Posteriormente, escalas foram desenvolvidas no sentido de unificar e padronizar a linguagem utilizada na triagem dos pacientes (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

A ATS classifica os pacientes em cinco níveis de prioridade clínica, com descrição dos critérios clínicos de cada nível e estabelecimento do tempo de espera para atendimento médico, conforme mostrado no quadro 2.

Categoria	Descrição da categoria	Avaliação médica
Categoria 1	Risco imediato à vida.	Imediata
Categoria 2	Risco iminente à vida ou exigência de tratamento imediato.	< 10 minutos
Categoria 3	Potencial ameaça à vida – Urgência	30 minutos
Categoria 4	Situação de potencial urgência ou de complicações/gravidade importante	60 minutos
Categoria 5	Menos urgentes ou problemas clínico/administrativos	120 minutos

Quadro 2 – Descrição da escala ATS segundo categorias, descrição e tempo estimado de avaliação médica.

Fonte: TOLEDO, 2009, p. 31-32.

Toledo (2009) afirma que a ATS passou a ser adotada em nível nacional, na Austrália, em 1994 e pode ser utilizada para a classificação de risco de crianças,

vítimas de trauma e distúrbios de comportamento e sugere a reavaliação do paciente enquanto houver possibilidade de aparecimento de dados relevantes, enquanto aguarda atendimento.

De acordo com Pires (2003) a Escala Australiana estabelece padrões mínimos que devem ser registrados:

- Data e horário da avaliação
- Nome do responsável pela triagem
- Queixa/problema principal
- História (aspectos relevantes)
- Achados clínicos relevantes
- Categoria inicial da triagem
- Categoria após re-triagem (descrevendo tempo e motivo)
- Local onde foi realizada avaliação e tratamento
- Diagnóstico, primeiros cuidados ou medidas que foram iniciadas.

5.2 Escala de Triagem Canadense (*Canadian Triage Acuity Scale* - CTAS)

Em 1999, o Canadá implantou a sua escala de triagem, a “*Canadian Triage Acuity Scale*” (CTAS), com cinco níveis de classificação de risco, e com a finalidade de que os pacientes fossem classificados de acordo com a gravidade de seus sinais e sintomas, priorizando o atendimento aos mais graves. A escala canadense foi construída tomando por referência a escala australiana, a ATS, adaptando-a para a realidade canadense. Em 2001 o grupo desenvolveu uma escala específica para a triagem de pacientes pediátricos, a “*Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines*” (PaedCTAS) (SOUZA, 2009).

A avaliação realizada na triagem deve focalizar a queixa do paciente baseando em dados subjetivos (início do problema, descrição da dor, fatores que agravam ou aliviam o problema, história prévia do mesmo problema) e dados objetivos (aparência física, resposta emocional, sinais vitais), e ainda dados complementares com alergias e medicamentos em uso (PIRES, 2003).

O quadro 3 mostra um esquema ilustrativo dos níveis de classificação do risco da CTAS e a descrição da categoria de acordo com o tempo alvo máximo do risco.

Categoria	Descrição da categoria	Tempo alvo para avaliação médica
Nível 1	Ressuscitação – Risco iminente de deterioração das funções vitais.	Imediata
Nível 2	Emergência – Condições que ameaçam a vida e requer intervenção rápida.	Até 15 minutos
Nível 3	Urgente – Condições potenciais de evolução para sérias complicações.	Até 30 minutos
Nível 4	Pouco urgente – Condições potenciais de evolução para complicações ou relacionadas à idade do paciente.	Até 60 minutos
Nível 5	Não urgente – Condições agudas ou crônicas que não apresentam risco para deterioração das funções vitais.	Até 120 minutos

Quadro 3 – Níveis de classificação da CTAS.

Fonte: TOLEDO, 2009, p. 35.

5.3 Protocolo de Manchester (*Manchester Triage System* – MTS)

De acordo com o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) (2010) o protocolo de Manchester trata-se de uma metodologia de trabalho implementada em Manchester em 1997 e amplamente divulgada no Reino Unido, estando em curso sua aplicação em vários outros países como Portugal, Suécia, Holanda e Espanha. Além disso, o GBACR está autorizado a implantá-lo no Brasil. O objetivo do protocolo é estabelecer um tempo de espera pela atenção médica e não de estabelecer diagnóstico. O método consiste em identificar a queixa

inicial, seguir o fluxograma de decisão e estabelecer o tempo de espera que varia de acordo com a gravidade:

1. **Vermelho** = Emergente = 0 min.
2. **Laranja** = Muito urgente = 10 min.
3. **Amarelo** = Urgente = 60 min.
4. **Verde** = Pouco urgente = 120 min.
5. **Azul** = Não urgente = 240 min.

Segundo Souza (2009) cada nível de prioridade clínica é composto por sinais e sintomas que os discriminam. Estes discriminadores estão apresentados na forma de fluxogramas, no intuito de guiar a avaliação da queixa principal apresentada pelo paciente no momento de sua avaliação. Existem os discriminadores gerais, que se aplicam a todos os doentes, independentemente da condição clínica apresentada e os discriminadores específicos que se aplicam aos casos individuais, com características chave de condições particulares.

