



Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"

**MARIANE CRISPIM AMADO**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO MINISTÉRIO DA SAÚDE:  
UMA REVISÃO LITERÁRIA.**

**ASSIS/SP**

2015



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**MARIANE CRISPIM AMADO**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO MINISTÉRIO DA SAÚDE:  
UMA REVISÃO LITERÁRIA.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem.**

**Orientanda: Mariane Crispim Amado**

**Orientadora: Caroline Lourenço de Almeida Pincerati**

**Linha de Pesquisa: Ciências da Saúde**

**ASSIS/SP**

**2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

A481c AMADO, Mariane Crispim  
Classificação de risco segundo Ministério da Saúde: uma revisão literária / Mariane Crispim Amado. -- Assis, 2015.  
35p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). – Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientadora: Ms. Caroline Lourenço de A. Pincerati

1.Ministério da Saúde 2. Classificação de Risco 3.Emergência  
CDD 610.7361

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO MINISTÉRIO DA SAÚDE:  
UMA REVISÃO LITERÁRIA.**

**MARIANE CRISPIM AMADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, analisado pela seguinte comissão examinadora:

**Orientadora:** Caroline Lourenço de Almeida Pincerato

**Analisador 1:** Rosângela Gonçalves da Silva

ASSIS

2015

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por me dar o fôlego neste período. Aos meus pais que sempre se empenharam para que tudo desse certo. A minha avó Irene, te amo vó. Ao meu marido que me acompanhou e auxiliou sempre. As minhas filhas que tornaram minha vida linda, e me ensinaram o verdadeiro significado do amor. Aos meus amigos de profissão. Minha gratidão...

## **AGRADECIMENTOS**

É difícil agradecer todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e apreensivos, fizeram parte da minha vida, por isso agradeço primeiramente a Deus por me dar saúde e força pra superar as dificuldades.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. Em especial, a minha orientadora Prof. Ms. Caroline L. Almeida Pincerati, que me estendeu a mão quando mais precisei, e me acolheu, como uma mãe acolhe um filho perdido e abandonado.

Agradeço também a minha mãe, pelo amor e incentivo, minhas filhas por fazerem minha vida mais feliz e doce.

Ao meu marido com quem amo partilhar a vida. Obrigado pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada ano.

E o que dizer da minha vó Irene? Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente por acreditar e nunca desistir. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias. Valeu a pena esperar. Hoje estamos colhendo, juntos, os frutos do nosso empenho! Esta vitória é muito mais sua do que minha!!! Obrigada.

E a minha amiga Ana Carolina, que mesmo com todos seus afazeres sempre arrumava um tempo pra me ajudar.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

(1820 – 1910)

## RESUMO

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico, utilizando-se de artigos os quais foram selecionados aqueles que possuem o mesmo objetivo e tema proposto no estudo. Foram utilizadas as bases de dados Bireme, Scielo e Lilacs. Também foi utilizado relato de experiência vivenciado pela autora, durante 14 meses de estágio em uma unidade de referência de urgência. Os descritores utilizados foram: Ministério da Saúde; Classificação de Risco; Emergência. O presente estudo teve como objetivo geral: Descrever a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência definido pelo Ministério da Saúde (MS); e como objetivos específicos: Identificar as dificuldades de implantação da Classificação de Risco nos serviços de urgência com base em informações do MS e experiências vivenciadas pela autora nos serviços de urgência e emergência local. Nos Estados Unidos, desde o início da década de 80, o governo federal exige triagem nos departamentos de emergência para todos os hospitais que desejam ser acreditados pelos programas governamentais, a grande dificuldade de implantação da classificação de risco se dá por questões históricas e também por encontrar dificuldades para o acesso ao sistema público de saúde, a população procura a urgência como porta de entrada para resolução de seus problemas. Estes serviços são frequentemente criticados pela população e seus trabalhadores sentem-se desmotivados com a pressão por atendimento em maiores quantidade e rapidez. Vários trabalhos confirmam este cenário caracterizado por um custeio elevado, grande demanda, saturação dos serviços, usuários e trabalhadores insatisfeitos e violência cotidiana contra os trabalhadores. Podemos considerar assim, que o Ministério da Saúde trás a classificação de risco como ferramenta primordial e essencial para a reorganização dos serviços de urgência/emergência. Assim, realizando a classificação dos pacientes gravemente enfermos, gerando o atendimento em tempo hábil para que o prognóstico seja favorável.

