

**IPEMIG – FACULDADE BATISTA DE MINAS GERAIS**

**Curso – URGÊNCIA EMERGÊNCIA**

**GILVAN SALES DO NASCIMENTO**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**ITABERABA – BA**

**2021**

**IPEMIG – FACULDADE BATISTA DE MINAS GERAIS**

**Curso – URGÊNCIA EMERGÊNCIA**

**GILVAN SALES DO NASCIMENTO**

### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trata-se de um artigo para fins de cumprimento de exigência para finalizar o curso de Urgência e Emergência pela IPEMIG – Faculdade Batista de Minas Gerais, para obtenção de título de pós graduação.

**ITABERABA – BA**

**2021**

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Gilvan Sales do Nascimento<sup>1</sup>

### RESUMO

O objetivo do presente artigo é discutir acerca dos desafios do profissional de saúde na prática do acolhimento com classificação de risco em urgência e emergência, de acordo com o que diz a literatura atual existente. Em termos de materiais e métodos, trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, a partir de uma análise integrativa da literatura disponibilizada em bibliotecas convencionais e, também, virtuais. Consultaram-se estudos voltados aos desafios do profissional de saúde para atuação no acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, tomando como base de dados livros, monografias, dissertações de mestrado e periódicos das bases Scielo, LILACS, MedLine e PubMed. No que se refere aos resultados, foi realizada uma análise de conteúdo dos dados, acerca dos desafios do profissional de saúde para atuar no acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Pôde-se notar que os serviços de emergência se configuram como a porta de entrada de grande número de usuários que, por vezes, vêm identifica-los como resolução rápida de seus problemas. Tal demanda crescente se torna cada vez mais complexa, pois, além de provocar a superlotação das emergências, acarreta ainda outros problemas mais sérios desvendados ao longo da pesquisa. Conclui-se que a classificação de risco se refere a um meio para humanização do atendimento nas unidades de urgência e emergência, uma vez que reduz o tempo de espera, diminuindo as filas de pacientes e melhorando a qualidade do ambiente de trabalho dos profissionais. Ressalta-se que o sucesso da classificação de risco dependerá sempre da ação e do comportamento dos sujeitos e do coletivo envolvido.

**Palavras-chave:** Classificação de risco. Emergência. Urgência.

---

<sup>1</sup> Mestre em Ciências da Educação: Com Orientação e Educação Permanente pela Universidad del Salvador – USAL-Buenos Aires-Argentina Bacharel em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO Salvador-Bahia, Licenciado em Biologia pelo Centro de Ensino Superior de Arcoverde AESA/ CESA-Arcoverde Pernambuco. Licenciado em Pedagogia Faculdade Entre Rios do Piauí-Piauí, Pós-Graduado em Ciências da Educação pela Faculdade do Sertão Baiano Monte Santo Bahia Pós-Graduado em Gestão Escola: Coordenação Pedagógica pela Faculdade de Educação, Tecnologia e Administração de Caarapó Caarapó Mato Grosso Pós-Graduado em Gestão em Saúde Pública: Estratégia de Saúde da Família pela Faculdade João Calvino - FJC, Barreiras Bahia Pós-Graduado em Psicopedagogia Institucional pela Faculdade João Calvino - FJC Barreiras Bahia Pós-Graduado em Ciências Biológicas pela Faculdade do Noroeste de Minas - FINON, Paracatu-Minas Gerais Pós-Graduado em Enfermagem Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade Integrada Rio de Janeiro Pós-Graduado em Saúde Mental pela Faculdade Integrada. Rio de Janeiro. Professor da Faculdade Santa Cruz da Bahia. Diretor do Centro de Formação Técnica em Saúde Bioética - BIOÉTICA, Professor Concursado da Rede Municipal de Ensino de Itaberaba (Bahia), Concursado pela Prefeitura Municipal de Itaberaba (Bahia). Tem experiência na área de Educação e Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

Compreende-se que o acolhimento com classificação de risco se caracteriza pelo acolhimento à demanda através de critérios de avaliação de risco, de maneira a garantir o acesso referenciado aos outros níveis de assistência. Uma vez que o paciente é acolhido e encaminhado ao atendimento por ordem de chegada, sem que se estabeleçam critérios clínicos, pode-se entender que o panorama de superlotação dos serviços pode se agravar, sem contar a própria situação de saúde-doença do paciente (FEIJÓ, 2013).