Souza (2009) afirma que na triagem guiada pelo protocolo de Manchester, a tomada de decisão consiste nos seguintes passos: identificação do problema; coleta e análise das informações relacionadas com a solução; avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação; implementação da alternativa escolhida; monitorização da implementação e avaliação dos resultados.

5.4 Escala de Triagem Americana (*Emergency Severity Index* - ESI)

A ESI é uma escala desenvolvida nos Estados Unidos, em 1998, com o objetivo de produzir a estratificação do risco dos pacientes. Foi implantada, em 1999, como estratégia para a classificação de risco de pacientes em dois hospitais de ensino americanos, sendo aperfeiçoada e implantada em outros cinco hospitais no ano de 2000 (TOLEDO, 2009).

A ESI estratifica o risco em cinco prioridades, estabelecendo tempo limite de espera para atendimento médico em cada nível de classificação (SOUZA, 2009); onde o primeiro nível implica mais cuidados e maior gravidade e o quinto implica menor gravidade e menos recursos (MOREIRA, 2009).

5.5 Protocolos de classificação de risco no Brasil

No Brasil, a utilização do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência enquanto estratégia de ampliação do acesso e humanização das relações começou a ser discutida de forma mais concreta a partir da publicação da Portaria 2048/02, que regulamenta o funcionamento dos serviços de urgência e emergência do país. As ações do Ministério da Saúde têm sido voltadas para a necessidade de reorganização do processo de trabalho dos serviços de atenção às urgências e emergências, de forma a atender aos diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, visando uma assistência prestada de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento (BRASIL, 2006b).

O primeiro hospital brasileiro a implantar a classificação de risco foi o Hospital Municipal de Paulínia - SP, em 1993. Na época, o hospital era conveniado com a Universidade de Campinas, e um professor, recém chegado do Canadá, trouxe a proposta de implantação da classificação de risco, a partir da adaptação do protocolo canadense à realidade local. Posteriormente, no ano de 2001, o Hospital Mário Gatti, baseado na experiência do hospital anterior, também implantou a classificação de risco em seu pronto-socorro, e passou a servir de exemplo para implantação em outros serviços. (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010). O Hospital Mário Gatti é hoje uma das maiores referências de urgência/emergência na região metropolitana de Campinas.

O Hospital das Clínicas “Luzia de Pinho Melo” em Mogi das Cruzes - São Paulo é outro exemplo que demonstrou acentuada melhora no pronto socorro, após a implantação do sistema de acolhimento com classificação de risco realizado por enfermeiros. Houve melhora no fluxo de atendimento dos pacientes, na resolutividade, na aceitação do tempo de espera pelo cliente e diminuição da mortalidade, sobretudo de vítimas de síndromes coronarianas agudas e também as demandas espontâneas não graves através do programa de acolhimento (BARBOSA et al., 2007).

Em Minas Gerais o processo de implantação da Classificação de Risco teve início em 2001, quando uma das Unidades de Pronto Atendimento da cidade de

Belo Horizonte implantou a classificação de risco de uma forma sistematizada. Em 2005 foi iniciado o processo no Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), que recebeu incentivo financeiro do QualiSUS para reforma estrutural e adequações na ambiência do pronto-socorro. A equipe deste hospital construiu um protocolo próprio para a classificação de risco, baseado em outros protocolos já existentes e na realidade local. A experiência do HOB foi levada para outros serviços de urgência de Belo Horizonte e para outras cidades do país, através da divulgação pela Política Nacional de Humanização (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

O governo do estado de Minas Gerais, em decisão acertada no ano de 2007, optou por adotar o protocolo de Manchester como ferramenta para guiar a decisão clínica do enfermeiro que realiza a classificação de risco em todas as unidades de urgência do estado (TOLEDO, 2009).

No Brasil, segundo proposta do Ministério da Saúde, a classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.
- Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente.
- Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada (BRASIL, 2004).

Por se tratar de uma sugestão, os protocolos e a utilização do sistema de cores podem variar nos diversos serviços que utilizam o acolhimento com avaliação e classificação de risco, respeitando particularidades e preferências de cada um deles, respeitando a lógica de ordenar os casos de maior gravidade como preferência de atendimento, a busca de solução para a demanda dos usuários e a qualificação da relação profissional/usuário de forma a humanizar esse contato levando em consideração todos os serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Atualmente o Ministério da Saúde busca a padronização do processo de acolhimento com classificação de risco através da adoção de medidas que uniformizem esse processo em todo o território nacional (TOLEDO, 2009).

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) iniciou no ano de 2007 um processo de troca de experiências sobre o processo de classificação de risco entre o estado de Minas Gerais e Portugal, que utiliza na classificação de risco

de seus serviços de urgência o protocolo de Manchester informatizado. Após visitas a Portugal, o governo de Minas decidiu pela compra de um software comercializado por uma multinacional portuguesa, a ALERT, a qual oferece, dentre seus vários módulos de gestão clínica, o de Classificação de Risco com a utilização do protocolo de Manchester informatizado. Este é um protocolo de origem inglesa que foi traduzido para o português de Portugal em 2002 pelo grupo português de triagem. Decidiu-se então pela informatização e implantação do protocolo de Manchester em todos os serviços de urgência do estado de Minas Gerais, a qual já foi iniciada (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

6 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

A implantação e implementação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas unidades de pronto atendimento são de grande relevância no contexto atual do atendimento de urgência e emergência tendo em vista o aumento da demanda nestes serviços (BRASIL, 2006b).