**PALAVRAS CHAVES:** Ministério da Saúde; Classificação de Risco; Emergência.



## **ABSTRACT**

For the development of this research we conducted a bibliographic survey, using articles which will be selected those that have the same goal and theme proposed in the study. We used the Bireme databases, Scielo and Lilacs. It is also used for case studies experienced by the author, during 14 months of training course in a reference unit. The descriptors used were: Ministry of health; Classification of Risk; Emergency. The present study had as general objective: Describe the risk classification in urgent and emergency services defined by the Ministry of health (MS); and as specific objectives: Identify the deployment difficulties of classification of Risk in emergency services based on information from MS and experiences experienced by the author in urgent and emergency services site. In the United States, since the beginning of the Decade of 80, the federal Government requires sorting in emergency departments for all hospitals that wish to be accredited by government programs, the great difficulty of implementation of risk classification is given by historical issues and also for finding difficulties in access to public health care system, the population seeks emergency as the gateway to solving their problems. These services are often criticized by the public and their employees they feel unmotivated with pressure for attendance in higher quantity and speed. Several studies confirm this scenario characterized by a high cost, high demand, saturation of services, users and workers dissatisfied and everyday violence against workers. We can consider that the Ministry of health, bring ratings as primordial and essential tool for the reorganization of the urgent/emergency services. So, making the classification of severely ill patients, generating the service in a timely manner so that the prognosis is favorable.

**Keywords:** Ministry of health; Classification of Risk; Emergency.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1. AUSTRALIAN TRIAGE SCALE.....	18
2.2. CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE.....	18
2.3. EMERGENCY SEVERITY INDEX.....	18
2.4. MANCHESTER TRIAGE SYSTEM.....	19
<b>3. NOTAS EXPLICATIVAS SOBRE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELO     MINISTÉRIO DA SAÚDE.....</b>	<b>21</b>
<b>4. DEFINIÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....</b>	<b>22</b>
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>28</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O processo de triagem foi introduzido nos serviços de emergência (SE) para tentar minimizar o problema de superlotação, permitindo cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes (ALBINO et al, 2007).

Este sistema foi introduzido pelos militares durante a II Guerra Mundial, para escolher soldados feridos em batalha, e estabelecer prioridade no tratamento. O objetivo era devolver, o mais rápido possível, os soldados para os campos de batalha (ALBINO et al, 2007).

Parte-se do princípio de que as unidades de emergências são as principais portas de entrada dos usuários do SUS o que na maioria das vezes resulta na superlotação, devido à excessiva demanda.

A classificação de risco tem como objetivo a melhoria do atendimento, dando mais agilidade ao paciente com maior risco de morte, a priorização desse tipo de atendimento em detrimento ao outros com menor risco. A classificação de risco tem facilitado os atendimentos de urgências, e junto mostra a fragilidade do fluxo das Unidades Básicas de Saúde.

Num primeiro instante se classifica o atendimento em emergência, urgência e eletivo: na emergência o atendimento não pode ser adiado; já urgência não se permite passar de duas horas para o atendimento; e no atendimento eletivo o paciente pode ser encaminhado às unidades de pronto atendimento ou aquele em que se faz na modalidade ambulatorial.

Acredita-se que a maior parte dos casos dos usuários que procuram o pronto socorro poderia ser resolvida na atenção básica, pois geraria uma quantidade menor de conflito e maior qualidade na assistência da equipe multiprofissional. Diante disto é necessário que seja realizado a classificação de risco seguido de protocolo.

Para Bittencourt (2009) superlotação é definida como uma saturação do limite operacional de SEH, com os seguintes indicadores: 100% pacientes nos corredores por causa da falta de leitos disponíveis; não recebimento de ambulâncias por conta

saturação operacional; sala de espera para consulta médica lotada; equipe de profissionais encontra-se no limite da exaustão e mais de uma hora de espera para o atendimento médico.

Atenção Básica deveria constituir a porta de entrada principal da população aos serviços de saúde, contudo devido a alguns fatores ela esta sendo substituída por ambulatórios e serviços especializados de média e alta complexidade. A reduzida ampliação desta atenção e o número diminuído de ações ofertadas em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) resultam diretamente na pouca qualidade e baixa resolatividade. Não alcançando o objetivo de 85% da demanda neste nível (BRASIL, 2004).

Nos dias atuais, no Brasil, as emergências se encontram atuando acima de sua capacidade máxima, seus leitos ocupados acima de 100%. Concorre também para o agravamento do problema: número insuficiente de profissionais, falta de treinamento para estes; verba insuficiente; gerenciamento inadequado de recursos; ausência de seguimento para o tratamento devido à estrutura deficiente (O'Dwyer,2009).

O atendimento de Urgência/Emergência no município é realizado pelo Pronto Socorro Municipal. O serviço de emergência atende a toda demanda do município e região. São realizados (SMSA., 2013):

- Ações de atendimento de urgência /emergência;
- Manutenção e acompanhamento de pacientes em leito de observação;
- Realização de exames de apoio diagnóstico;
- Solicitação de internação através de Central de Vagas.

