

# A Atuação do Enfermeiro no Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Saúde

## The Nurse's Acting in the Welfare and Risk Classification System in Health Services

Orlando Camargo Neto<sup>a</sup>; Gleice Kelli Santana de Andrade<sup>b</sup>; Luciana Brondi Karpiuck<sup>c</sup>; Amanda Rodrigues Ganassin<sup>d\*</sup>

<sup>a</sup>Associação Beneficente de Campo Grande – Santa Casa. MS, Brasil.

<sup>b</sup>Hospital São Julião, Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados. MS, Brasil.

<sup>c</sup>Universidade Católica Dom Bosco. MS, Brasil.

<sup>d</sup>Universidade Anhanguera – Uniderp, MS, Brasil.

\*E-mail: [amanda.ganassin@anhanguera.com](mailto:amanda.ganassin@anhanguera.com)

Recebido em: 24/04/2018

Aprovado em: 24/03/2018

---

### Resumo

A classificação de risco tem sido uma medida adotada pelo Ministério da Saúde com o propósito de diminuir os riscos para os pacientes, que aguardam por atendimento nos serviços de saúde, com o propósito de promover um atendimento mais qualificado, humanizado e organizado, em consonância com o grau de complexidade de cada caso. O enfermeiro é o profissional de referência para realizar a classificação de risco, sendo amparado legalmente por um protocolo para auxiliar a tomada de decisão. O objetivo deste artigo é descrever a atuação do enfermeiro no sistema de acolhimento e classificação de risco nos serviços de saúde. O presente estudo se trata de uma revisão bibliográfica narrativa com abordagem descritiva, utilizando publicações de artigos anexados nas Bases de Dados de Enfermagem (BDEnF), da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Eletronic Librari Online* (SciELO) e publicações do Ministério da Saúde. O trabalho do enfermeiro nas unidades de saúde, sem dúvida, é de extrema importância na construção do cuidado, garantindo a segurança, a tranquilidade e a satisfação para todos os usuários. Constata-se como aspecto relevante a atuação dos profissionais de saúde, com notoriedade ao enfermeiro, que independente do protocolo que utilize está amparado, de forma legal e científica, para realizar a tomada de decisão acerca do acolhimento com classificação de risco daqueles que buscam por atendimento nos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem. Emergências. Triage.

### Abstract

*The risk classification has been an adopted measure by the Health Minister with the objective of decreasing the risk for the patients that are waiting for health assistance, with the propose of a more qualified, humanized and organized assistance, according to the level complexity of each case. The nurse is a reference professional to perform the risk classification, being legally supported by a protocol to help the decision making. The goal of this paper was describe the nurse's acting on the care system and the risk classification in the health services. This study is a bibliography review with descriptive approach focusing the nurse on the care and risk classification in the health services. For this research papers indexed at the Base de Dados de Enfermagem (BDEnF), Literatura Latino Americana and Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Eletronic Librari Online (SciELO) and Health Minister publications were used. The nurse's work in the health units is undoubtedly of extreme importance in the care construction, guaranteeing safety, tranquility and satisfaction for all the users. It is checked as relevant aspect due to the the health professionals' actuation, with notoriety to the nurse. It is understood the protocol used does not matter, the nurse is legally and scientifically supported to makethe decision about the patients' risk classification when looking for attendance.*

**Palavras-chave:** Nurse Assistance. Emergencies. Triage.

---

## 1 Introdução

Os modelos de triagem praticados vêm com o objetivo de organizar a demanda de pacientes, que procuram as unidades de saúde, identificando as necessidades de atendimento imediato, e reconhecendo os casos que podem aguardar em segurança o atendimento<sup>1</sup>.

O acolhimento e a classificação de risco, essenciais na prática de atendimento humano, de qualidade e na priorização eficaz, são evidenciados como função destinada ao profissional enfermeiro, pois este reúne todas as condições necessárias para a aplicação de escalas de avaliação e, posteriormente, realizar a classificação de risco, ordenando a ordem e a forma

de atendimento<sup>2,3</sup>.

A classificação de risco é uma área de atuação do enfermeiro que possibilita, além da experiência profissional, a padronização no atendimento com ampliação da qualidade do serviço de enfermagem, aprimoramento da assistência e o gerenciamento da unidade de saúde<sup>4</sup>.

O Ministério da Saúde destaca que cabe ao profissional enfermeiro, por meio da Consulta de Enfermagem, realizar a Classificação de Risco, que irá resultar na organização dos usuários para o atendimento, segundo o nível de prioridade dos casos atendidos<sup>5</sup>. O presente estudo objetivou descrever a importância do enfermeiro no sistema de acolhimento e de

classificação de risco nos serviços de saúde.