O sistema de Avaliação com Classificação de Risco veio como forma de reorganização e reestruturação dos serviços de pronto atendimento, entretanto, essa nova metodologia trouxe consigo inúmeros questionamentos como a adequação dos protocolos à realidade brasileira, a preparação da equipe de enfermagem para utilização dos protocolos e as dificuldades enfrentadas pelas instituições de saúde para adequarem sua infra-estrutura e capacitar os profissionais que irão atuar no acolhimento com classificação de risco (SILVA et al., 2009).

Nas instituições de saúde a organização é um sistema de esforço cooperativo com normas, métodos e processos de trabalho, atribuições, responsabilidades e poder. O ser humano vive em grupo e participa da sociedade, pratica a administração e regula o seu comportamento e dos grupos sociais. Esta regulação em uma organização demonstra a sua competência, a qual depende de uma estrutura clara de indicadores e padrões de desempenho (LIMA; ERDMANN, 2006).

Um dos primeiros passos dados em direção a organização dos serviços de urgência foi a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências que, por meio da Portaria GM 2.048 de 2002, institui uma série de parâmetros que deverão ser adotados, definindo a capacitação necessária aos profissionais para trabalharem nos serviços de urgências, a estrutura física necessária para os diversos serviços fazerem parte da rede de atendimento às emergências e principalmente a definição dos fluxos e responsabilidades de cada serviço dentro do sistema (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde coloca alguns pontos objetivos da implantação:

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações, e sem transformar o serviço de saúde em produtor de procedimentos.

- Superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloca a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários.
- Mudar a visão do trabalho médico e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo o compartilhamento de saberes.
- Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários.
- Potencializar profissionais comuns e especializados, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de cada categoria.
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde (BRASIL, 2004).

Para Bittencourt e Hortale (2007) os serviços de emergência sofreram mudanças nas últimas décadas, em consonância com o perfil epidemiológico das principais síndromes clínicas e cirúrgicas, representadas principalmente por lesões traumáticas e eventos cardiovasculares, que dependendo da agilidade de atendimento, irão ter uma assistência que evolua para um bom prognóstico.

Por esse motivo a preocupação com uma assistência adequada a esses pacientes é um dos fatores que, ao longo dos anos, contribuíram para o desenvolvimento e a implantação de protocolos de sistematização do atendimento aos pacientes (CRISPIM; ARAUJO, 2006).

Em trabalho realizado por O'dwyer, Matta e Pepe (2008) com emergências de instituições hospitalares no estado do Rio de Janeiro, onde trinta unidades foram selecionadas pelo estudo, apenas sete adotavam o acolhimento com avaliação e classificação de risco com equipes multiprofissionais desenvolvendo essa atividade. No mesmo estudo, oito hospitais referiram ter dificuldades de relação com outros serviços da rede, sendo que um informou estar vencendo estas dificuldades utilizando-se de tecnologias como o acolhimento com avaliação e classificação de risco, pois a aplicação deste processo oferece maior acurácia aos encaminhamentos, diminuindo erros de avaliação e conseqüentemente evitando constrangimentos entre os serviços.

Segundo Azevedo e Barbosa (2007) em estudo realizado na emergência do Hospital de Clínicas de Goiânia, demonstrou-se maior resolutividade dos atendimentos após a implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de recepção.

O acolhimento é visto pelos profissionais como um avanço importante na organização das demandas e do fluxo de atendimento, mesmo sendo visto como de difícil execução e gerador de cansaço e estresse na equipe, pelos inúmeros embates que se produzem entre profissionais da equipe e usuários. Os profissionais entendem que o uso de tecnologias leves, como o acolhimento com avaliação e classificação de risco, permite uma compreensão mais ampla dos problemas dos usuários, do que simplesmente restringir-se a sinais e sintomas (SOUZA et. al., 2008).

O Ministério da Saúde fala que a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco deve ter o envolvimento das três esferas do governo: municipal, estadual e federal; e também a participação dos trabalhadores, gestores e sociedade. Dessa maneira garante o acesso as unidades e serviços (garantia do cuidado); a qualidade de assistência (escuta / vínculo / responsabilização / resolutividade); a continuidade do cuidado; a participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde e à saúde como bem com valor de uso e não mercadoria (BRASIL, 2009).

6.1 Pré-requisitos necessários para implantação do Acolhimento e Classificação de Risco

De acordo com o Ministério da Saúde para a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco são necessárias algumas modificações que incluem o estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco; a qualificação das equipes envolvidas na tecnologia (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança e outros); a instalação de um sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos; a quantificação dos atendimentos diários e montagem do perfil da clientela e horários de pico; a adequação da estrutura física e logística das áreas de

atendimento básico: Área de Emergência e Área de Pronto Atendimento (BRASIL, 2004).