Em média são feitos 220 atendimentos por dia no Pronto-Socorro de uma cidade do interior. Os atendimentos representam quase o dobro da capacidade.

O município conta com 29 portas de entrada para o SUS,sendo 7 Unidades básicas de saúde(UBS),11 Unidades Saúde da Família(USF), e 7 Unidades de média complexidade:

- Cento de diagnóstico;

- Centro de especialidades;
- Centro de reabilitação;
- CIAPS;
- Pronto Socorro Municipal;
- GIPA;
- Unidade referencial Sudoeste (unidade de Pronto atendimento).

O Pronto socorro Municipal funciona 24hrs, atendendo todo e qualquer tipo de emergência, sendo porta de entrada para Serviço Móvel de Urgência (SAMU), CART, RESGATE, e de 13 municípios da região.

A falta de cobertura na atenção básica provoca superlotação no SE, isso leva ao limite de exaustão e número insuficientes de profissionais. Atendimento sem priorização, demora em atendimento, medicações e exames, com isso corredores lotados e população descontente.

Outro fator agravante são as internações que dependiam da passagem pelo pronto socorro, medicações prescritas em qualquer unidade de saúde, também dependiam do pronto socorro para administração.

Com falta de treinamento dos profissionais, e desconhecimento da população, houve a tentativa de implantação da classificação de risco, porém não houve sucesso.

A equipe de enfermagem se empenhou para que a classificação de risco obtivesse sucesso, porém a equipe médica, não aderiu muito bem a ideia, alegando falta de companheirismo, por dependerem dos outros para efetuar o atendimento.

Nota-se que a classificação de risco ajudaria e muito no atendimento da população, priorizando seus riscos e agilizando o atendimento, na prática, vivenciada pela autora durante estágio em unidades de emergência, observava-se muitas reclamações da população e dificuldades na implantação pelos profissionais de saúde. Diante dos fatos fica a indagação de pesquisa: Como é organizada e por que há dificuldade no entendimento e cumprimento da classificação de risco definida pelo ministério da saúde?

Quando o paciente não recebe adequada classificação de risco, isso gera impactos negativos em sua saúde, pois em um atendimento de urgência/emergência o tempo de espera deste paciente é fundamental para definir o prognóstico do mesmo.

Quando o paciente não é submetido à classificação de risco, isso gera uma superlotação dos serviços de urgência gerando assim a insatisfação da população atendida, ocasionando sobrecarga de trabalho aos profissionais, e refletindo em um atendimento desqualificado.

Com a realização da classificação de risco, ocorre uma melhora no atendimento de urgência/emergência e diminuição da superlotação dos serviços, ocorrendo uma resolutividade dos agravos da população.

O presente estudo teve como objetivo geral: Descrever a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência definido pelo Ministério da Saúde (MS); e como objetivos específicos: Identificar as dificuldades de implantação da Classificação de Risco nos serviços de urgência com base em informações do MS e experiências vivenciadas pela autora nos serviços de urgência e emergência local.

A classificação de risco se faz necessária para priorizar atendimentos de urgência, qualificando assim a assistência prestada aos pacientes gravemente enfermos com risco eminente de vida. Esse processo de triagem foi inserido nos Serviços de Emergência (SE) para reduzir a superlotação, assim assegurando cuidados instantâneos para pacientes urgentes (ALBINO et al., 2007).

Ainda o mesmo autor define que a triagem significa um processo sistemático para indicar quem vai ser visto e tratado primeiro, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade dos pacientes no SE.

Um sistema de classificação de risco apropriado tem impacto sobre vários aspectos da avaliação de um cliente, pois define riscos individuais e, assim, minimiza o tempo de espera de acordo com cada caso clínico, diminuir o tempo de espera para a avaliação médica, impedindo-os de sair antes desta e, com isso ocorre a redução da taxa de retorno nas primeiras horas, que se seguem sua primeira visita. Melhorias nestes parâmetros apontam uma melhor qualidade na assistência (CHRISTINO., 2014)





## 2. REVISÃO DA LITERATURA

O processo de triagem foi introduzido nos serviços de emergência (SE) para tentar minimizar o problema de superlotação, permitindo cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes (ALBINO, 2007).

Triagem (do Francês Trier =classificar) significa um processo sistemático para determinar quem vai ser visto e tratado primeiro. (ALBINO, 2007).

A origem remonta às guerras napoleônicas, quando Baron Dominique Jean Larrey, cirurgião chefe de Bonaparte, priorizou os cuidados de acordo com a gravidade de cada caso, na medida em que os pacientes eram retirados do campo de batalha e levados ao serviço cirúrgico em grande número. Este sistema também foi introduzido pelos militares durante a II Guerra Mundial, para escolher soldados feridos em batalha, e estabelecer prioridade no tratamento. O objetivo era devolver, o mais rápido possível os soldados para os campos de batalha (ALBINO, 2007).