## 2 Desenvolvimento

### 2.1 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica narrativa com abordagem descritiva. Foram utilizadas publicações pertinentes, disponibilizadas nas Bases de Dados de Enfermagem (BDENf), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scintific Eletronic Library Online (SciELO), e da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Também foram utilizadas produções literárias do Ministério da Saúde, portarias e manuais que relatam sobre o assunto. Como critério de inclusão foram consultadas as publicações em português e inglês dos últimos 10 anos, que apresentaram ideias objetivas, claras e condizentes com o assunto.

Para o levantamento das publicações, nas bases de dados, foram eleitos os descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Assistência de Enfermagem; Acolhimento; Classificação de Risco; Urgência e Emergência.

Após o procedimento da busca eletrônica nas bases de dados mencionadas, as publicações foram pré-selecionadas com base na leitura do título e resumo ou apresentação. Após a leitura na íntegra das publicações previamente selecionadas, os trabalhos selecionados constituíram a pesquisa.

### 2.2 Discussão

#### 2.2.1 A Estruturação da Rede de Serviços de Urgência/Emergência no Brasil

Os serviços de emergência e urgência atendem pacientes, em quadros agudos, de causa clínica, psiquiátrica ou traumática. Funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana, com o desafio de ofertar um atendimento digno e de qualidade<sup>6</sup>.

Como maneira de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) está o serviço de urgência, e este suscetível a receber os mais variados casos, desde os mais simples, até os mais complexos, sendo que os casos de baixa complexidade ou crônicos poderiam ser atendidos na atenção básica. A desorganização e a não aplicação da triagem com classificação de risco por prioridade gera um caos no sistema, colocando em risco a vida dos usuários<sup>7</sup>.

López<sup>8</sup> enfatiza que os serviços de urgência e de emergência são, na maioria das vezes, utilizados para perfazer as carências de outros recursos assistenciais. Estudos<sup>9</sup> demonstram em pesquisas o aumento pela procura por atendimento ambulatorial nos prontos socorros, evidenciando que os pacientes só procuram este serviço, porque não conseguiram acesso em outro local, já chegando descompensados clinicamente nos serviços de urgência, precisando assim de procedimentos invasivos, sem a resolução do seu problema base.

Pires<sup>10</sup> destaca que é mais fácil e cômodo procurar atendimento no pronto-socorro, pois cedo ou tarde o paciente será atendido, driblando assim as dificuldades impostas pelos planos de saúde e a pouca mão de obra qualificada para atender a grande demanda nas redes públicas. Corroborando com essa ideia, Oliveira *et al.*<sup>2</sup> relatam que grande parte dos cuidados prestados nestas unidades são casos de baixa complexidade, que são referenciados para essas unidades devido à estrutura insuficiente nos serviços de atenção primária.

Destaca-se que o aumento da demanda, somado à rede assistencial insuficiente contribui, de maneira significativa, para a sobrecarga nos serviços de urgência e de emergência<sup>11</sup>. Para Souza *et al.*<sup>12</sup>, os serviços de urgência e de emergência no Brasil enfrentam grandes desafios, os quais precisam urgentemente ser superados, destacando como principal indicador a superlotação.

Duro *et al.*<sup>13</sup> relatam que o sistema de saúde brasileiro é organizado de forma fragmentada, e os cuidados primários de saúde não se comunicam, de forma adequada, com os cuidados de nível secundário, e estes dois níveis também não se comunicam com o nível terciário.

O Ministério da Saúde frente a todo esse cenário, em parceria com todas as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios, vem adotando medidas para garantir o atendimento às urgências de forma oportuna e qualificada, formando Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde. Em setembro de 2003 foi instituída, pela Portaria nº 1.863, a Política Nacional de Atenção às Urgências<sup>14</sup>, que tem como princípios: adotar ações que promovam qualidade de vida, através de ações transeitoriais que atuem no setor de urgência; organizar as redes loco - regionais de atenção integral às urgências; instalar e operar centrais de regulação médica; capacitar constantemente as equipes de saúde, em todos os âmbitos de atenção; orientar quanto aos princípios de humanização de atenção.

São componentes desta rede de atenção: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, rede hospitalar e componente pós-hospitalar<sup>14</sup>. Segundo Brasil<sup>14</sup>, a unidade hospitalar fixa é aquela na qual o atendimento é prestado em um nível primário aos pacientes portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, que possam causar sequelas, sofrimento e até a morte. Compõem a rede de atendimento pré-hospitalar fixo: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programa de Saúde da Família (PSF), Ambulatórios Especializados, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Salas de Estabilização (SE).

A responsabilidade por acolher os pacientes portadores de quadros agudos ou crônicos, em sua área de abrangência, é das Unidades Básicas de Saúde (UBS's), com local pré-determinado e com materiais e medicamentos específicos. É de extrema importância que estas unidades façam pactuações com outras redes de assistência, se caso o paciente necessite de cuidados especializados em outro nível de complexidade,

dessa forma, assegurando uma assistência contínua<sup>14</sup>.

