

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: caracterização do atendimento mediante protocolos

Bruna Xavier Nunes ¹
Dheyrik Veridiane Lima Câmara ²
Luciana Renovato ³
Rosângela Maria Pereira ⁴
Selma Rodrigues Alves Montefusco ⁵
Zelcimar Lemos Salvador ⁶
Eder Cardoso Guimarães ⁷

RESUMO

Trata-se de revisão de literatura que teve como objetivo analisar a atuação do enfermeiro no processo de execução do Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) mediante protocolos disponíveis. A revisão de literatura foi realizada nas bases de dados “LILACS”, “SCIELO” e “MEDLINE” da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram selecionados 19 artigos que obedeceram aos critérios de inclusão. Os resultados evidenciaram que as principais atuações do enfermeiro na unidade de urgência e emergência na Classificação de risco foram: anamnese, avaliação geral, classificação de risco, identificação da queixa principal, utilização de fluxogramas e protocolos de atendimento, identificação de diagnósticos de enfermagem, acolher e orientar, tomada de decisão, encaminhamento, priorização do atendimento, gerência do caso e reavaliação do paciente. O Acolhimento com Classificação de Risco busca garantir a resolutividade das reais necessidades dos pacientes e que o enfermeiro é parte integrante e indissociável desse processo. Concluiu-se que para implementação e qualidade dessa estratégia, faz-se necessário investimento em capacitação

¹ Discente do curso de enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

² Discente do curso de enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

³ Discente do curso de enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁴ Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Especialista em Estomatoterapia, pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em Métodos e Técnicas de Ensino e em Segurança do Paciente (FIOCRUZ). Atualmente é docente Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁵ Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Mestrado em Enfermagem. Doutorado pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente é professor da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia, e da Faculdade de Enfermagem – UFG.

⁶ Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Goiás e mestrado em Biologia Geral pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente é professor da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia, e Auditor Fiscal de Saúde Pública - Secretaria Municipal de Saúde Goiânia.

⁷ Graduação em Biomedicina pela Universidade Pontifícia Católica de Goiás, Mestre em Ciências Ambientais e Saúde, Especialista em Docência Universitária pela Universidade Pontifícia Católica de Goiás, professor da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia, e do curso de medicina da UniFAN.

profissional, recursos humanos e materiais, educação continuada e reestruturação das redes de serviço.

Palavras chaves: Classificação, Triage, Urgência, Acolhimento, Manchester.

INTRODUÇÃO

A atenção às urgências e emergências mundialmente, tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, exigindo organização e gestão dos processos de trabalho em saúde (DURO, LIMA, 2010).

Os serviços de emergência possuem caráter transitório, restrito à estabilização das condições clínicas dos pacientes (DURO, LIMA, 2010).

As rotinas nestas unidades deviam dar prioridade aos pacientes com risco iminente de morte, de modo a reduzir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes (SOUZA *et al*, 2013).

Nos últimos 20 anos houve importante crescimento da demanda por atendimento neste serviço, gerando superlotação e filas de espera que foram agravados por problemas de origem organizacional, e a avaliação primária sem critério clínico pode gerar complicações desnecessárias no quadro do paciente e até morte evitáveis (CAVALCANTE *et al*, 2012).

Na busca de uma solução para esta problemática, os serviços de saúde de alguns países, como por exemplo, o Canadá, Austrália, Suécia, Reino Unido, EUA e mais recentemente o Brasil, buscaram normalizar sistemas de classificação de risco nos departamentos de emergência, para fins de se obter uma gestão eficaz e equidade dos serviços, garantido o fluxo do paciente no sistema de saúde (DURO, LIMA, 2010).

Dentre os sistemas de classificação de risco mais utilizados e conhecidos mundialmente, destacam-se o *The Canadian Emergency Triage* (CTAS), o *National Triage Scale for Australasian Emergency Departments* (NTS), o *Manchester Triage System* (MTS), o *Emergency Severity Index*(ESI), e o *Model Andorrà de Triage* (MAT) (SANTOS,2014).

Protocolo é uma metodologia que confere classificação de risco para pacientes que procuram atendimento na rede de urgência e emergência. É estruturado por fluxogramas que representam os sinais e sintomas relacionados à queixa principal

apresentada pelo paciente, que é classificado em níveis diferentes de prioridade com tempo alvo de atendimento médico estabelecido e reavaliação pelo profissional que realizou a classificação, pois o quadro clínico pode agravar ou melhorar (DINIZ *et al*,2014).

Segundo Duro, Lima (2010) e Souza *et al* (2012), os protocolos de classificação objetivam garantir humanização da assistência possibilitando que diferentes avaliadores façam uma investigação clínica, seguindo os mesmos parâmetros para estabelecer a gravidade dos pacientes.

No Brasil, utilizam-se atualmente nos serviços de urgência e emergência, os protocolos de *Manchester* e o acolhimento com a Classificação de risco adotado em 2004 pelo Ministério da saúde brasileiro, previsto na portaria 2048/2002 MS que institui a Política Nacional de Urgências e Emergências (SANTOS,2014).

O Enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar a gravidade dos que procuram os serviços de emergência, pois, atribui um grau de risco ao paciente consistindo em um complexo processo de tomada de decisão, possibilitando a priorização do atendimento (SOUZA *et al*,2013).