Os departamentos de Emergência da Austrália foram os primeiros a formalizarem a triagem estruturada. Hoje ela é aplicada em praticamente todas as Emergências de hospitais de primeiro mundo, e são muitas as publicações referentes ao assunto, testando e adaptando as escalas existentes para cada região (ALBINO, 2007).

Nos Estados Unidos, desde o início da década de 80, o governo federal exige triagem nos departamentos de emergência para todos os hospitais que desejam ser acreditados pelos programas governamentais (ALBINO, 2007).

O Ministério da Saúde de algumas províncias canadenses também formalizam a obrigatoriedade da triagem nas Emergências dos hospitais. Atualmente os protocolos mais utilizados para a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência em nível mundial são: Australian Triage Scale (ATS), Canadian Triage Acuity Scale (CTAS), Emergency Severity Index (ESI) e o Manchester Triage System (MTS) (CHRISTINO,2014).

Todas essas escalas organizam o atendimento em cinco níveis de priorização,segundo CHRISTINO,2014:

## 2.1 AUSTRALIAN TRIAGE SCALE (ATS)

Compreende cinco categorias de urgência. A cada uma dessas categorias corresponde uma série de descritores clínicos, que vão desde sintomas a parâmetros clínicos e comportamentais.

- ✓ categoria 1: imediata ameaça à vida - imediato;
- ✓ categoria 2: iminente ameaça à vida - 10 minutos;
- ✓ categoria 3: potencial ameaça à vida - 30 minutos;
- ✓ categoria 4: pacientes sérios potencialmente - 60 minutos;
- ✓ categoria 5: pacientes menos urgentes - 120 minutos.

## 2.2 CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE (CTAS)

A escala apresenta cinco níveis, que correspondem a uma cor e tempo-alvo, assim descritos:

- ✓ nível 1: reanimação - azul: imediato;
- ✓ nível 2: emergente - vermelho: 15 minutos;
- ✓ nível 3: urgente - amarelo: 30 minutos;
- ✓ nível 4: menos urgente ou pouco urgente - verde: 60 minutos;
- ✓ nível 5: não urgente - branco: 120 minutos.

## 2.3 EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI)

A prioridade é definida com base em um único fluxograma, com avaliação dos recursos necessários para a adequada assistência. Não há determinação quanto ao tempo para atendimento. Cada instituição determina a sua norma interna.

- ✓ nível 1: emergente: avaliação médica imediata;
- ✓ nível 2: urgente: recomenda-se não mais que 10 minutos para o atendimento;
- ✓ nível 3: os sintomas relacionam-se à doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida;
- ✓ nível 4: pacientes com queixas crônicas, sem ameaça à função de órgãos vitais;

- ✓ nível 5: os pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos. A previsão dos recursos é utilizada apenas para pacientes menos graves; sendo assim, os que necessitam de dois, um ou zero recursos são classificados como 3, 4 e 5, respectivamente.

#### 2.4 MANCHESTER TRIAGE SYSTEM (MTS)

Assim, como nos outros sistemas, este método possui cinco níveis. A cada categoria é atribuído um número, cor, nome e tempo-alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico.

- ✓ nível 1: emergente, vermelho, imediato;
- ✓ nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;
- ✓ nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;
- ✓ nível 4: pouco urgente - verde: 120 minutos;
- ✓ nível 5: não urgente - azul: 240 minutos.

Os quatro sistemas de triagens possuem algumas características em comum: o objetivo é identificar e separar rapidamente o doente em situação de risco de morte e que precisa ser atendido imediatamente dos que podem esperar com segurança o atendimento médico; possuem cinco categorias de urgências;

1. a numeração das categorias de urgência vai do 1 - mais urgente ao 5 - menos urgente;
2. a dor é um importante critério para medir a urgência;
3. asseguram a reavaliação periódica dos pacientes;
4. contribuem com informações que ajudam a definir a complexidade do serviço e dos fluxos;
5. internos; determinam a área mais adequada para atendimento conforme risco;
6. a triagem é realizada pelo enfermeiro.

Em estudos internacionais, como o de Portugal, também há a preocupação em verificação e evolução dos pacientes após a triagem. A realidade da superlotação dos prontos socorros brasileiros é agravada por problemas organizacionais como

atendimento por ordem de chegada sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes (BRASIL, 2006).

Diante aos problemas existentes na atenção as urgências, o ministério da saúde lançou, em 2004, a cartilha de política nacional de humanização (PNH), que aponta o acolhimento como avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência emergência com o objetivo de organizar fluxo e reduzir o tempo de espera dos pacientes com urgência médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Assim entendemos humanização como: mudanças no modelo de atenção e gestão, tendo como foco a necessidade dos cidadãos, a produção em saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho (BRASIL, 2006).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução 145/95 define URGÊNCIA como ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; EMERGÊNCIA como constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento imediato.