A estrutura do serviço de urgência é caracterizada pela parte física, material, hierárquica, pessoal, atos normativos, fluxos de informação e outros. O processo é identificado pela descrição do planejamento, filosofia, objetivos, políticas de assistência, pessoal, material, processamento da assistência, controle, avaliação e outros. Já o produto se define pela qualidade e quantidade da assistência de enfermagem prestada, aprendizagem e informações do sistema e subsistemas (LIMA; ERDMANN, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) a área de emergência é dividida de acordo com o nível de complexidade, que visa otimizar recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes e atender ao usuário segundo suas necessidades específicas definidas pelas áreas vermelha, amarela, verde e azul.

A área vermelha deve ser devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. A área amarela se destina à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada. A área verde é designada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda (BRASIL, 2009).

O pronto atendimento é responsável pelo atendimento de consultas de baixa e média complexidade sendo definido como área azul. Este espaço deve ser estruturado de maneira que haja uma área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada e disponha de uma área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade, seguindo-se os conceitos de ambiência (BRASIL, 2004).

Ainda na estrutura da área azul estão os consultórios de enfermagem, classificação de risco e procedimentos e devem estar equipados de materiais para o atendimento às eventuais urgências como: monitor e eletrocardiógrafo; oxímetro de pulso; glicosímetro; ambu e material de intubação adulto e infantil; material de punção venosa; drogas e soluções de emergência; prancha longa e colar cervical (BRASIL, 2004).

Consultórios médicos, sala de serviço social, sala de administração de medicamentos e inaloterapia e consultórios para avaliação de especialidades devem estar presentes na área azul, ou seja, no pronto atendimento (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde sugere que a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco no Sistema de Urgência do SUS siga determinadas etapas que irão favorecer a participação e o envolvimento dos gestores, trabalhadores e usuários, garantindo maior legitimidade ao processo:

- Sensibilização dos gestores, gerentes, chefes, demais trabalhadores e usuários dos sistemas de urgência, em todos os níveis de atenção e gestão locais, por meio de encontros amplos e abertos, para construir a adesão ao processo de Acolhimento com Classificação de Risco;
- Realização de oficinas de trabalho para implementação do Acolhimento com Classificação de Risco;
- Realização de capacitação específica da enfermagem para a utilização do protocolo de classificação de risco;
- Acompanhamento, monitoramento e avaliação sistemática das ações para melhorias e correções;
- Elaboração de um “Manual de Informações sobre o SUS”, atualizado sistematicamente;
- Capacitação técnica (suporte básico e suporte avançado de vida) (BRASIL, 2009).

Destaca-se, ainda nesse sentido, o apoio institucional para a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco oferecidos aos estados, municípios e instituições, pela disponibilização de consultoria da PNH e QualiSUS em parceria com apoiadores locais (BRASIL, 2004).

6.2 Oficina para implementação do Acolhimento com Classificação de Risco no sistema de urgência

A Oficina para implementação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no sistema de urgência tem como propósito criar espaços de reflexão crítica sobre o processo de trabalho da rede de Urgência e Atenção Hospitalar do SUS e visa a melhoria das práticas de saúde e o envolvimento das equipes, por

meio da implementação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde o objetivo geral das oficinas é favorecer a apropriação das tecnologias disponíveis para a implementação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Atenção Hospitalar; e os objetivos específicos são: refletir sobre a organização do processo de trabalho e o trabalho em equipe; compreender os princípios e diretrizes do SUS e da PNH; apreender o conceito de acolhimento nas dimensões relacional, técnica, clínica e de cidadania; promover a apropriação das tecnologias de classificação de risco; elaborar propostas para a implementação dessa tecnologia nos serviços e a construção de redes que garantam a continuidade do cuidado em saúde; envolver as equipes e gerentes dos serviços no processo de reflexão crítica sobre as práticas e facilitar sua implementação nos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

As oficinas são organizadas de forma a facilitar a participação e a construção dos conhecimentos, tomando os participantes como sujeitos ativos do processo de ensino e aprendizagem (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde salienta a importância da montagem de grupos multiprofissionais com a participação dos profissionais que atuam diretamente na área de urgência (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, pessoal administrativo, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), dos gestores e gerentes da área de urgência, assim como dos gestores e técnicos implicados nas áreas que têm interface direta com o serviço de urgência: gestão de pessoal, áreas de apoio, regulação e representação da rede externa (BRASIL, 2009).

6.3 A enfermagem no processo de implantação

A enfermagem dentro do sistema hospitalar interage com todas as áreas sob sua responsabilidade, de forma autônoma e em co-responsabilidade, orientada por instrumentos da estrutura organizacional (regimento interno, organograma, sistemas de comunicação, técnicas e rotinas e sistemas de controle) e também exercita uma prática do cuidado sempre em busca de subsídios para a excelência do fazer profissional (LIMA; ERDMANN, 2006).