Define-se como Pronto Atendimento o local no qual é prestado serviços de saúde intermediários, entre a UBS e a Rede Hospitalar, prestando serviço resolutivo e qualificado aos quadros clínicos agudos, traumáticos e os primeiros

atendimentos aos de natureza cirúrgica, definindo a necessidade ou não de encaminhamento aos outros serviços de maior complexidade<sup>15</sup>.

As UPA são classificadas em três portes, de acordo com a população a ser assistida, conforme o Quadro 1:

**Quadro 1** - Caracterização das UPA segundo o seu porte.

| UPA              | População da Região de Cobertura | Área Física          | Nº de atendimentos médicos em 24 horas | Nº mínimo de médicos por plantão                          | Nº mínimo de leitos de observação |
|------------------|----------------------------------|----------------------|--|---|-----------------------------------|
| <b>Porte I</b>   | 50.000 a 100.000 habitantes      | 700 m <sup>2</sup>   | 50 a 150 pacientes                     | 2 médicos, sendo um pediatra e um clínico geral           | 5 - 8 leitos                      |
| <b>Porte II</b>  | 100.001 a 200.000 habitantes     | 1.000 m <sup>2</sup> | 151 a 300 pacientes                    | 4 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais | 9 – 12 leitos                     |
| <b>Porte III</b> | 200.001 a 300.000 habitantes     | 1.300 m <sup>2</sup> | 301 a 450 pacientes                    | 6 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais | 13 – 20 leitos                    |

Fonte: Adaptado Brasil<sup>15</sup>.

As UPA devem funcionar todos os dias da semana, 24 horas por dia e ter o acolhimento com classificação de risco implantado, estabelecendo prioridade de acordo com a clínica do paciente, norteado por protocolos clínicos e operacionais. Mantém-se articulado com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidades Hospitalares, e com outros serviços de apoio à saúde do sistema em loco, ordenando os fluxos de referência por meio das Centrais de Regulação Médica<sup>16</sup>.

As salas de estabilização compõem também a rede de atenção à saúde e funcionam como um local de estabilização de pacientes para, posteriormente, serem referenciados para outro serviço com uma estrutura mais completa. Estão em locais, cuja posição demográfica seja estratégica em relação à rede de suporte ao SAMU, funcionam em locais nos quais a cobertura populacional seja menor que 50.000 habitantes<sup>13</sup>.

O atendimento pré-hospitalar móvel é realizado pelo SAMU e pelos serviços associados de salvamento e de resgate, visando um atendimento precoce para a vítima, após um agravo à sua saúde<sup>15</sup>.

O SAMU é atrelado a uma central de regulação médica, em que a população tem acesso gratuito através do número de telefone 192, no qual o chamado é encaminhado para o médico regulador, e este já dá as primeiras coordenadas para o solicitante no local até a chegada da equipe móvel, seja via terrestre, aquática ou aérea<sup>16</sup>.

Segundo Brasil<sup>16</sup>, a equipe do SAMU é composta por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, telefonista, rádio operador e condutor de veículos de urgência, e suas competências e atribuições estão contidos na Portaria GM nº 2.048.

Atualmente, no Brasil, o SAMU conta com os seguintes

tipos de ambulâncias<sup>17</sup>: Ambulância de Suporte Básico de Vida (USB); Ambulância de Suporte Avançado de Vida (USA); Aeronave de Transporte Médico; Embarcação de Transporte Médico; Veículo de Intervenção Rápida (VIR); Motolância.

O componente da rede hospitalar é composto por Unidade Hospitalares de atendimento de urgência e emergência, classificadas em: Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I e do Tipo II; Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências do Tipo I, II e III. Todas estas unidades devem ter equipes capacitadas pelos Núcleos de Educação em Urgências, importante também que tais unidades sejam vinculadas aos serviços de referência e contra referência, mediados pela central de regulação, todos acordados e pactuados previamente, estabelecendo continuidade do atendimento<sup>17</sup>. E ainda se conta com atendimento integrado à rede do componente pós-hospitalar, composto pelas modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais DIA e projetos de reabilitação de base comunitária<sup>18</sup>.

### 2.2.2 Acolhimento com Classificação de Risco

O Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 2.048, de 2002, remodela a forma de atendimento aos casos de urgência e emergência, propondo que o acolhimento seja realizado de forma resolutiva e qualificado. Também ressalta a formação e a qualificação dos profissionais que trabalham nos serviços de urgência e emergência<sup>14</sup>.

Diante disso, o Ministério da Saúde se preocupou com a melhoria da qualidade da assistência prestada, em especial, nos serviços de urgência e emergência, desenvolvendo cartilhas e manuais, dentre estas estão: acolhimento com Classificação de Risco, lançada no ano de 2004; acolhimento nas Práticas

de Saúde, no ano de 2006; e acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, no ano de 2009<sup>15</sup>.