Conforme a lei do exercício profissional, o enfermeiro é o profissional habilitado para a realização da triagem (BRASIL, 2005)

Diante desse cenário e mediante as necessidades de implementação da classificação de risco na rede de Atenção à Saúde no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme a resolução nº 423/2012, ressalta que o acolhimento com classificação de risco pode ser realizado pelo enfermeiro desde que o atendimento médico seja garantido e que sejam firmados protocolos, promovendo a agilidade do atendimento de forma digna e harmonizada (BRASIL, 2005) (COFEN, 2012).

O processo de Recepção, Acolhimento e Classificação (RAC) de risco deve ser dinâmico, contínuo e deve incluir atividades que tranquilizam os usuários e seus familiares, trazendo-lhes apoio emocional e segurança.

O enfermeiro da RAC deve manter contato e controle visual com a área de administração e sala de espera dos pacientes, deve ter amplo conhecimento da classificação de risco e ser capaz de fazer uma rápida avaliação clínica deve acompanhar os pacientes ao local do atendimento, bem como reavaliar periodicamente os pacientes da sala de espera (CHICANO D, 2006).

### **3. NOTAS EXPLICATIVAS SOBRE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Os serviços de urgência e emergência são responsáveis pelo atendimento dos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica com a finalidade de possibilitar a resolução dos problemas de saúde dos pacientes que os procuram. Esses serviços funcionam 24 horas, atuando como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais serviços têm como desafio oferecer uma assistência de qualidade em um ambiente em que as demandas das urgências propriamente ditas, das urgências do indivíduo e das urgências sociais se misturam. A demanda de pessoas que procuram esse tipo de serviço cresce todos os dias, sendo a superlotação o fim mais previsível (LOPES., 2011).

Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde; e com o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população (BRASIL., 2002).

Com a grande extensão territorial do País, que impõe distâncias significativas entre municípios de pequeno e médio porte e seus respectivos municípios de referência para a atenção hospitalar especializada e de alta complexidade, necessitando, portanto, de serviços intermediários em complexidade, capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de

cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não graves (LOPES., 2011).

Cria-se a Portaria do Ministério de Saúde nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, com o intuito de organizar e normatizar os serviços de urgência e emergência nos Estados, Distrito Federal e Municípios. Nela propõe-se uma série de mudanças, tanto estruturais quanto operacionais, no que diz respeito ao atendimento às urgências e emergências em todo o território nacional (BRASIL, 2002).

Além de permitir melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, a portaria tornou-se elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada (BRASIL, 2002).

Destaca-se, ainda, a regionalização com referência pactuada e hierarquia resolutiva como a opção mais oportuna para operacionalizar a proposta de acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva, estabilização e referência adequada, de responsabilidade de todos os níveis da rede assistencial: (atenção primária ou básica, atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica). Com vista a essa nova proposta, o processo de acolhimento com classificação de risco é uma alternativa viável que possibilitará a vivência desta primeira atenção preconizada (PIRES, 2003).

A Classificação de Risco é entendida como um processo dinâmico que consiste em identificar o risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário (PIRES, 2003).

#### **4. DEFINIÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

O acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas, partindo do pressuposto da eficácia no atendimento. Com

o auxílio de protocolos preestabelecidos, orienta o atendimento de acordo com o nível de complexidade, e não por ordem de chegada, exercendo, dessa maneira, “uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL., 2002)”.

Os usuários buscam, constantemente, maneiras de atuar sobre suas necessidades com a finalidade de controlar sofrimentos (doenças) e/ou produção de saúde (SMSA., 2002).

O acolhimento com classificação de risco parte da diretriz de que, independentemente do problema de saúde apresentado pelo usuário, o sistema sempre deve oferecer uma resposta positiva a esse problema (SMSA.,2002).

A missão do acolhimento com classificação de risco é ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência, garantindo atendimento resolutivo e humanizado àqueles que se encontram em sofrimento de qualquer natureza (SMSA.,2002).

Os objetivos do acolhimento com classificação de risco são "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 (BRASIL., 2002).

Cabe, então, ao profissional do serviço de emergência, embasado em dados clínicos, em informações objetivas, subjetivas e experiência, avaliar qual paciente necessita de atendimento imediato e qual pode esperar. O processo de acolhimento com classificação de risco deverá ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (PIRES., 2003)

As experiências descritas na literatura sobre o acolhimento e a classificação de risco têm citado o profissional enfermeiro como o executor desse processo. A atuação do

enfermeiro no serviço de acolhimento e classificação de risco, além de constituir uma nova área de atuação para esse profissional, possibilitará melhor gerenciamento de serviços de emergência, pois contribui para garantir o acesso do paciente, diminuir o tempo de espera, diminuir o risco e ocorrências iatrogênicas e melhorar a qualidade do atendimento (FRANCO.,2002).