Implantar o Acolhimento com Classificação de Risco não é uma tarefa fácil, exige adaptações do espaço físico de acordo com os eixos determinados pelo Ministério da Saúde, capacitação e sensibilização da equipe de saúde, para estar em sintonia quanto à forma de receber o usuário, enquadrá-lo nos protocolos, classificar riscos e/ou referenciá-los. Exige uma vigilância constante, uma vez que a central de acolhimento pode-se tornar uma central de exclusão para aqueles usuários que não possuem perfil de atendimento de urgência e não são referenciados com segurança para outros locais. Do mesmo modo, averiguou-se ser um método eficiente de restabelecer relações com a rede básica e aumentar a sua responsabilidade e participação nos processos de saúde. As unidades de emergência diferem sutilmente em relação aos eixos e a formas de classificação de risco, mas possuem a mesma formação de equipe liderada pelo enfermeiro (BRASIL, 2009).

A atualização do conhecimento científico influencia diretamente no processo de prestação de cuidados, pois atualmente, vivenciam-se momentos de grandes mudanças e avanços crescentes no conhecimento que levam os profissionais à necessidade de buscas, revisões, atualizações constantes, no sentido de exercer a profissão de forma que atenda às necessidades da clientela (CRISPIM; ARAUJO, 2006).

Crispim e Araújo (2006) ainda salientam que a educação e a orientação aos profissionais de enfermagem dentro do ambiente de trabalho são compreendidas quando se percebe que a educação auxilia no enfrentamento dos conflitos e na mudança de atitudes, melhorando assim a prática da enfermagem.

O desempenho planejado e sistematizado da equipe de enfermagem é fundamental para o funcionamento dos serviços de urgência, bem como a implementação da prestação da assistência de enfermagem com toda a equipe multiprofissional e seguindo protocolos pré-estabelecidos, se consiga atingir um atendimento de qualidade, coordenado, disciplinado e em tempo hábil, objetivando diminuir agravos à saúde que podem levar a seqüelas irreversíveis ou à morte, e conseqüentemente, reduzindo também os gastos hospitalares. Pois, tanto o conceito de atendimento imediato, quanto o direito de uma assistência qualificada possuem como objetivo comum a recuperação do paciente, com o mínimo de seqüelas possíveis (CRISPIM; ARAÚJO, 2006).

Para a implementação dessas mudanças, são necessárias as seguintes etapas: avaliação do diagnóstico da situação atual; reuniões para definição de políticas a serem desenvolvidas; visitas a outros hospitais que já trabalham com o processo de acolhimento e classificação de risco; reuniões com a equipe assistencial da emergência para nivelamento de conceitos sobre o novo processo de atendimento; reuniões com todos os serviços médicos para definição dos critérios de risco de cada especialidade; construção de um plano de ação contendo atividades, responsáveis e cronograma para viabilizar a iniciativa (BRASIL, 2004).

Todo e qualquer sistema deve ser estudado após implementação. As adequações a cada realidade devem ser aferidas e as mudanças introduzidas pelos mesmos devem ser analisadas e quantificadas. Só através de estudos é que a sociedade poderá ficar esclarecida e só assim os profissionais, os doentes e restantes população terão confiança e defesa legal relativamente à triagem (MOREIRA, 2010).

7 PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências o acolhimento e a triagem classificatória de risco. Este processo deve 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 de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2006b).

O enfermeiro deve ser profissional titular do diploma de Enfermeiro devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de sua jurisdição, habilitado para ações específicas de enfermagem, devendo além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais nesses sistemas de atendimento. Como requisitos gerais, ele deve ter disposição pessoal, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade física e mental para a atividade, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe, iniciativa, facilidade de comunicação e disponibilidade para a capacitação periódica (BUENO; BERNARDES, 2010).

A equipe de enfermagem é parte da equipe multiprofissional, tendo o enfermeiro uma função preponderante no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

No Brasil, a partir da década de 80, foi dada maior ênfase na capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência. Em 1985 foi criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET) que consiste na primeira associação de enfermagem especializada em trauma (WEHBE; GALVÃO, 2001).

De acordo com Gatti (2003) o enfermeiro desempenha um papel importante no Acolhimento nos Serviços de Urgência. O profissional enfermeiro é capacitado para a função, pois a sua formação é enfatizada na valorização das necessidades do paciente, não só as biológicas, como também, as sociais e psicológicas. Além disso, está habituado a exercer a liderança, o que o leva a ter uma visão abrangente do setor incluindo recursos humanos, área física e fluxo de pacientes, aspectos esses levados em conta no momento da priorização do atendimento.

A Associação Americana de Enfermagem (ANA) estabeleceu os “Padrões da Prática de Enfermagem em Emergência” em 1983, tendo como referência padrões definidos classificando os enfermeiros de emergência em três níveis de competência: o primeiro nível requer competência mínima para o enfermeiro prestar atendimento ao paciente traumatizado; no segundo nível este profissional necessita formação específica em enfermagem de emergência e no último nível o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra hospitalar (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Segundo Bortolotti (2009) os profissionais que trabalham em serviços que prestam assistência à saúde precisam estar preparados tanto técnica como eticamente, para dar um atendimento competente e com respeito aos direitos do paciente, pois no cotidiano desse ambiente, em razão da complexidade frente às emergências, mais facilmente o cliente corre o risco dos seus direitos serem ameaçados.