Em 2004, com a implantação do Programa Nacional de Humanização (PNH), no Sistema Único de Saúde (SUS), foi colocada em prática a utilização do Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco, com o intuito de melhoria no atendimento, funcionando como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, atendendo assim uma das principais diretrizes do SUS<sup>18</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, o ato de acolher é um modo propulsor para um atendimento com qualidade, respeito, dignidade e compromisso para todos os usuários que procuram os serviços de urgência, direcionando-os de acordo com as suas necessidades e garantindo uma rede assistencial continuada<sup>20</sup>.

Para Solla<sup>21</sup>, acolher representa uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH), atendendo o usuário como um todo, com respeito a sua integridade moral, psíquica e física, contemplando assim os princípios do SUS.

Um fator a ser alcançado com o processo de acolher é que o responsável pela triagem saiba reconhecer as prioridades, atendendo todos que procurarem o serviço sem distinção, através da escuta qualificada, sanando as dúvidas, e quando necessário, encaminhar para outros serviços, oferecendo continuidade da assistência<sup>22</sup>.

Um dos principais objetivos do acolhimento é a resolutividade e humanização no atendimento, sabendo direcionar os usuários para um atendimento mais adequado e encaminhá-los, quando necessário<sup>1</sup>.

Com enfoque na reorganização no serviço de urgência, de modo a garantir acesso universal e humanização na assistência, o acolhimento é usado como instrumento de investigação das prioridades dos que procuram o serviço, realizando a identificação dos problemas e buscando soluções dos mesmos<sup>23</sup>.

Nota-se um aumento da demanda nos atendimentos dos serviços de emergência. Causa esta é que a maioria da população não tem acesso à atenção primária de saúde, contribuindo para a superlotação nos serviços de emergência. A maioria dos atendimentos está relacionada com doenças de longa data, ou seja, crônicas, ou problemas simples, que poderiam ser solucionados na atenção primária<sup>24</sup>.

Com todo este problema, nos serviços de emergência, verificou-se que na maioria dos casos, os atendimentos estavam sendo realizados pela ordem de chegada, ou seja, os casos de maior gravidade não eram priorizados, acarretando sérios prejuízos à saúde dos usuários<sup>25</sup>.

A maioria dos usuários considera o setor de urgência e emergência uma porta de entrada fácil para o atendimento, pois nesta se encontra uma maior gama de recursos, como exames laboratoriais, de imagem, entre outros<sup>21</sup>.

Alguns fatores são levados em consideração para a redução da lotação nas emergências, e um destes é conhecer o público que procura este tipo de serviço, dessa forma se

pode realizar um melhor planejamento de ações em saúde, usando estas informações como ferramenta para traçar o perfil epidemiológico, em que seriam organizados e pactuados acordos com os serviços de referência e contra referência, com o objetivo principal de reduzir as lotações<sup>26</sup>.

Diante deste problema, o Ministério da Saúde propôs medidas para tentar solucioná-los, criando algumas ferramentas de trabalho, dentre estas o Acolhimento com Classificação de Risco<sup>27</sup>.

Segundo Brasil<sup>28</sup>, o acolhimento com classificação de risco funciona como instrumento organizador do serviço, com o intuito de definir a prioridade no atendimento não pela sua chegada ao serviço, e sim pela sua gravidade, por riscos de agravar o quadro clínico ou por maior sofrimento.

Brasil<sup>20</sup> complementa que para adotar novos protocolos de atendimento, como o caso do acolhimento e classificação de risco, requer adoção de novas linhas de pensamento e, conseqüentemente, maiores mudanças nos sistemas de saúde, o qual precisa se adaptar para a implementação deste sistema de classificação, com o intuito de melhoria nas condições do serviço.

A classificação de risco é um método dinâmico, que detecta os casos que precisam ser atendidos imediatamente ou não, de acordo com os critérios de risco, agravos à saúde e sofrimento<sup>15</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>20</sup> explica que os principais objetivos da classificação de risco são: avaliar o paciente logo quando chega ao pronto-socorro, tornando o atendimento mais humano; descongestionar o pronto-socorro, evitando assim superlotações; diminuir o tempo de espera pelo atendimento médico; determinar o local do atendimento primário, encaminhar o paciente para as especialidades que ele necessita, conforme protocolos; informar ao paciente e a família o tempo de espera pelo atendimento.

Dessa maneira, o acolhimento com classificação de risco implica em determinar o tempo hábil para o atendimento, a partir da análise situacional de saúde do paciente, sob a ótica de protocolos já preestabelecidos pelo Ministério da Saúde, sendo assim considerado um dispositivo para humanização do atendimento na proporção em que o atendimento deverá ser eleito de acordo com a complexidade clínica e não pela posição de chegada ao serviço<sup>20</sup>.

Para realizar o acolhimento com classificação de risco, foi implementado um método de triagem nos serviços de emergência, de acordo com a gravidade dos casos, identificando os casos que necessitam ser atendidos primeiro, e os que podem aguardar de maneira segura sem oferecer riscos para saúde<sup>1</sup> do indivíduo.