Segundo Nascimento et al. (2013), uma das principais metas da classificação de risco é justamente evitar que profissionais não qualificados venham a realizar o acolhimento e a avaliação inadequada dos pacientes-usuários. Os profissionais de saúde têm sido indicados para avaliação e classificação do risco dos pacientes que buscam pelos serviços de urgência, devendo sempre ser orientados por um protocolo direcionador.

A grande busca por atendimento nos serviços de urgência e emergência hospitalar apresenta diversas causas, podendo estar atreladas ao aumento de acidentes de trânsito, da violência urbana, das questões socioeconômicas, da escassez de leitos para que sejam internados em rede pública, do aumento da longevidade da população, bem como devido à falta de agilidade e de resolutividade por parte dos serviços de saúde, isto é, a uma estruturação da rede que se mostra insuficiente (GARLET et al., 2016, VALENTIM; SANTOS, 2013).

Ainda de acordo com Nascimento et al. (2013), trata-se de aspectos que vêm levando à procura ao atendimento nas urgências e emergências, não apenas por pessoas em situações que cabem em tal contexto, mas também por aquelas em condições de saúde não tão graves, que, juntas no mesmo ambiente, tendem a dificultar a visualização e o estabelecimento de prioridades no atendimento. Ademais, isso tem a possibilidade de gerar sobrecarga de trabalho à equipe de saúde que promove o atendimento e, consequentemente, à prática das ações mecanizadas, sendo estas desprovidas de humanização.

Tal panorama levou o governo federal a uma reorganização e normatização do atendimento aos pacientes nos serviços de urgência e emergência, ao redor de todo o território nacional. Trata-se da estratégia denominada como Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH), que foi criada no intuito de ampliar o acesso e diminuir as filas e o tempo de espera para atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo Oliveira e Guimarães (2013), a política em questão tem como meta reduzir o risco de mortes evitáveis, promovendo extinção das conhecidas “triagens por porteiro” ou por profissional não qualificado, priorizando os pacientes conforme critérios clínicos, não mais por ordem de chegada.

Entende-se que, no serviço de emergência, o ACR se configura como uma das ações extremamente decisivas para que seja viável reorganizar e implementar a promoção de saúde em rede. Envolve os seguintes aspectos: ampliação do acesso sem que sobrecarregue a equipe e sem que se prejudique a qualidade das ações; superação da prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, ao interagir profissionais de saúde e pacientes-usuários; reconfiguração do trabalho médico, de modo a integrá-lo no trabalho da equipe; transformação dos mecanismos de trabalho nos serviços de saúde, de maneira a aumentar a capacidade dos trabalhadores na distinção e identificação de riscos e agravos, adequando à resposta satisfatória sem que se extrapolem as competências vigentes ao exercício profissional de sua categoria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para Souza e Bastos (2014) nesse processo, todos os profissionais de saúde e instituições são responsáveis pela busca de uma relação que se mostre acolhedora e humanizada em relação aos usuários que buscam pelo serviço.

Em tal panorama, pode-se dizer que o artigo em questão diz respeito a uma revisão bibliográfica, com a meta de tornar evidentes os desafios do profissional de saúde na prática do acolhimento em urgência e emergência com classificação de risco, de acordo com a literatura.

É nesse ponto que se justifica a relevância da escolha do tema, justamente entender como se dá o acolhimento com classificação de risco como sendo uma alternativa viável, que tornará possível a vivência dessa primeira atenção direcionada ao paciente.

Acredita-se que o desenvolvimento de uma pesquisa focada na avaliação dos serviços de urgência e emergência se mostra imprescindível de modo a subsidiar propostas voltadas à reestruturação organizacional e à melhoria da qualidade do atendimento nos serviços. Esse estudo se justifica também como sendo uma contribuição para fazer avançar o conhecimento nessa área e nesse assunto, ainda pouco explorado em termos nacionais.