O processo de trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões complementares: gerencial e assistencial. Na primeira, o enfermeiro toma como objeto à organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem. Na segunda, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem (BUENO; BERNARDES, 2010).

Os enfermeiros das unidades de emergência, por possuírem mais domínio e rapidez nas ações e modos de cuidar especiais, voltados para clientes portadores de patologias/agravos à saúde de urgências e emergências, a partir de protocolos criados e aprovados por esses serviços, devem atuar conforme um processo gerenciado de cuidado, acompanhando os pacientes em todo seu processo clínico, até a definição e conclusão do seu tratamento (VALENTIM; SANTOS, 2009).

A unidade de urgência/emergência hospitalar é um ambiente especializado e tem atribuições específicas não sendo diferente com os profissionais que ali trabalham. O manejo da classificação de risco num pronto socorro requer equipes envolvidas, preparadas e capazes de identificar necessidades e prioridades dos pacientes, para avaliação correta das situações estabelecidas nos protocolos. Além de ter senso crítico para tomar a decisão correta, uma vez que o custo de um erro pode ir desde uma pequena confusão administrativa até o óbito do paciente.

A enfermagem tem se diversificado em vários aspectos que seriam impossíveis conseguir prática e eficiência em todos eles. Como uma parte

especializada da enfermagem, o serviço de emergência não é uma novidade. Há muitos anos, os enfermeiros de emergência entendem que numa melhoria de seu serviço e o reconhecimento da importância do seu papel são fatores essenciais para uma qualidade do atendimento nos hospitais e comunidades (WEHEBE; GALVÃO, 2001).

O serviço de triagem realizado pelo enfermeiro, além de constituir uma nova área de atuação para este profissional permite melhorar o gerenciamento do serviço de emergência, pois contribui para garantir o acesso do paciente, diminuir tempo de espera, diminuir riscos e ocorrências iatrogênicas e melhorar a qualidade de atendimento (PIRES, 2003).

A qualificação das equipes e a experiência prévia na área de urgência/emergência são fatores primordiais que estão diretamente relacionados ao sucesso do atendimento, enfatizando a importância de cursos específicos para as equipes (BUENO; BERNARDES, 2010).

O enfermeiro emergencialista é habilitado para trabalhos no campo de urgência e emergência, o enfermeiro bem treinado deve ser capaz de proporcionar tratamento de emergência e realizar um plano de ação. Diante disso o enfermeiro da unidade de urgência e emergência são líderes, professores, conselheiros e coordenadores (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Um enfermeiro de triagem deve apresentar três habilidades fundamentais: avaliação, conhecimento e intuição. A intuição se desenvolve com experiência, sensibilidade e o uso da observação. Todas essas características estão bem desenvolvidas em um enfermeiro de Pronto Socorro com experiência. Necessitamos, no entanto, nos preocupar com as pessoas que ingressam na área, pois apesar de possuírem o perfil para trabalharem em um setor dinâmico precisam de um treinamento técnico-científico focando, principalmente, as situações de emergência e liderança de grupo. Quanto mais tempo e experiência se adquire, maior uso se faz da sensibilidade e intuição, estabelecendo-se de forma mais eficaz as pontes com o referencial teórico que sustenta o fazer (GATTI, 2003).

Conforme Bueno e Bernardes (2010) além do enfermeiro ser empreendedor, deve ser ético, voltar-se para os objetivos sociais de sua organização e/ou instituição e buscar o domínio das técnicas de gestão, agir como facilitador da busca de resultados que valorizem e dêem sentido ao seu trabalho e da equipe. O gestor eficiente é aquele que busca a humanização do trabalho por intermédio de uma

gestão democrática, flexível e de programas de enriquecimento pessoal dos seus atores, considerando os resultados como um trabalho coletivo.

Segundo Gatti (2003) o enfermeiro é o primeiro contato da equipe de emergência com o paciente, cabendo ai o papel de orientador, coletando dados sobre a sintomatologia, medicações em uso e detectando possíveis déficits de conhecimento nesses aspectos, ou ainda relativos a outras questões de fluxo e especificidade de atendimento do setor. Existe também um papel de "relações públicas" nessa tarefa, que favorece significativamente a relação hospital-paciente, aliviando a ansiedade do mesmo, por meio da comunicação interpessoal, que constitui uma das ferramentas de trabalho do enfermeiro.

O COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) através de sua legislação (LEI N7498/86) viabiliza a prática do enfermeiro na classificação de risco tendo em vista que de acordo com a Lei do Exercício Profissional é privativo do enfermeiro a consulta de enfermagem, a prescrição de medicamentos previstos em protocolos, em programas de saúde pública ou rotina de serviços privados. Sendo assim, a criação de protocolos que aumentem a autonomia do enfermeiro possui fundamentos legais e deve ser almejada para que haja uma melhora na qualidade do atendimento classificatório.

A atividade do profissional enfermeiro no âmbito da classificação de risco está incontestavelmente dentro da legalidade. Atende e respeita os princípios de humanização do Sistema Único de Saúde – SUS (BUENO; BERNARDES, 2010).