No mundo existem inúmeras escalas de classificação de risco, como por exemplo<sup>29</sup>:

- MTS – Manchester Triage System (Reino Unido). Trabalha com algoritmos e discriminadores chaves, associados aos tempos de espera simbolizados por cores. É utilizado em vários países da Europa;

- NTS – National Triage Scale (Australia). Foi o propulsor dos sistemas com tempo de espera de acordo com a gravidade do caso;
- CTAS – Canadian Emergency Department Triage e Acuity Scale (Canadá). Muito parecido com o sistema Australiano, porém muito mais complexo, em uso em grande parte do Canadá;
- ESI – Emergency Severity Index (Estados Unidos). Funciona com um único algoritmo, com mais enfoque nos recursos para realizar o atendimento. Não é utilizado em todo país;
- MAT – Model Andorrà Del Triage (Modelo de Andorra). É alicerçado nos sintomas, usa discriminadores e algoritmos, mas é muito complicado de utilizá-lo, e dispende muito tempo para realizar a classificação, em média cerca de 8 minutos. Ambas com o objetivo de realizar uma triagem adequada, estabelecendo prioridades.

Já no Brasil, o primeiro protocolo de classificação de risco estabelecido pelo Ministério da Saúde, no ano de 2004, foi a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, como parte integrante do Programa Nacional de Humanização, e esta foi implementada em diversos hospitais brasileiros<sup>30</sup>.

No entanto, somente após a adequação dos protocolos internacionais que a priorização do atendimento foi centrada no enfermeiro, graças a iniciativas como a do Hospital Odilon Behrens de Belo Horizonte<sup>31</sup>.

Brasil<sup>20</sup> explica que este protocolo norteia a maneira de atender e realizar a classificação de risco, por meio de qualificação dos profissionais com base em sistemas de informação, com o objetivo de promover uma assistência de qualidade. Este protocolo é dividido da seguinte forma:

- Área Vermelha: destinada ao atendimento imediato, ou seja, as emergências e urgências. Tem prioridade zero;
- Área Amarela: para atender pacientes críticos e semicríticos, porém já estáveis. Tem prioridade 1;
- Área Verde: atende todos os pacientes não críticos, menos graves. Tem prioridade 2;
- Área Azul: atendimentos de média e baixa complexidade, sendo ordenados conforme a ordem de chegada.

Outro protocolo, validado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, é o de Manchester (MTS), que também realiza a triagem com classificação de risco. Este protocolo é norteado por situação clínica e por cor, sendo que cada cor determinará o limite máximo de tempo para realizar o atendimento, que vai de zero como prioridade imediata há 240 minutos para os casos não urgentes: Nível 1 – Emergência (VERMELHO) – Avaliação Imediata; Nível 2 – Muito Urgente (LARANJA) – Avaliação em 10 minutos; Nível 3 – Urgência (AMARELO) – Avaliação em 60 minutos; Nível 4 – Pouco Urgente – (VERDE) – Avaliação em 120 minutos; Nível 5 – Não Urgente – (AZUL) – Avaliação em 240 minutos<sup>24</sup>.

Este protocolo possui 52 fluxogramas com discriminadores gerais e específicos. Estes discriminadores estão apresentados na forma de fluxograma, no intuito de conduzir a avaliação da queixa principal relatada pelo paciente no momento do acolhimento.

Ressaltando que os protocolos não substituem a interação, o diálogo, a escuta, o respeito durante o acolhimento e da exploração das queixas dos clientes durante o processo de avaliação dos seus problemas<sup>12</sup>.

De acordo com o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco<sup>30</sup>, determinada a prioridade clínica de cada paciente é importante monitorar e reavaliá-lo, constantemente, tendo em vista que sua condição clínica pode agravar, aumentando dessa forma o nível de prioridade clínica, ou mesmo pode diminuir, minimizando sua prioridade quanto ao tempo de espera para o atendimento.

A concordância entre a avaliação do profissional e o protocolo institucional adotado é essencial para garantir a segurança da população assistida<sup>1</sup>.

Organizar a fila de espera, priorizar o atendimento de acordo com a gravidade, atendimento mais rápido e resolutivo para os casos mais urgentes, melhoria nas condições de trabalho e continuidade da assistência são algumas das contribuições da classificação de risco como eficiente instrumento de trabalho<sup>33</sup>.

### 2.2.3 A Atuação do Enfermeiro no Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco

O método de acolhimento com classificação de risco deve ser realizado por um profissional de saúde com formação de nível superior, previamente treinado e embasado em protocolos preestabelecidos<sup>6</sup>. A questão central para um serviço de urgência é reconhecer que dados coletar e quais instrumentos utilizar para classificar os pacientes, evitando que a classificação seja norteada somente pela avaliação subjetiva ou pela bagagem profissional do enfermeiro<sup>10</sup>.