Devido à rapidez com que o atendimento deve ser realizado, percebe-se a dificuldade dos enfermeiros para implementarem as etapas do processo de enfermagem a partir de uma linguagem padronizada (SOUZA *et al*,2013).

Nesse sentido, a partir dos conceitos apresentados pretende-se problematizar a classificação e avaliação de risco e a inserção do enfermeiro nesse contexto (DURO, LIMA,2010).

O Sistema de classificação de risco e os protocolos utilizados constitui grande relevância, tendo em vista que o enfermeiro tem sido o profissional atuante e indicado para a execução desta avaliação sendo de grande responsabilidade por atribuir grau de risco aos seus usuários, além de permitir a aplicação minuciosa da sistematização da assistência de enfermagem. A produção deste tema nos permitiu compreender o funcionamento do sistema de acolhimento com classificação de risco, com priorização do atendimento e organização do fluxo na rede de urgência e emergência dos serviços de saúde.

O objetivo deste estudo é analisar a atuação do enfermeiro no processo de execução do acolhimento com classificação de risco mediante aos protocolos disponíveis.

1 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que é definida por Mendes et. al. (2008) com um dos métodos de pesquisa utilizado na PBE que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

1ª Etapa: Identificação da questão da pesquisa. Quais as dificuldades encontradas pelo enfermeiro no processo de acolhimento com classificação de risco mediante protocolos disponíveis?

2ª Etapa: Coleta de dados – Foi realizada buscas nas seguintes bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs, Scielo e Medline, utilizando as seguintes palavras Chaves: Classificação de risco, Triagem, Urgência e emergência, protocolos de atendimento, acolhimento na classificação de risco, protocolo Manchester.

Inclusão:

- Artigo na integra, de 2005 a 2016.
- Ser publicado em língua portuguesa;
- Estar disponível em território nacional;
- Trata-se de pesquisa primaria que aborda protocolos de classificação de riscos.

Exclusão:

- Todos os artigos que não se adequaram aos critérios citados acima.

3ª Etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos. As informações foram colhidas de acordo com um instrumento previamente elaborado constando de: fonte, autor, introdução, objetivos, justificativa, metodologia, resultados, discussão, conclusão referências.

4ª Etapa: Os artigos foram lidos na integra, os dados foram separados, agrupados categorizados e analisados a luz de um referencial teórico.

5ª Etapa: Interpretação dos Resultados.

6ª Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

2 RESULTADOS

I) Foram identificados 22 artigos sendo que 16 responderam aos objetivos propostos, 3 foram excluídos por repetição em base de dados e 3 não respondiam ao objetivo. Os artigos incluídos estão apresentados no quadro sinóptico.

Quadro- 1 Atuação do enfermeiro no processo de execução da classificação de risco mediante protocolos atualmente utilizados.

Referências	Objetivo	Método	Atuação do enfermeiro no processo de execução da classificação de risco mediante protocolos atualmente utilizados
NASCIMENTO, E. R. P; ROSSOHILSENDEGER, B; NETH, C; et al. Classificação de risco na emergência: Avaliação da equipe de enfermagem. Rev. enferm. UERJ , Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; v.19 n.1 p.84-8	Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar avaliaram o acolhimento com classificação de risco	Qualitativa	Atuar como gerente. Direcionar, integrar e avaliar as reais necessidades dos pacientes.
REDA FEIJÓ, V. B; JUNIOR, L. C; SOUZA, R. K; et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. Saúde debate . Rio de Janeiro, Jul-Set 2015 , v. 39, n. 106, p. 627-636,	Analisar a classificação de risco em serviço de urgência de um hospital	Individual, transversal.	Realizar linguagem clínica orientada para sinais e sintomas. Realizar escalas e avaliação e classificação de risco de acordo com o grau de urgência do agravo.
SHIROMA, L. M. B; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. Enfermagem em Foco 2011; v.2 n.1 p.14-17	Conhecer a visão das/os enfermeiras/os acerca da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) em serviços de emergência	Abordagem qualitativa	Acolhem o usuário, ouvindo suas queixas e dando resposta a seus questionamentos. Conduz e possibilita o atendimento ao usuário grave com mais agilidade • Orientar