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

Segundo o Consenso de Enfermeiros de Cuidados Críticos da Espanha, o enfermeiro concebe o paciente como um sujeito em um contexto que o auxilia na resolução do problema daquele. Esse profissional, além de se certificar dos motivos que levaram a pessoa a procurar o serviço, procura saber em que condições ele deverá aguardar a consulta médica, o que produz no paciente uma sensação de estar sendo acolhido (FRANCO., 2002).

Acredita-se que esse profissional possua conhecimento dotado de perícia, com proposições, hipóteses e princípios baseados em situações práticas (FRANCO., 2002).

Nos ambientes de cuidados de saúde complexos, o enfermeiro deverá ser capaz de resolver problemas de forma precisa, eficaz e rápida. Isso significa que ele deve ser capaz de rever uma enorme quantidade de informações, pensar criticamente, fazer julgamentos corretos e decidir que direção a avaliação deverá tomar, realizando, assim, uma coleta de dados orientada para o problema, enfocando a situação atual do cliente (BRASIL., 2009).

O trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco se baseia na tomada de decisão, em que a escuta qualificada e o julgamento clínico e crítico das queixas induzem a um o raciocínio lógico, que determinará o risco. A tomada de decisão pelo enfermeiro, na classificação, tem como objetivo compreender a



informação clínica, a sequência em que a informação se processa e as vias pelas quais essa informação determina a categoria de classificação (BRASIL, 2009).

Para tal ação, o enfermeiro utilizará um protocolo previamente selecionado como diretriz técnica que embasará teoricamente a decisão. É o enfermeiro quem decide qual e quanta informação precisará ser obtida sobre o estado de saúde de um cliente, avaliando tanto dados objetivos quanto subjetivos.

O protocolo deverá ser a diretriz orientadora, trazendo experiências concretas e embasadas cientificamente, além de garantir a consistência do cuidado que será oferecido (BRASIL, 2009).

O enfermeiro é o profissional preparado para exercer a função de sujeito no processo de classificação de risco, tendo para tal, o respaldo da lei do exercício profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que garante ao profissional enfermeiro, privativamente, a consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde (CORENMG, 2006).

O protocolo deve ser apropriado por toda a equipe que atua na urgência: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais e funcionários administrativos; explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado, uma vez que o risco é classificado (CORENMG, 2006).

Recomenda-se que o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco: preferencial de cores, e não de números (exemplo no caso de quatro níveis de classificação, do mais grave ao menos grave: vermelho, amarelo, verde, azul);

A classificação deve ser anotada na ficha de atendimento, e não diretamente no usuário (pulseira, por exemplo), uma vez que a classificação não é permanente e pode mudar em função de alterações do estado clínico e de reavaliações sistemáticas.

A classificação de risco deve ser dinâmica, sendo necessário que, periodicamente, se reavalie o risco daqueles que ainda não foram atendidos ou mesmo daqueles cujo tempo de espera após a classificação é maior do que aquele que foi

estabelecido no protocolo. É muito importante que a organização do atendimento na urgência por meio do acolhimento com classificação de risco seja divulgada com clareza para os usuários (BRASIL, 2009).

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis, de acordo com o MS:

- ✓ 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 horário de chegada.

## 5. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico, utilizando-se de artigos os quais foram selecionados aqueles que possuem o mesmo objetivo e tema proposto no estudo. Foi utilizado como base de dados Biblioteca Virtual em saúde (Bireme), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs), Também foi utilizado relato de experiência vivenciado pela autora, durante 14 meses de estágio em uma unidade de referência de urgência.

Os descritores usados foram: Ministério da Saúde; Classificação de Risco; Emergência.

Foram utilizados critérios de inclusão: apenas artigos publicados a partir de 2000, por serem artigos mais atualizados com relação a temática escolhida, disponíveis online e texto completo, idioma português e que estejam relacionados com os descritores citados.

Foram critérios de exclusão: estudos cujo o tema não atendiam o objetivo do trabalho, que não estavam no idioma português, não publicados de 2000 a 2015, e artigos que não tinham acesso ao texto completo e não disponíveis on line.

Foram encontrados 81 artigos, destes 18 foram utilizados, 27 em inglês e 36 Não atingiam o objetivo do trabalho.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo Magalhães, 1998, a grande dificuldade de implantação da classificação de risco se dá por questões históricas e também por encontrar dificuldades para o acesso ao sistema público de saúde, a população procura a urgência como porta de entrada para resolução de seus problemas. Estes serviços são frequentemente criticados pela população e seus trabalhadores sentem-se desmotivados com a pressão por atendimento em maiores quantidade e rapidez. Vários trabalhos confirmam este cenário caracterizado por um custeio elevado, grande demanda, saturação dos serviços, usuários e trabalhadores insatisfeitos e violência cotidiana contra os trabalhadores (MAGALHÃES, 1998; SANTOS JÚNIOR, 2004; ROCHA, 2005).