A assistência prestada de acordo com os diferentes níveis de gravidade e não mais por ordem de chegada do usuário se tornou subsídio para intervenções sistematizadas de enfermagem, possibilitando assistência emergencial às vítimas, de maneira mais ágil, segura e integral. Estudos reforçam que o acolhimento com classificação de risco propicia a reorganização do processo de trabalho, possibilitando ao enfermeiro assumir sua função no processo e passando a conduzi-lo de forma independente<sup>34</sup>.

Oliveira *et al.*<sup>2</sup> complementam que o enfermeiro é o profissional capaz de realizar a avaliação e a classificação de risco, no entanto, este profissional precisa ser treinado para esta atividade, visto que este instrumento de avaliação não faz parte de sua graduação formal. Nesse contexto, o enfermeiro vem conquistando espaço em inúmeras áreas da saúde, e assumindo papéis de destaque nestas, isso ocorre não somente em âmbito nacional, mas também internacionalmente, sendo decisivo no processo de diagnóstico das necessidades do cuidado dos usuários que buscam o serviço de saúde<sup>35</sup>.

Algumas habilidades devem ser inerentes ao enfermeiro para a realização da classificação de risco, tais como: conhecimento sobre a escala utilizada, perspectiva clínica,

paciência e agilidade<sup>12</sup>. Gatti e Leão<sup>36</sup> reconhecem que o enfermeiro é o primeiro profissional da equipe de emergência a ter contato com o paciente, atribuindo-lhe a função de orientador, fazendo a coleta dos dados clínicos essenciais e os anseios frente ao novo ambiente, estabelecendo uma relação de confiança e melhorando a comunicação interpessoal.

Em seus estudos, Duro *et al.*<sup>16</sup> relatam que na região Nordeste, em Fortaleza, Ceará os clientes dão elevada importância ao enfermeiro devido à informação que estes fornecem durante a classificação de risco. Durante a classificação de risco é realizada uma entrevista com o usuário, com o intuito de saber o motivo pelo qual ele procurou o serviço, buscando os sinais e sintomas, e com base nestes dados se avalia a necessidade imediata ou não do atendimento<sup>6</sup>.

Após a coleta dos dados e do exame físico no cliente, o enfermeiro faz a tomada de decisão acerca do julgamento clínico, levando a um raciocínio lógico que determinará a prioridade no atendimento<sup>31</sup>. Souza *et al.*<sup>12</sup> reforçam que o processo de decisão durante a classificação de risco acontece em um cenário complexo e dinâmico exigindo decisões em um curto período de tempo.

Além de classificar o cliente de acordo com sua necessidade, o enfermeiro também deve saber enfrentar situações de conflito em relação ao descontentamento dos clientes, quando os mesmos não estão de acordo com a priorização do atendimento realizado durante a classificação de risco<sup>13</sup>.

A classificação de risco oferece uma grande oportunidade para destacar a autonomia profissional, na medida em que o principal regulador para o atendimento nos serviços de urgência e emergência é o enfermeiro<sup>12</sup>. Por outro lado, o enfermeiro é um dos principais atores do acolhimento e da classificação de risco, porém o seu trabalho é continuamente influenciado por questões estruturais de gestão complexas, que ultrapassam o seu poder de resolução e governabilidade<sup>37</sup>.

Outro fator que corrobora que o enfermeiro é o profissional mais indicado para o serviço de acolhimento e de classificação de risco decorre da sua formação com características generalistas, pois coordena a equipe, gerencia o setor de atuação, resultando na melhoria dos processos e encaminhamentos, quando necessários. Sabe também gerenciar a demanda de pacientes, promove educação continuada para a equipe, e exerce espírito de liderança, promovendo assim um melhor funcionamento nos serviços de urgência e emergência<sup>37</sup>.

Como novo instrumento de trabalho, a classificação de risco concede a valorização profissional do enfermeiro também perante seus colegas de trabalho, adquirindo respeito à medida que seu papel for desempenhado de forma correta e precisa<sup>12</sup>. Outro fator de destaque é a participação dos enfermeiros tanto na construção como no aperfeiçoamento dos protocolos implantados nos serviços, que resultam no reconhecimento técnico-científico pela gestão e gera

valorização da profissão<sup>34</sup>.

Godoy<sup>38</sup>, além de reconhecer que o enfermeiro é capacitado para realizar o acolhimento com classificação de risco, mostra o sustentáculo jurídico que respalda o enfermeiro para a consulta de enfermagem, de acordo com o Decreto nº 94.406/87, que diz que a consulta de enfermagem é privativa do enfermeiro e que este utiliza de embasamento científico para reconhecer as situações de saúde/doença, prescrever e contribuir para a prevenção e promoção de saúde.