<p>DINIZ, A. S; SILVA, A. P; SOUZA, C. C; et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. Rev.Eletr.Enf. [Internet]. 2014 abr/jun; v16. n.2 p.312-20.</p>	<p>Identificar a demanda clínica dos pacientes atendidos por enfermeiros na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento, segundo o protocolo de Manchester</p>	<p>Descritivo quantitativo</p>	<p>Utiliza protocolo de Manchester como direcionador Avalia idade, condição clínica e possível prognóstico do paciente Avalia e identifica a queixa principal Utiliza fluxogramas de dor Avaliação dos sinais vitais</p>
<p>SILVA, A. P; DINIZ, A. S; ARAÚJO, F. A; et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 jan/abr; v.3 n.1 p.507-517</p>	<p>Identificar a presença da queixa de dor nos diferentes níveis de prioridade estabelecidos no protocolo de Manchester.</p>	<p>Descritivo quantitativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliação do pacientes <ul style="list-style-type: none"> •Analisar queixa principal do paciente •Avaliar Sinais e Sintomas •Identificar nível da dor, interpretar e intervir <ul style="list-style-type: none"> •Registrar
<p>ZEM, K. K. S; MONTEZELI, J. H; PERES, A. M. Acolhimento com classificação de risco: Concepção de Enfermeiros de um Pronto Socorro.Rev Rene. 2012; V.13 N.4 P.899-908</p>	<p>Identificar o entendimento de enfermeiros de um pronto-socorro acerca da humanização e sua concepção sobre o acolhimento com classificação de risco</p>	<p>Qualitativa descritiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar atendimento <ul style="list-style-type: none"> • Orienta sobre as normas da instituição • Encaminhar o paciente para o local adequado
<p>NASCIMENTO, E. R. P; ROSSOHILSENDEGER, B; NETH, C; et al . Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência.Rev. Eletr. Enf.2011 out/dez; v.13 n.4 p.597-603.</p>	<p>Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar público de Santa Catarina avaliam o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR)</p>	<p>Abordagem qualitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza a entrevista, <ul style="list-style-type: none"> • Exame físico sucinto, a verificação dos dados vitais e eventualmente algum exame complementar; • Classifica a prioridade de atendimento por cores
<p>SOUZA, C. C; MATA, L. R. F; CARVALHO, E. C; et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo</p>	<p>Identificar possíveis diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo Manchester</p>	<p>Descritivo retrospectivo</p>	<p>Avaliar e classificar a gravidade dos casos, determinando a prioridade de atendimento dos pacientes. • Reavaliar o</p>

<p>Manchester. RevEscEnferm USP 2013; v.47 n.6 p.1318-24</p>			<p>paciente em tempo alvo estabelecido pelo protocolo de Manchester ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar Diagnósticos de Enfermagem prioritários Avaliar dor descrever sinais e sintomas.
<p>GUEDES, M. H; MARTINS, J. C. M; CHIANCA, T. C. M. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. RevBrasEnferm. 2015 jan-fev; v.68 n.1 p.45 51.</p>	<p>Analisar o valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester em relação à evolução clínica de pacientes</p>	<p>Observacional prospectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificação da queixa principal do usuário; Descrição da avaliação realizada Atribuir nível de classificação de risco
<p>COSTA, M. A. R, VERSA, G. L. G. S; BELLUCCI, J. A; et al . Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Jul-Set 2015 v.19 n.3 p.491-497</p>	<p>Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) implantado em dois serviços hospitalares de emergência</p>	<p>Exploratória descritiva, de abordagem quantitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> Responsável pela classificação de risco. Reavaliar os casos em espera Utilizar fluxograma de atendimento Encaminhar casos não emergenciais para Unidades Básicas de Saúde; Informar tempo de espera.
<p>INOUE, K. C; JÚNIOR, J. A. B; PAPA, M. A. F; et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. Acta Paul Enferm. 2015; v.28 n.5 p.420-5.</p>	<p>Avaliar a estrutura, o processo e o resultado do sistema de triagem Acolhimento com Classificação de Risco implantado em serviços de emergência brasileiros, sob a perspectiva de profissionais de enfermagem</p>	<p>Transversal</p>	<ul style="list-style-type: none"> Responsável pelo processo de classificação de risco durante a triagem Classificar a gravidade dos casos reavaliação dos casos em espera.
<p>TOMBERG, J. O; CANTARELLI, K. J; ECHEVARRIAGUANILO, M. E et al.Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto Socorro: Caracterização</p>	<p>Caracterizar os atendimentos realizados no Pronto Socorro de Pelotas-RS segundo o protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco</p>	<p>Quantitativa, Do tipo transversal e Descritivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Descrever queixas dos pacientes manualmente e por extenso que não constam nas opções inseridas no protocolo

dos atendimentos. CiencCuidSaude 2013 Jan/Mar; v.12 n.1 p.080-087			
SILVA, M. F. N; OLIVEIRA, G. N; MARCONATO, A. M; et al. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar- abr.2014;v. 22 n. 2 p.21825	Elaborar e validar o conteúdo e verificar a confiabilidade de um protocolo de classificação de risco para Unidade de Emergência	Abordagem quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar a classificação de risco •Avaliar as queixas, sinais e sintomas dos pacientes. •Utilizar protocolos e fluxogramas de atendimento para estabelecer prioridades.
CAVEIÃO, C; HEY, A. P; MONTEZELI, J. H; et al. Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista.. RevEnferm UFSM 2014 Jan/Mar; v.4 n.1 p.189-196	Identificar os desafios da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para o enfermeiro classificador em uma unidade mista.	Descritivo, exploratório de abordagem qualitativa,	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliação do grau de urgência das queixas. •Avaliar Paciente. •Classificar Usuário conforme sua queixas. •Escuta qualificada •Avaliação e registro correto e detalhado da queixa principal •Observação, raciocínio clínico, tomada de decisão e conhecimento das redes de apoio do sistema assistencial.
JÚNIOR, E. F. P; PAULA, V. G; SANTIAGO, L. C; et al. Implementação da classificação de risco em unidade emergência de um hospital público do rio de janeiro- Um relato de experiência. R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. jan./mar. v.4 n.1 p.2723-32	Descrever a implementação do projeto de classificação de risco pela Enfermagem em uma unidade de emergência de um hospital público do Estado do Rio de Janeiro.	Quantitativa do tipo Relato de experiência com descrição.	<ul style="list-style-type: none"> •Identificar a queixa principal do cliente de acordo com o protocolo clínico estabelecido. •Identificação de sinais e sintomas. •Coleta de dados •Verificar Sinais Vitais •Tomada de decisão
OLIVEIRA, K. K. D; AMORIM, K. K. S; LIMA, A. P. F. N; et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos	Objetivou-se com este trabalho analisar o impacto da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no trabalho dos	Descritiva abordagem qualitativa.	de

profissionais de uma unidade de pronto atendimento. Rev Min Enferm. 2013 jan/mar; v.17 n.1 p.157-164.	profissionais de uma unidade de pronto atendimento. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa.		
--	---	--	--