À procura por atendimento em unidades de urgência e emergência, além de ser cultural, se justifica por falta de retaguarda na atenção primária, falta de médicos, demora para liberação de exames e falta de uma política de saúde, estratégias de enfrentamento voltada para a atenção básica, como por exemplo, estendendo o horário de funcionamento, para garantir o acesso a quem trabalha.

As unidades de urgência e emergência são consideradas a referência para tratamento de todo e qualquer caso pela população em geral, por serem locais com atendimento rápido e resolutivo. Apoiando-se em tal concepção, o foco da atenção à saúde voltada para o pilar da doença, da cura, e não da prevenção (MAGALHÃES, 1998; SANTOS JÚNIOR, 2004; ROCHA, 2005).

É fato que o padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é principalmente explicado por seu perfil de necessidade em saúde; porém, as preferências e escolhas dos usuários influenciam na utilização dos serviços tanto quanto a forma como a rede está estruturada. Essa constatação precisa ser incorporada por gestores e profissionais para diminuir a expectativa de que a resolução estrutural da rede de serviços de saúde é condição suficiente para corrigir o inadequado padrão de utilização dos mesmos.

Corresponder às expectativas da clientela é um dos maiores desafios para a organização da assistência. Esse desafio deve ser perseguido por gestores e acolhido pelos profissionais, já que são os atores da prática que legitimam o SUS perante a população.

A população passa a entender o serviço de urgência e emergência não como um serviço voltado para o atendimento de paciente em risco de morte, mas, sim, como alternativa para a falta de retaguarda na atenção básica e procura de agilidade no tratamento (MAGALHÃES, 1998; SANTOS JÚNIOR, 2004; ROCHA, 2005).

Nesse contexto, os serviços de urgência e emergência de todo o País se vêem superlotados, com demandas que se misturam: paciente com real situação de urgência e emergência e pacientes com necessidade de atendimento de baixa complexidade juntos no mesmo ambiente, o que dificulta a visualização e o estabelecimento de prioridades de atendimento (BRASIL, 2002).

O'Dwyer (2009), cita que nos últimos anos a procura pelo atendimento nos serviços públicos hospitalares e de emergência tem aumentado consideravelmente. Por outro, lado estes serviços estão sendo utilizados indevidamente, devido o fato de que 65% dos usuários atendidos poderiam ter seu atendimento garantido em ambulatório; desses 36% não darão seguimento ambulatorial à patologia motivacional aumentando a reincidência e em consequência, o acúmulo de doentes nos serviços de emergência nos setores públicos e privados no Brasil e em outros países em desenvolvimento, e até nos países desenvolvidos.

Além da dificuldade de absorção pelo próprio hospital do atendimento gerado na emergência, principalmente da urgência clínica, existe pouca conexão entre esse atendimento e o seguimento possível na rede. A emergência, por suas características, acaba fazendo o papel de reguladora do sistema, ou seja, depósito dos problemas não resolvidos.

Com a melhor definição da rede e fortalecimento do PSF, pode ser que os serviços de emergência deixem de ser a real e principal porta de entrada do sistema e que o processo de trabalho nesses serviços seja mais compatível com a sua missão.

Cecílio (2000), diz ainda que, o modelo de saúde idealizado pela população ainda é hospitalocêntrica, centrada no atendimento médico, representado pelas unidades de emergência, mesmo superlotadas e impessoais, sendo o local que reúne um somatório de recursos: consultas, remédios, procedimentos, exames de laboratórios e internações enquanto as redes básicas apenas consultam.

Os serviços de emergência encontram-se desfavoráveis a prática assistencial dos trabalhadores devido às dificuldades enfrentadas para garantir atendimento de qualidade e resolutividade aos usuários. Geralmente os profissionais deparam-se com conflitos técnicos éticos, causados por problemas relativos ao processo de trabalho devido a situações de superlotação, deficiência de recursos humanos, desse modo entende-se que a organização tecnológica do trabalho em saúde tem como trabalho especial nas unidades de emergência: a complexidade do trabalho; a necessidade de um trabalho coletivo dinâmico e integrador, para garantir a qualidade da assistência, bem como melhorar a satisfação do seu trabalho com o objeto do seu trabalho (SANTOS,2014).