Depois de realizar a coleta de dados para direcionar a consulta de enfermagem, o enfermeiro está apto para a tomada de decisão, na qual o raciocínio lógico é norteador pela escuta qualificada das queixas e o resultado do exame físico, desta forma, determinará a prioridade no atendimento<sup>39</sup>.

A triagem deverá ser realizada por profissionais de enfermagem de nível superior, em consenso com a equipe médica, embasados por protocolos que garantam os princípios do SUS de Universalidade, de Resolutividade e de Humanização<sup>33</sup>.

A execução eficiente e segura do acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta muito valiosa para o progresso do atendimento das urgências e emergências, pois quando não se adota esta ferramenta na rotina do trabalho são verificados grandes prejuízos nestes tipos de serviços, gerando usuários insatisfeitos, acarretando sérios problemas de saúde a este público assistido<sup>1</sup>.

Outro fator observado é que, em muitos lugares, a burocracia imposta pelo sistema supera o atendimento humanizado, sendo o que afirmam Nascimento *et al.*<sup>33</sup> quando não se realiza o acolhimento e a classificação de risco atentando para as ameaças ou as possíveis complicações, a saúde do usuário está ameaçada, fruto da baixa competência técnica dos profissionais envolvidos nas urgências e emergências.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde vem empregando medidas para a melhoria no atendimento direcionado para as urgências e emergências, com a adoção de cartilhas e manuais que discorrem sobre o acolhimento, a triagem e a classificação de risco. Reformulando a maneira de prestar a assistência aos pacientes que procuram o serviço, objetivando o atendimento solidário, intensificando o vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, proporcionando melhoria na assistência<sup>40</sup>.

Segundo Brasil<sup>14</sup>, o profissional enfermeiro é figura importante dentro da equipe de saúde, uma vez que além de possuir atributos técnicos e científicos conquistados durante sua graduação profissional, possui também qualidades extras, além das necessárias, para realizar a prática do cuidado, conferindo a ele uma participação ativa na prestação do cuidado, com maior eficiência para realizar o acolhimento com classificação de risco em todas as suas fases.

Além dos atributos técnicos e científicos, o enfermeiro possui conhecimento sobre a Política Nacional de Urgência e Emergência e, também, da Política Nacional de Humanização, propiciando uma maior abrangência na gestão do processo de

cuidar nas unidades de urgência e emergência, destacando a competência do trabalho realizado pelo enfermeiro, que proporciona um ambiente mais calmo e menos estressante para os demais membros da equipe, e também para os usuários que buscam por atendimento<sup>20</sup>.

Diante da complexidade da classificação do risco e da responsabilidade teórico-prática e atitudinal para atender humanamente o usuário, o enfermeiro deve ter seu reconhecimento profissional, o respeito dos usuários e da equipe de trabalho pela função que exerce. O profissional, através da vivência diária, para atuar no tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, possibilita garantir o direito à assistência universal, integral e humanizado à saúde<sup>41</sup>.

Destaca-se que o enfermeiro é o profissional da equipe de saúde mais bem preparado para executar o acolhimento com classificação de risco, em todas as suas etapas, pois possui atributos técnicos adquiridos durante sua formação, aliando conhecimentos científicos em prol da prática do cuidado. Ressalta-se, também, que o trabalho do enfermeiro proporciona um ambiente de trabalho menos estressante para os demais trabalhadores e, conseqüentemente, para os usuários, além de uma atenção humanizada advinda da história da profissão<sup>15</sup>.

### 3 Conclusão

Muitas mudanças ocorreram ao longo da implementação do acolhimento com classificação de risco, em especial, aquelas voltadas para o serviço da enfermagem, uma vez que o enfermeiro é responsável pela supervisão técnica do trabalho da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, responsável também pelas condutas e orientações frente aos protocolos de classificação, além da tomada de decisão diante das principais queixas dos usuários, que buscam por atendimento. Nesse contexto, houve um aumento significativo da autonomia no trabalho do enfermeiro.

Fica claro que a adoção de protocolos para nortear a classificação de risco oferece maior respaldo legal perante a conduta do enfermeiro. Importante frisar também que a escuta qualificada é o princípio inicial para estabelecer uma relação de confiança e acolhedora com o usuário, dessa forma se pode realizar uma classificação de risco mais humanizada.

Em contrapartida, o sistema de saúde atual não favorece a condição de realizar um atendimento mais humanizado, visto que as unidades de urgência e emergência, em grande maioria, vivem lotadas, dificultando uma assistência humana e de qualidade, porém a presença do profissional enfermeiro é fundamental para gerir todo este processo, pois através de sua avaliação inicial, de forma rápida e precisa, consegue traçar um plano de cuidado baseado nas necessidades do usuário, em consonância com que o serviço oferece. Dessa forma, o trabalho do enfermeiro nas unidades de urgência e emergência, sem dúvida, é de extrema importância na construção do cuidado, garantindo segurança, tranquilidade e satisfação para todos os usuários.