3 DISCUSSÃO

Após análise dos estudos, ficaram evidentes quais as principais atuações do enfermeiro na unidade de urgência e emergência.

3.1 Classificação de risco

O Ministério da Saúde sinaliza para que a classificação de risco seja realizada pelo enfermeiro experiente na área de urgência e capacitada para tal (CAVEIÃO *et al*, 2014).

Perante o exposto e frente às necessidades de implantação da classificação de risco nas unidades de saúde do Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem determinou, por meio da Resolução no. 423/2012, que a classificação de risco é privativa do enfermeiro e esse deve estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. A capacitação dos enfermeiros mostra-se extremamente necessária, uma vez que estudos demonstraram que quanto maior a qualificação profissional e maior número de horas praticadas na classificação de risco melhores serão os resultados na priorização do atendimento (SILVA *et al*, 2014).

Classificar o risco de pacientes é considerado uma atividade complexa que depende de competências e habilidades próprias do enfermeiro, da sua experiência profissional, além de uma rede de serviços estruturada para os encaminhamentos necessários para a continuidade do cuidado aos pacientes (DINIZ *et al*, 2014).

As ações de acolhimento podem ser realizadas por qualquer profissional de saúde, desde que capacitado. Entretanto, cabe ao enfermeiro reunir as condições necessárias, as quais incluem linguagem clínica orientada para os sinais e sintomas, para a realização das escalas de avaliação e classificação de risco do usuário de acordo com o grau de urgência de seu agravamento, com base em um sistema predefinido:

emergência, urgência, menor urgência e baixa complexidade (REDA FEIJÓ *et al*, 2015).

Apesar de ser necessária a participação ativa de toda a equipe multiprofissional para o sucesso do ACCR, destaca-se que, os profissionais de enfermagem têm muita importância nesse processo. Afinal, cabe ao enfermeiro a classificação de risco e, são os trabalhadores da enfermagem quem comumente mantêm contato direto e contínuo na com os pacientes (COSTA *et al*, 2015).

3.2 Avaliação do paciente

Inoue *et al* (2015) ressalta que com a adoção do sistema de classificação dos pacientes por gravidade clínica, em inúmeros serviços de emergência do Brasil, transferiu-se ao enfermeiro a competência de avaliar o paciente em consonância com protocolos clínicos, que direcionam as necessidades de prioridade e de encaminhamento à área de tratamento. Sabe-se, porém, que não raramente o enfermeiro classificador assume outras funções concomitantemente, o que pode comprometer a qualidade da avaliação do paciente.

Acredita-se que a quantidade de enfermeiros dentro das instituições que atendem urgências e emergências deva aumentar, caso contrário, poderá haver sobrecarga de trabalho e queda na qualidade assistencial. (CAVEIÃO, *et al* 2014).

Diniz *et al* (2014) reforçam a importância do enfermeiro em avaliar a idade no processo de atribuição do risco, bem como sua associação à condição clínica e possível prognóstico do paciente, pois quanto maior a idade, pior o prognóstico e mais elevado risco de morte. E em 80,8% dos prontuários analisados a idade do paciente não foi descrita.

Em outro estudo realizado no mesmo serviço, os fluxogramas de dor torácica, dor abdominal, dor lombar, dor de garganta, dor testicular e cefaleia foram utilizados em apenas 25,2% das classificações realizadas. Estes achados reforçam a necessidade de capacitação dos enfermeiros para avaliar adequadamente a dor quanto à sua localização, intensidade, duração e tratamentos utilizados, bem como a necessidade de utilização de escalas que padronizem esta avaliação, de forma a diminuir os aspectos subjetivos que podem modificar o nível de dor atribuído ao paciente (DINIZ, *et al* 2014).

Apesar de ser reconhecida como um problema, as repercussões orgânicas do processo algico intenso são subestimadas ou ignoradas por grande parte de médicos e enfermeiros. Entretanto, por ser um fenômeno subjetivo, frequentemente há dificuldade em sua avaliação. O protocolo de Manchester traz uma régua para avaliação da intensidade da dor que permite várias opções de mensuração de acordo com as características do paciente, como idade e nível de compreensão do mesmo, o que auxilia na avaliação realizada pelo enfermeiro responsável pela classificação de risco (SILVA *et al*, 2013).

Em estudo descritivo, realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), os enfermeiros foram questionados acerca do conhecimento e da utilização dos instrumentos de avaliação da dor e observou-se que 59,3% dos enfermeiros desconheciam a existência desses instrumentos. Dentre os que conheciam (40,7%), 72,7% relataram compreender a escala numérica e 54,5% referiram não utilizar os instrumentos de avaliação da dor na prática assistencial (SILVA *et al*, 2013).