De acordo com Rodrigues, Pedroso e Oliveira (2008) as principais funções do enfermeiro na classificação de risco estão descritos abaixo:

- Acolher e realizar a Classificação de Risco;
- Explicar ao usuário o objetivo do Acolhimento;
- Mensurar os sinais vitais conforme as orientações do protocolo;
- Utilizar o manual da instituição para classificar o usuário de acordo com seu risco de agravo a saúde;
- Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação;
- Garantir o atendimento médico de acordo com a Classificação;
- Realizar encaminhamentos quando necessário à UBS (Unidade Básica de Saúde) tradicional ou ESF (Equipe de Saúde da Família);

- Esclarecer ao usuário a importância de acompanhamento médico em UBS tradicional ou ESF;
- Colaborar na busca ativa de usuários portadores de doenças crônicas que não realizam acompanhamento médico.

Para o atendimento do cliente em regime de urgência não basta à equipe ter senso apurado para diagnóstico e habilidade técnica para a realização de procedimentos propedêuticos e terapêuticos, uma vez que o cliente não é apenas um ser acometido por uma enfermidade, mas é acima de tudo uma pessoa com aspirações e vontade de viver. Assim sendo, é fundamental para o profissional também ter sensibilidade e conhecimentos para trabalhar com os sentimentos, valores e crenças do socorrido, da sua família e da equipe, além de lidar com suas próprias emoções (BORTOLOTTI, 2009).

7.1 Processo de Acolhimento e Classificação de Risco

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

Esta avaliação pode se dar por explicitação dos usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

O enfermeiro da RAC deve manter contato e controle visual com a área de administração e sala de espera dos pacientes, devendo receber estes e seus familiares com empatia em um ambiente seguro, privado e confidencial; deve ter amplo conhecimento da escala de classificação de risco e ser capaz de fazer uma rápida avaliação clínica; deve acompanhar os pacientes ao local do atendimento e manter os pacientes e familiares informados, bem como reavaliar periodicamente os pacientes da sala de espera (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Na sala do acolhimento sempre ficará um profissional enfermeiro. São consideradas habilidades importantes: a capacidade de comunicação, paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade. Ainda, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros (COBOM) (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

A Equipe de Acolhimento receberá o paciente, fará avaliação breve da situação, e classificará em prioridades, usando protocolo padronizado, registrará a avaliação e encaminhará o paciente ao local de atendimento. Eventuais atrasos serão comunicados. Reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica (BRASIL, 2004).

A identificação da gravidade será feita por marca colorida, no verso da ficha de atendimento. Pessoas em situação de urgência serão conduzidas a atendimento médico imediato em sala própria. As que necessitam de especialidades, (odontologia, ginecologia/obstetrícia, otorrinolaringologia), serão encaminhados aos respectivos setores e/ou unidades especializadas, ainda os que forem classificados como atendimentos ambulatoriais deverão ser encaminhados às unidades de referência como as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este processo deve ocorrer em no máximo 10 minutos (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

7.2 Avaliação de enfermagem

A Enfermagem no setor de urgência/emergência tem como função primordial oferecer a manutenção das funções fisiológicas vitais do indivíduo tendo como foco

do cuidado a preservação da vida, evitando a deterioração, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido (SMELTZER; BARE, 2002).

O enfermeiro ao realizar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco mostra suas competências através de ações que detectam as necessidades do usuário, que muitas vezes se encontra fora de risco de morte e fora de situação que gere vulnerabilidade, não necessitando de uma consulta em nível de emergência. Observa-se que muitas queixas apresentadas nos Serviços de Urgência não caracterizam necessidade de atendimento emergencial. Sendo assim, o enfermeiro pode realizar o primeiro atendimento de forma resolutiva buscando uma solução adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o, garantindo o acesso através de contato prévio e contribuindo para a prática da assistência organizada com o foco no usuário. (MAURER, 2010).

No desempenho da ação, o profissional poderá tanto usar o que já está construído, estabelecido, como pode exercer a sua autonomia, construindo novas formas de cuidado em saúde. Sempre existirá um espaço de exercício de autonomia do trabalhador, pois o trabalho vivo em ato pressupõe a possibilidade de criatividade, podendo ser explorada para inventar novos processos de trabalho, inclusive para aquelas dimensões ainda não pensadas (MARQUES; LIMA, 2008).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco funciona com a utilização de um protocolo como ferramenta e configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das práticas de saúde.

O enfermeiro é responsável pela classificação de risco, e esta sempre em busca de maior autonomia para resolução dos problemas enfrentados e sempre em treinamento e capacitação tanto sua como de sua equipe.

Foi evidenciado que o enfermeiro exerce um papel fundamental e indispensável nos serviços de urgência, articulando diversos trabalhos, papel que deve ser reconhecido e valorizado. Esse trabalho difícil, sofisticado e, por vezes, desgastante, deve responder a demanda de forma eficaz. O enfermeiro assume assim o gerenciamento do cuidado. Sendo importante salientar que para a coordenação das atividades necessárias para a produção de cuidados é preciso conhecimento, responsabilidade e capacidade de decisão.