O objetivo deste artigo é discutir e evidenciar os atuais desafios do profissional de saúde na prática do acolhimento em urgência e emergência com classificação de risco, de acordo com a literatura atual existente.

E também os objetivos específicos foram: Conceituar a classificação de risco em urgência e emergência; - Realizar uma análise acerca da concordância dos autores no que

tange aos desafios do profissional de saúde no acolhimento com classificação de risco em urgência e emergência; e, e evidenciar tendências sobre o assunto dentro de um futuro breve.

## **2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO PELA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

A grande busca por atendimento nos serviços de urgência e emergência hospitalar apresenta diversas causas, podendo estar atreladas ao aumento de acidentes de trânsito, da violência urbana, das questões socioeconômicas, da escassez de leitos para que sejam internados em rede pública, do aumento da longevidade da população, bem como devido à falta de agilidade e de resolutividade por parte dos serviços de saúde, isto é, a uma estruturação da rede que se mostra insuficiente (GARLET et al., 2016, VALENTIM; SANTOS, 2013).

Ainda de acordo com Nascimento et al. (2013), trata-se de aspectos que vêm levando à procura ao atendimento nas urgências e emergências, não apenas por pessoas em situações que cabem em tal contexto, mas também por aquelas em condições de saúde não tão graves, que, juntas no mesmo ambiente, tendem a dificultar a visualização e o estabelecimento de prioridades no atendimento. Ademais, isso tem a possibilidade de gerar sobrecarga de trabalho à equipe de saúde que promove o atendimento e, conseqüentemente, à prática das ações mecanizadas, sendo estas desprovidas de humanização.

A avaliação do risco como o processo no qual são definidos com precisão os componentes associados a determinado risco. Dependendo de aspectos como a natureza do perigo, o uso da avaliação, os recursos e as informações disponíveis, É um processo complexo que pode envolver questões e matérias variadas, com diferentes níveis de detalhamento técnico ( MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O objetivo da avaliação de risco é estimar a probabilidade e a severidade de um determinado evento acontecer. Pode ser usada para obter informações que subsidiem a tomada de decisão nos processos de gerenciamento dos riscos ou de regulação e regulamentação da segurança (Zanellatto e Pai (2014).

Em geral, são quatro as etapas envolvidas nas avaliações de risco: identificação do risco, estimativa do risco, análise do risco e gerenciamento do risco. Em cada uma dessas etapas é necessário levar em conta questões como a probabilidade da ocorrência e a

severidade dos eventos, as circunstâncias que influenciam determinados acontecimentos e as dificuldades para solucionar ou diminuir os problemas encontrados.

Segundo Oliveira e Guimarães (2013), a identificação do risco é o processo de dedução no qual são imaginados as ameaças e os danos potenciais para um objeto de interesse (no caso da saúde hospitalar de humanos os danos envolve as pessoas). *A avaliação de riscos deve incluir as seguintes etapas: identificação de perigos e; estimativa qualitativa e quantitativa do risco; estudo da possibilidade de eliminar o risco; verificação da necessidade de tomar novas medidas para prevenir ou reduzir o risco, no caso de não ser possível eliminá-lo.*

Segundo o que trazem Zanellatto e Pai (2014), pode-se compreender que, em urgência e emergência, o atendimento ao paciente ocorre através da atuação em equipe, bem como da integração entre diversas categorias de profissionais de saúde nas unidades de emergência.

Ressalta-se, ainda, conforme Costa e Cambiriba (2014), que o êxito e o na classificação de risco vem depender da ação e do comportamento dos sujeitos e do coletivo envolvidos.

Contudo, segundo Bellucci Júnior et al. (2013), é cabido ao profissional da saúde a responsabilidade de classificação do risco, pelo fato de se tratar de um profissional competente e qualificado para o desempenho dessa tarefa. Em tal sentido, o profissional da saúde vem se basear na tomada de decisão, que ocorrerá através de uma escuta qualificada. Nesse sentido, o julgamento clínico e crítico acerca das queixas direcionará a um raciocínio lógico, que, por sua vez, irá determinar o risco. Os serviços de urgência e emergência se configuram com porta de entrada de um alto número de usuários que, por vezes, identificam esse meio como forma de resolução rápida de seus problemas. Portanto, tal demanda crescente se torna cada vez mais complexa, além de promover a superlotação das emergências.