Entre 21 pacientes com “dor torácica”, 14 (66,7%) não foram avaliados quanto à intensidade da dor, sendo que a literatura aponta que muitos pacientes com dor torácica são liberados após uma avaliação inadequada por parte dos profissionais, o que ocasiona um aumento no índice de mortalidade relacionado a doenças cardíacas (SILVA *et al*, 2013).

É importante que o enfermeiro explore a queixa de dor, colete dados sobre fatores agravantes, atenuantes e concomitantes, explore indicativos de desconforto causado pela dor e utilize-se de instrumentos que possam auxiliar na sua mensuração e avaliação. Reforça-se ainda que a avaliação acurada da dor feita pelo enfermeiro na classificação de risco é imprescindível para definição correta do nível de prioridade do atendimento do paciente. Desta forma, fica clara a necessidade de capacitação dos enfermeiros no uso de instrumentos que estratifiquem a dor para avaliá-la, além de registrá-la adequadamente (SILVA *et al*, 2013).

Quanto as avaliações dos sinais vitais achados reiteram a necessidade de revisão dos valores de corte dos parâmetros vitais, e, trazem o alerta aos enfermeiros para considerarem importantes alterações discretas que poderão evoluir para graves repercussões hemodinâmicas, enquanto o paciente aguarda o atendimento médico (SILVA *et al*, 2014).

Segundo Diniz *et al* (2014) estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento, percebeu-se que não houve avaliação de todos os dados vitais em todos os casos avaliados, sendo que os valores de frequência cardíaca, temperatura corporal, oximetria de pulso e escala de coma de Glasgow foram avaliados pelo enfermeiro classificador em 36,8% dos casos. E a pressão arterial estava descrita em apenas dois (0,5%) prontuários.

Pressão arterial, frequência cardíaca, respiração e nível de consciência são usados para prever a necessidade de atendimento de emergência e mortalidade em 72 horas pós-lesão. Estes achados podem direcionar para uma necessidade de obrigatoriedade de mensuração dos sinais vitais dos pacientes, independente da queixa apresentada no momento da classificação de risco (DINIZ *et al*, 2014).

Cabe ressaltar que o protocolo de Manchester não exige a mensuração de todos os sinais vitais em todos os seus discriminadores, o que pode explicar a ausência do registro destes dados nos prontuários analisados (DINIZ *et al*, 2014).

3.3 Identificação da queixa principal, utilização de fluxogramas e protocolos de atendimento.

Os protocolos direcionadores configuram-se como o respaldo científico dos enfermeiros na classificação de risco. Dentre esses vem se destacando o protocolo de Manchester onde as queixas mais frequentes dos pacientes atendidos nos serviços de urgência estão dispostas em fluxogramas que possuem um conjunto de discriminadores que representam os sinais e sintomas relacionados à queixa principal apresentada pelo paciente. E tem facilitado a classificação de risco e tornado o trabalho dos enfermeiros mais compreensível sendo um bom preditor dos desfechos da necessidade de admissão hospitalar, evolução dos pacientes durante a permanência no serviço e mortalidade (DINIZ *et al*, 2014).

Na Classificação de Risco, segundo Diniz *et al*(2014), a investigação deve ser direcionada à principal queixa ou incidente que levou o paciente a procurar atendimento, e esta queixa deve ser bem investigada, visto que uma melhor investigação da queixa principal eleva o nível de prioridade atribuído ao paciente. Assim, reforça-se a necessidade de capacitação prévia dos enfermeiros acerca da metodologia de classificação de risco segundo o protocolo direcionador, a fim de que

a avaliação do paciente seja acurada e em concordância com o estabelecido no protocolo, de modo a minimizar os erros de classificação decorrentes do manuseio incorreto do mesmo.

De acordo com Caveião *et al* (2014), o processo de adaptação da queixa do paciente ao fluxograma do protocolo é um dos processos mais difíceis, pois exige deste profissional escuta qualificada, avaliação e registro correto e detalhado da queixa principal, capacidade de observação, raciocínio clínico, tomada de decisão e conhecimento das redes de apoio do sistema assistencial. Ainda, o fluxograma no qual a queixa do paciente é direcionada e sequencialmente classificada, muitas vezes não se correlaciona com o relato do paciente. Isto requer uma habilidade de entendimento e interpretação maior por parte do profissional que realiza a classificação, sendo assim é fundamental a análise do enfermeiro, tendo uma visão clínica e mais profunda da queixa do usuário.

Estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento encontrou queixas de pacientes que não constavam nas opções inseridas no protocolo utilizado. Diante disso, as queixas foram descritas manualmente e por extenso pelos enfermeiros acolhedores e mostraram-se, em sua maioria, imprecisas e de difícil interpretação, principalmente nos casos em que as queixas sinalizavam precordialgia e dispneia. Frente ao exposto, observa-se que a falta de especificidade das queixas prevista no protocolo resulta em falhas na definição da queixa principal, duração e intensidade dos sintomas (TOMBERG *et al*, 2013).

O serviço humanizado e com classificação de risco segura, depende do envolvimento de todos os profissionais, na construção de fluxogramas e protocolos adequados às características de cada Serviço.