A enfermagem, nos serviços de saúde, mantém uma contínua convivência com os usuários, o que possibilita grandes oportunidades de interação. Sua capacidade para ouvir deve ser desenvolvida, assim como a aproximação do cliente, tendo a sensibilidade de identificar no outro os aspectos verbais e as expressões corporais.

Espera-se que com a implantação da classificação de risco ocorra a diminuição do risco de mortes evitáveis, extinção da triagem por porteiro ou funcionário não qualificado, extinção do atendimento por ordem de chegada, obrigatoriedade de encaminhamento, aumento da eficácia do atendimento, redução de tempo de espera, detecção de casos que provavelmente se agravarão com o tempo, diminuição da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários.

O estudo visa contribuir com os enfermeiros que atuam em serviços de urgência que utilizam a classificação de risco ou que visem à integração dessa tecnologia. Devido a poucas publicações sobre o tema, sugere-se uma ênfase maior do assunto na graduação e pós-graduação em urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN S.; RIGGENBACH V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/>>. Acesso em: 14 maio 2010.

ANDRADE, E. A.; DONELLI, T. M. S. Acolhimento e humanização: Proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH). **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 17-24, jul./dez. 2004. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n2_05AcolHumanizacao.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2010.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triage em serviços de saúde: percepção dos usuários. **Rev. de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-39, jan./mar. 2007.

BARBOSA, L. C. V. et al . **Implantação de acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro de hospital do estado tipo oss (organização de serviços de saúde) hospital das clínicas Luzia de Pinho Melo**. São Paulo: UNIFESP, 2007. Disponível em: <www.saude.sp.gov.br/.../trabalho_accr_-_hospital_luzia_de_pinho_melo.doc>. Acesso em: 20 ago. 2010.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 929-934, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400014&lng=pt>. Acesso em: 02 jul. 2010.

BORTOLOTTI, F. **Manual do Socorrista**. 2. ed. Porto Alegre, RS: Expansão Editorial, 2009.

BRASIL. Lei n. 7498/86 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília. Seção 1, p. 9273-9275, jun. 1986. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 10 de set. de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH** – Acolhimento com avaliação e classificação de risco. 1 ed. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. 1. ed. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3 ed. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2 ed. Brasília, DF, 2006c.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 45-53, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1451**, de 10 de Março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados. [S.l.], 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 15 jun. 2010.

CORDEIRO, W. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte, ano 1, n. 2, p. 23 - 28, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.face.ufmg.br/revista/index.php/rahis/article/viewFile/787/663>>. Acesso em: 09 maio 2010.

CRISPIM, S. F.; ARAÚJO, O. M. R. Avaliação do conhecimento adquirido após um curso de emergência em um Pronto Socorro. **Ensaio e Ciência**. Campo Grande, v. 10, n. 1, p. 213-221, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.uniderp.br/ensaioseciencia/pdf/abr0619.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2010.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2010.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2010.

GATTI, M. F. W. Triagem de enfermagem em serviços de emergência. **Boletim Científico do Hospital Samaritano**. São Paulo, v. 5, maio 2003. Disponível em: <http://portal.samaritano.com.br/pt/interna.asp?page=1&idpagina=311>>. Acesso em: 12 set. 2010.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Implantação da Classificação de Risco no HPS**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://gbacr.com.br/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1>. Acesso em: 30 ago. 2010.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 271-278, jul/set. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a03v19n3.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2010.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 13-19, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf>. Acesso em: 20 jun. de 2010.

_____. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2010.

MAURER, T. C. **Enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco na Emergência Pediátrica**. 2010. 30 f. Trabalho de Conclusão (Curso Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24869/000749662.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

MOREIRA, C. T. P. **Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?** 2010. 95 f. Tese (Mestrado em Informática Médica) – Faculdade de Ciências – Faculdade de Medicina – Universidade do Porto. Porto, 2010. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24572/4/teseMIMcatiaM.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2010.

O'DWYER G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/27.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2010.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: "Canadian Triage and Acuity Scale" (CTAS)**. 2003. 206 f. Tese (Título de Doutor) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-16102006-162026/pt-br.php>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

RODRIGUES, P. C.; PEDROSO L. C.; OLIVEIRA, V. H. Manual – Acolhimento com classificação de risco em assistência médica ambulatorial (AMA). **Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina**. São Paulo, maio. 2008. Disponível em: <http://www.aps.santamarcelina.org/aps/Pdf/normas/Manual_Acolhimento.pdf>. Acesso em: 12 set. 2010.

SILVA, D. C. M., et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: dificuldades no processo de implantação e implementação nos serviços de urgência. **Revista Científica de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 7, n. 22, p. 195-201, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA83FKCZ/1/cristian_e_chaves_de_souza.pdf>. Acesso em: 10 set. 2010.

SOUZA, E. C. F. et. al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 100-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2010.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de Enfermeiros na Classificação de Risco em Unidade de Pronto Socorro de um Hospital Municipal de Belo Horizonte**. 2009. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA7SPFZW/1/alexandre_duarte_toledo.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2010.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-289, abr/jun. 2009. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 86-90, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11519.pdf>> Acesso em: 10 set. de 2010.