Observa-se também a importância do primeiro contato com o usuário, quando este busca por auxílio nas unidades de urgência e emergência, e este papel é conferido ao enfermeiro ao estabelecer uma relação interpessoal ética, respeitosa, com profissionalismo e empatia, visando o foco principal que é o atendimento seguro e humanizado.

É evidente, em muitos estudos, que dentre os profissionais da área da saúde, o enfermeiro é o mais capacitado para realizar o acolhimento com classificação de risco, pois a sua formação generalista confere a ele respaldo e embasamento frente às muitas situações que podem ser presenciadas no seu cotidiano de trabalho.

Portanto, os estudos analisados nesta revisão mostram o quão importante é a função do enfermeiro dentro das equipes de saúde, em especial, nos serviços de urgência e emergência, pois suas habilidades técnicas e científicas são de extrema importância mediante as situações de risco imediato e de avaliação do tempo de espera de maneira segura e confiável.

### Referências

1. Carvalho CAP, Mariscano JA, Carvalho FS, Peres AS, BastoS JRM, Peres SHCS. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq Ciênc Saúde* 2008; 15(2):93-5.
2. Oliveira GN, Campanharo CRV, Okuno MFP, Batista REA. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. *Rev Latino Am Enferm* 2013;21(2):500-6.
3. Duro CLM, Lima MADS. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. *Braz J Nurs* 2010;9(3):1-13.
4. Farias JC, Nebel CZ, Moraes CL, Casagrande LP, Lange C, Santos F. Acolhimento com avaliação e classificação de risco como ferramenta de gestão: percepção dos enfermeiros. *Publ Biol* 2017;22(1):40-7. doi: <http://dx.doi.org/10.5212/publicatio%20uepg.v22i1.8918>
5. Soares ACL, Brasileiro M, Souza DG. Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. *Recien* 2018,8(22):22-33.
6. Souza SR, Bastos MAR. Acolhimento com Classificação de Risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *Rev Min Enferm* 2008;12(4):581-586.
7. Marques GQ, Lima MADS. Demanda de Usuários a um Serviço de Pronto Atendimento e seu Acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2007;15(1):1-8.
8. López, M. Emergências médicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
9. Ide CAC, Pierin MAG, Padilha KG, Chaves EC. Perfil epidemiológico das internações em um pronto socorro do município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 1988;22(3):257-71.
10. Pires PS Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: MS; 2006.

12. Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, Mata LRF, Chianca TCM. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. *Invest Educ Enferm*, 2013;32(1):78-86.
13. Duro CLM, Lima MADS, Levandovski PF, Bohn MLS, Abreu KP. Perception of nurses regarding risk classification in emergency care units. *Rev Rene* 2014;15(3):447-54. doi: 10.15253/2175-6783.2014000300009
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: MS; 2006.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: MS; 2009.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: MS; 2009.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1864 de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192. Brasília: MS; 2003.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília: MS; 2002.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: MS; 2003.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: MS; 2004.
21. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005;5(4):493-503.
22. Silva AG, Alves MDS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS* 2008;11(1):74-84.
23. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(2):331-40.
24. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergências – um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enferm Foco* 2011;2(1):14-7.
25. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2009;25(7):1439-53.
26. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Catarin Med* 2007;(36)4:1-18.
27. Marques GQ, Lima MADS. Demanda de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2007;15(1):1-8.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS; 2006.
29. Albino MR, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arq Catarin Med* 2007;36(4):70-5.
30. Feijó VBER. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola. Londrina: UEL; 2010.
31. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm* 2012;33(4):181-90.
32. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. Histórico da Classificação de Risco. 2009.
33. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Classificação de Risco na Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 2011;19(1):84-88.
34. Weykamp JM, Pickersgill CS, Cecagno D, Vieira FP, Crecencia H, Siqueira H. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. *RENE* 2015;16(3):327-36.
35. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(1):223-230.
36. Gatti MFZ, Leão ER. O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridades de atendimento. *Rev Nurs* 2004;13(7):24-29.
37. Araujo YB, Ferreira LBA, Santos CM, Silva ATMF, Gomes MSM. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. *Persp Online Biol Saúde* 2014,4(15):1-17. doi: <https://doi.org/10.25242/88684152014566>
37. Oliveira M, Trindade MF. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. *Rev Hórus* 2010;4(2):160-171.
38. Godoy FSF. Organização do trabalho em uma urgência: percepção do enfermeiro a partir da implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. Londrina: UEL; 2010.
39. Pinto IC, Rodolpho F, Oliveira MM. Pronto atendimento: a percepção da equipe de enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. *Rev Gaúcha Enferm* 2004;25(1):81-8.
40. Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Rev Bras Enferm* 2008;61(5):552-7.
41. Roncalli, AA, Oliveira DN, Melo IC, Viegas SMF, Brito RF. Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento. *Rev Enferm UFPE* 2017;11(4):1743-51.