Em pesquisa realizada em Serviços que já têm implantado o ACCR há pelo menos dois anos, houve dúvidas sobre o fluxograma, o que não deveriam existir pois as diretrizes que se referem à definição de protocolos clínicos, foram estabelecidos previamente. E foi o que pior recebeu pontuação na dimensão do processo, sendo esse um dado que pode e deve ser melhorado, porque a discussão e o entendimento de toda a equipe sobre o fluxograma de atendimento é uma necessidade indiscutível para obter resultados positivos no tocante ao controle da demanda e à priorização dos agravos para o atendimento (COSTA *et al*, 2015).

O protocolo de avaliação e classificação de risco elaborado apresentou validade de conteúdo e, após a realização das alterações sugeridas, a confiabilidade obteve resultados excelentes. O fluxograma de atendimento mostrou-se de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros, sendo importante para facilitar a busca pela queixa em cada prioridade obtendo resultados satisfatórios na classificação de risco, o que facilitará o processo de implantação. Acredita-se que sua utilização trará inúmeros benefícios para os usuários e para a equipe, pois haverá padronização do atendimento, diminuição dos riscos causados aos pacientes durante a espera, proporcionando maior segurança para aqueles que o utilizam. Porém, apesar da confiabilidade do protocolo ter sido excelente, o que demonstra que é claro e objetivo, sendo possível aplicá-lo à realidade das Unidades, acredita-se que é necessário a capacitação dos enfermeiros para sua implementação (SILVA *et al*, 2014).

3.4 Identificar diagnósticos de enfermagem

Devido à rapidez com que o atendimento na classificação de risco deve ser realizado, percebe-se uma dificuldade dos enfermeiros para realizar as etapas do processo de enfermagem. A classificação de risco não tem como objetivo realizar um diagnóstico médico, mas sim uma avaliação da gravidade dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. O enfermeiro tem a oportunidade de identificar características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco que possibilitam a formulação de diagnósticos de enfermagem (DE) que necessitam de intervenção rápida para a manutenção da vida dos pacientes. Identificar possíveis DE na classificação de risco é de grande importância para garantir a continuidade do atendimento na sala de emergência, onde o enfermeiro, de acordo com o DE já identificado, poderá planejar as intervenções de enfermagem necessárias para cada paciente (SOUZA, 2013).

Entende-se que os enfermeiros, especialmente os que atuam em classificação de risco, devem possuir uma base sólida em semiologia, anatomia e fisiopatologia, agregada à experiência clínica e às habilidades de interação e observação para o raciocínio clínico e conseqüente tomada de decisão. Tais conhecimentos são essenciais no desenvolvimento do pensamento crítico, aquisição de habilidade em avaliar rapidamente o paciente, identificando seus problemas reais ou potenciais, a

formulação de hipóteses diagnósticas e a identificação das intervenções prioritárias, de acordo com as necessidades de cada indivíduo (SOUZA, 2013).

3.5 Acolher e orientar

O objetivo do Acolhimento com classificação de risco é ser instrumento capaz de acolher o cidadão garantindo um melhor acesso, resolutivo e humanizado àqueles que se encontram em sofrimento de qualquer natureza, devendo atender a todos que procuram o serviço obedecendo o princípio da universalidade, acolhendo e escutando os problemas de saúde da população na busca por resolve- lós (NASCIMENTO *et al*, 2011).

Os enfermeiros/as consideram que existe relação entre acolhimento e classificação de risco, pois, durante a classificação de risco, você também está acolhendo o usuário, ouvindo suas queixas através de uma escuta qualificada, dando respostas a seus questionamentos, orientando-o, educando-o e identificando suas necessidades, sendo fundamental para melhorar a resolutividade e propiciar o fornecimento de respostas seguras aos usuários (SHIROMA, PIRES, 2011).

Costa *et al* (2015) aponta que os princípios norteadores do acolhimento são a valorização do sujeito e o fortalecimento da relação usuário/trabalhador/acompanhante por meio da escuta, do diálogo dentre outros. Porém, em pesquisa em realizada em determinado serviço hospitalar de emergência os itens Informação sobre o tempo de espera e Satisfação com os resultados do ACCR, obtiveram as piores avaliações. Esses dados, mais uma vez, podem significar desconhecimento ou negligência dos preceitos da humanização e do ACCR, conforme define o Ministério da Saúde.

Segundo Zem, Montezeli e Peres (2012), os enfermeiros preocupam-se com fatores que não envolvem somente o ato da classificação de risco, mas também com o trabalho de acolhimento como um todo mostrando-se profissionais abertos a mudanças, a novas opções de trabalho que se preocupam com a melhoria do atendimento prestado. Porém, em pesquisa realizada em determinado Serviço de urgência e emergência foi possível verificar que o entendimento dos enfermeiros acerca da classificação limita-se a um meio de priorizar o atendimento sem estar vinculado ao acolhimento da clientela que ali aporta, divergindo da proposta do MS e

ainda alguns enfermeiros confundem acolhimento com classificação de risco e grau de dependência dos cuidados de enfermagem.