O serviço hospitalar de emergência continua sendo um desafio para o SUS por ser complexo em termos de necessidades tecnológicas, por exigir um processo de trabalho árduo e por refletir as precárias condições sociais da população atendida e a precariedade da situação dos trabalhadores de saúde. A organização da rede é o caminho, assim como o controle social, a formação de recursos humanos e o financiamento compatível com as atribuições e responsabilidades dos serviços.

Uma consequência da superlotação das emergências é a tendência restritiva. Outros estudos brasileiros sobre os serviços de emergência têm demonstrado a dificuldade de lidar com a demanda excessiva de pacientes não graves que se justifica por: fácil acessibilidade, funcionamento ininterrupto; impossibilidade de recorrer aos serviços ambulatoriais e também por se sentirem angustiadas e apreensivas. Os autores afirmam que o excesso de demanda acarreta acúmulo de tarefas e conseqüentemente sobrecarga para toda a equipe de profissionais, contribuindo para o aumento dos custos hospitalares. Também aponta para a ineficácia do sistema de saúde, incapaz de oferecer a esses indivíduos um acesso mais fácil à rede de atenção primária. A realidade descrita nesse estudo é semelhante á encontrada na literatura, na qual o excesso de atendimentos ambulatoriais foi tido

como a principal causa de superlotação. Os serviços deveriam discutir com a rede como integrar esse tipo de paciente (o ambulatorial) às outras possíveis portas de entrada e preparar-se para atendê-lo, já que as demandas são geradas por fatores culturais e por deficiências de recursos tecnológicos e sociais.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Podemos considerar assim, que o Ministério da Saúde traz a classificação de risco como ferramenta primordial e essencial para a reorganização dos serviços de urgência/emergência. Assim, realizando a classificação dos pacientes gravemente enfermos, gerando o atendimento em tempo hábil para que o prognóstico seja favorável.

As grandes dificuldades encontradas nos artigos foram principalmente a falta de adesão por parte dos profissionais, infraestrutura inadequada e falta de retarguarda na atenção primária e secundária, gerando superlotação dos serviços terciários, com isso, a assistência torna-se desqualificada aos pacientes com agravos reais de urgência/emergência e descontentamento da população atendida.

As experiências vivenciadas pela autora corroboram com os dados obtidos na literatura, e ainda ressalta que na unidade onde vivenciou o período de estágio, a classificação de risco não funcionou devido a falta de adesão por parte da equipe e também a falta de estrutura da unidade, e ainda ressalta que a falta de comprometimento de resolução de problemas da atenção primária e secundária faz com que a população procurem as unidades de urgência/emergência para que suas aflições e doenças sejam sanadas, por se tratar de um serviço que possui atendimento 24 horas.



## 8. REFERÊNCIAS

ALBINO, Rubbia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, 36(4): 70-75.2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=479397&indexSearch=ID>.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública** vol.25 no.7 Rio de Janeiro. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmações dos seus princípios e diretrizes** – 2º Ed. Atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004-2.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde** . Brasília : editora do Ministério da Saúde, 2006-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS:** acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência, Brasília (DF) Ministério da saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/svs/publicações/acolhimento.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às urgências.** BRASÍLIA (DF): Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Humaniza SUS- **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2004.

BELO HORIZONTE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Proposta de regulação da porta de entrada das unidades de urgência e emergência de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG: SMSA; 2002.

CECÍLIO, C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Riode Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 2000.

CHICANO D, Francisco J. **La Enfermera de recepción, acogida y clasificación.**, 2006 . Disponível em: [http //www.um.es/eglobal/6/06b01.html](http://www.um.es/eglobal/6/06b01.html).

CHRISTINO, T.G.T. Avaliação e Classificação de Risco baseada no Sistema de Triagem Sul-Africano adaptada em um modelo de serviço de emergência: um estudo descritivo e observacional em um hospital terciário privando. **X CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO** 08 e 09 de agosto de 2014, ISSN 1984-9354.

Conselho Regional de Enfermagem. [Citado em 20 de maio 2006]. Disponível em <http://www.corenmg.org.br>.

FRANCO TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2002 15(2):345-53.

LOPES, Jenifer Brito. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência**. Revisão Integrativa. Porto Alegre;2011.

O'DWYER,Gisele O.; OLIVEIRA, Sergio P.; Seta, Marismary H. de Seta. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS**. vol.14 no.5 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2009.

PIRES PS.Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: "Canadian Triage and Acuity Scale" (CTAS)

[dissertação]. **São Paulo: Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo; 2003

SANTOS CAS, SANTO EE. Análise das causas e consequências da superlotação dos serviços de emergências hospitalares: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde e Desenvolvimento** | vol.5 n.3 | jan/jun 2014.

SOUZA CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM .Classificação de risco em um pronto socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am.enfermagem**, 2011. Disponível em: [HTTP//eerp.usp.br/rlae](http://eerp.usp.br/rlae).