De acordo com Zem, Montezeli e Peres (2012), o Acolhimento com Classificação de Risco possui outros objetivos além de organizar as filas de espera e propor uma ordem de atendimento que não a ordem de chegada, como por exemplo: orientar os pacientes que não tiverem grandes riscos e seus familiares bem como informar tempo provável de espera, aumentando a satisfação dos usuários. Em muitas situações, o enfermeiro reafirma sua responsabilidade de orientar, de colocar o seu saber e as normas da instituição para a assistência do usuário, demarcando o seu controle no processo de trabalho.

3.6 Tomada de decisão, priorização do atendimento e encaminhamento

Antes da implantação do ACR o atendimento era por ordem de chegada, independente da gravidade. Após sua implantação, enfermeiro avalia e já classifica pelas cores, que traduzem a prioridade do atendimento. Não é mais um simples ato de atender alguém que entrou pela porta, e sim, atender o paciente pela situação de risco que ele está enfrentando, fazendo os encaminhamentos necessários, melhorando a organização e qualidade do serviço prestado. Sendo, portanto, fundamental que o enfermeiro tenha um bom conhecimento clínico e saiba encaminhar os usuários corretamente, seguindo os protocolos estabelecidos e priorizando o atendimento dos casos graves, diminuindo o risco de morte e aumentando a expectativa de vida (NASCIMENTO *et al*, 2011).

A classificação de risco envolve um complexo processo de tomada de decisão. Por este motivo, diferentes sistemas têm sido desenvolvidos a nível mundial para apoiar

Enfermeiros em melhor classificar a gravidade de cada caso (INOUE *et al*, 2015).

De acordo com Júnior *et al* (2012), a priorização da assistência pela implementação do projeto de Classificação de Risco na unidade de emergência tem assegurado aos clientes uma assistência segura e justa evitando a ocorrência de agravamentos ou óbitos nas filas de espera das emergências. Além disso, tem proporcionado na unidade uma valorização do profissional enfermeiro do serviço de emergência, que atuando efetivamente no processo de tomada de decisões quanto à

assistência, tem seu espaço definido e respeitado como profissional como membro da equipe multidisciplinar e facilitador da assistência médica.

No que tange o encaminhamento de pacientes de queixas não emergenciais, ressalta-se que o ACCR deve ser utilizado como diretriz para esses casos, em consonância com os princípios do Humaniza SUS que tem como objetivo pactuar a ordenação do atendimento aos casos de menor complexidade através de uma rede de referência estruturada. Porém o Serviço de urgência tem dificuldade na articulação com a rede de atenção a saúde, para oferecer o encaminhamento adequado às necessidades do usuário, principalmente aqueles com necessidades de cuidados de baixa complexidade para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, o que significa que os mecanismos de referência e contra referência são falhos dentro da rede de assistência (COSTA et al, 2015).

3.7 Gerência do caso

Na unidade de emergência, pela sua característica própria, que se relaciona com todos os outros setores do hospital, e multiprofissionais que nela atuam, é necessário fortalecer o trabalho com um modelo de gerenciamento que atenda ao paciente como um todo, com foco na continuidade do tratamento e do atendimento. O enfermeiro pode ser o profissional responsável e atuar como gerente de caso, para direcionar e integrar os pacientes, favorecendo seu vínculo com a equipe de saúde, inclusive um médico assistente, a rede básica de saúde e sua operadora de saúde (NASCIMENTO, 2011).

O enfermeiro pode ser considerado o profissional de saúde que mais domina métodos como planejamento, tomada de decisão e supervisão, empregados no processo de gerenciamento (ZEM, MONTEZELI , PERES, 2012).

3.8 Reavaliar o paciente

No protocolo de Manchester, que tem sido amplamente utilizado no Brasil, o paciente pode ser classificado em cinco diferentes níveis de prioridade sendo estabelecido um tempo alvo para o atendimento médico e para a reavaliação pelo enfermeiro (SOUZA *et al*, 2013).

Segundo Costa *et al* (2015), pesquisa realizada em dois Serviços Hospitalares de Emergência, o item reavaliação dos casos em espera foi um dos piores na avaliação recebendo as menores pontuações, o que necessita ser melhorado com a máxima urgência, porque isto é fundamental para o processo do atendimento no ACCR, por significar a manutenção, ou não, da classificação inicial realizada pelo profissional. Nesse contexto, o usuário classificado inicialmente como não sendo de risco, pode evoluir com deterioração clínica e demandar cuidados emergenciais. Assim, espera-se que a responsabilidade dos profissionais em relação aos usuários se mantenha durante todo o tempo de espera determinado pela classificação de risco, deixando evidente a necessidade de investimentos na capacitação da equipe.

Em consonância com Costa *et al* (2015), no que diz respeito a reavaliação dos casos à espera de cuidados médicos, INOUE *et al* (2015) também evidencia em pesquisa realizada em dois serviços de emergência que ambas as instituições devem ajudar os Enfermeiros se familiarizar com o Acolhimento com Classificação de Risco e compreender a importância de observação, progresso e acompanhamento daqueles que esperam por cuidados de saúde, pois, embora a reavaliação dos casos consuma mais tempo de trabalho é importante considerar que a Classificação de risco é um processo dinâmico que envolve periódica reavaliação do risco de pacientes à espera de cuidado, pois a condição clínica do paciente pode piorar ao longo do tempo.

CONCLUSÃO

Os estudos analisados nesta revisão permitiram avaliar a eficácia do sistema de Acolhimento com Classificação de risco e protocolos nele utilizados, bem como identificar a inserção e papel do enfermeiro nesse contexto. As referências literárias ressaltam o Acolhimento com Classificação de Risco como ferramenta eficaz e vital e os protocolos utilizados, com destaque para o protocolo de Manchester, de grande confiabilidade e segurança para um setor de grande importância que se enquadra a urgência e emergência. E o enfermeiro como parte primordial nesse processo, mostrando ser o profissional mais adequado para a realização da Classificação de Risco por possuir conhecimentos e habilidades específicos para a definição da prioridade de atendimento e programar as etapas do processo de enfermagem, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade dos pacientes.

Porém, foi possível identificar entraves existentes a sua efetiva implantação, com destaque para falta de capacitação profissional, recursos humanos e materiais insuficientes, demanda superior à oferta do serviço, falha no sistema de referência e contra referência e desconhecimento da população acerca desta estratégia de Classificação de Risco.

Acreditamos que o enfermeiro que atua nesse processo precisa garantir a qualidade da assistência, organização, atenção e respeito para o usuário que procura o atendimento, unificando o Acolher com o Classificar. Todavia para que isto aconteça, faz-se necessário interesse dos gestores em oferecer capacitação para os profissionais atuantes no setor, bem como investimento em políticas públicas de educação permanente à população, e reestruturação da rede de serviços. Ofertar uma assistência que proporcione atendimento com melhores tecnologias disponíveis, com espaço físico adequado, recursos humanos suficientes, conjugada ao reconhecimento das reais necessidades os usuários e da equipe de saúde, continua sendo um grande desafio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAVALCANTE, R.B; RATES, H.F; SILVA, L.T.C; *et al.* Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v.2, n.3, p.428-437, set/dez. 2012.

CAVEIÃO, C; HEY, A. P; MONTEZELI, J. H; *et al.* Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista. **RevEnferm UFSM** 2014 Jan/Mar; v.4 n.1 p.189-196.

COSTA, M. A. R, VERSA, G. L. G. S; BELLUCCI, J. A; *et al.* Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**. Jul-Set 2015 v.19 n.3 p.491-497.

DINIZ, A.S.; SILVA, A.P; SOUZA, C.C; *et al.* Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Rev. Eletr. Enf**, Minas Gerais, v.16, n.2, p.312-320, abr/jun. 2014.

DURO, C.L.M; LIMA, M. A. D.C. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.1-6, 2010.

- GUEDES, H.M; MARTINS, J.C.A; CHIANCA, T.C.M. Valor de predicação do sistema de triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. **Rev. Bras. Enferm**, Minas Gerais, v.68, n.1, p.45-51, jan/fev. 2015.
- INOUE, K. C; JÚNIOR, J. A. B; PAPA, M. A. F; et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta Paul Enferm**. 2015; v.28 n.5 p.420-5.
- JÚNIOR, E. F. P; PAULA, V. G; SANTIAGO, L. C; et al. Implementação da classificação de risco em unidade emergência de um hospital público do rio de janeiro- Um relato de experiência. **R. pesq.: cuid. fundam. online** 2012. jan./mar. v.4 n.1 p.2723-32.
- NASCIMENTO, E. R. P; ROSSOHILSENDEGER, B; NETH, C; et al. Classificação de risco na emergência: Avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; v.19 n.1 p.84-8.
- NASCIMENTO, E.R.P; HILSENDEGER, B.R; NETH, C; et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Santa Catarina, v.13, n.4, p.597-603, out/dez. 2011.
- OLIVEIRA, K. K. D; AMORIM, K. K. S; LIMA, A. P. F. N; et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Rev Min Enferm**. 2013 jan/mar; v.17 n.1 p.157-164.
- REDA FEIJÓ, V. B; JUNIOR, L. C; SOUZA, R. K; et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p.627-636, jul/set. 2015.
- SANTOS, M.A. Acolhimento com classificação de risco: um fio guia da administração em emergência. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Salvador, v.6, n.3, p.57-69, jul/dez. 2014.
- SHIROMA, L.M.B; PIRES, D.E.P. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Revista Enfermagem em Foco**, Santa Catarina, v.2, n.1, p.14-17, jan. 2011.
- SILVA, A. P; DINIZ, A. S; ARAÚJO, F. A; et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. **R. Enferm. Cent. O. Min**. 2013 jan/abr; v.3 n.1 p.507-517.
- SILVA, M. F. N; OLIVEIRA, G. N; MARCONATO, A. M; et al. Protocolo de avaliação e classificação de riscode pacientes em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mar-abr.2014;v. 22 n. 2 p.218-25.
- SOUZA, C.C; MATA, L.R.F; CARVALHO, E.C; et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo Manchester. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Minas Gerais, v.47, n.6, p.1318-1324, jul. 2013.

TOMBERG, J.O; CANTARELLI, K.J; GUANILO, M.E.E; *et al.* Acolhimento com avaliação classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. **Cienc. Cuid. Saúde**, Pelotas, v.12, n.1, p.080-087, jan/mar. 2013.

ZEM, K. K. S; MONTEZELI, J. H; PERES, A. M. Acolhimento com classificação de risco: Concepção de Enfermeiros de um Pronto Socorro. **Rev Rene**. 2012; V.13 N.4 P.899-908.