Conforme Lima Neto et al. (2013), trata-se de um julgamento que acontece por meio de entrevista, análise exame físico breve, verificação de dados vitais e, em casos eventuais, exames complementares (ECG ou glicemia capilar), de modo que se faça possível formular o julgamento de cada caso.

Além de tais informações descritas, cabe ao profissional da saúde a compreensão e administração dos mecanismos de categorização do risco de cada sujeito. Para tanto, faz uso de um protocolo previamente selecionado como diretriz técnica, que vem embasar sua decisão em termos teóricos. É o profissional da saúde que decidirá a informação que precisará ser obtida no que se refere ao estado de saúde de um paciente, através da avaliação tanto de dados objetivos como subjetivos. O protocolo necessita ser a diretriz base de orientação, de maneira

a trazer experiências concretas e embasadas na ciência (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

Zem, Montezeli e Peres (2013) vêm descrever, ainda, que a solidariedade e o cuidado dependem, sobretudo, da disposição do sujeito para se “abrir” diante do outro, para buscar neste outro o que ele não sabe ou, também, o que eventualmente lhe falta.

Seguindo no mesmo sentido, Sacramento *et al.* (2015) e Oliveira *et al.* (2017) vêm asseverar que o profissional da saúde necessita realizar a coleta de informações, com base, acima de tudo, na escuta dos antecedentes clínicos e da queixa principal, aliada à análise de exame físico, com vistas a se identificar os sinais e sintomas, de maneira a possibilitar o reconhecimento de padrões normais ou alterado, bem como o julgamento de probabilidade do risco.

Complementando, cabe ao profissional da saúde a interpretação de sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos por parte do paciente, de modo a verificar a credibilidade das informações clínicas. Dessa maneira, o trabalho do profissional da saúde na classificação de risco também se influencia por aspectos sociais e pelo panorama de vida em que o paciente-usuário se encontra. Em tal contexto, o profissional da saúde vai se utilizar da avaliação intuitiva no intuito de exercer a classificação a partir da aparência física e do modo com que o paciente apresenta seu problema (COSTA; CAMBIRIBA *et al.*, 2014).

Contudo, não se trata de uma tarefa fácil para o profissional da saúde, pois, conforme se pode observar na pesquisa realizada por Zanelatto e Pai (2014), foram feitos estudos nas unidades de urgência e emergência do serviço público em Porto Alegre/RS. O objetivo foi conhecer as vivências de uma equipe de profissionais da saúde no que tange ao acolhimento de classificação de risco. Partindo-se dessa análise, tornou-se possível a descrição do contexto organizacional em que as práticas estão inseridas, bem como constatar que o profissional de saúde convive, em linhas gerais, em um ambiente agitado e se encontra diante de uma vasta gama de demandas.

Porém, segundo os estudiosos Falk *et al.* (2014), a escuta dos usuários e trabalhadores de saúde se configurou como uma oportunidade especial para compreender e avaliar os processos assistenciais e gerenciais oferecidos pela UBS do HCPA.

Na pesquisa desenvolvida por Zanelatto e Pai (2014), por sua vez, diversos profissionais, ainda que apresentem conhecimento acerca da finalidade das propostas do acolhimento ao longo da classificação de risco, mostram não compreender sua abrangência, de maneira a identificar o acolhimento somente como uma parte do atendimento, destinada só a determinado um local. Ainda, nas palavras de Bellucci Júnior e Matsuda (2013), o



mecanismo de atendimento do ACCR, nos serviços investigados, demanda maior incremento, sobretudo nas instituições públicas de ensino, que vieram apresentar maior número de trabalhadores com insatisfação em suas funções.

Com fundamentos na pesquisa de Bellucci Júnior e Matsuda (2013), faz-se possível relacionar as dificuldades encontradas no acolhimento de classificação de risco com o baixo número de pesquisas no território nacional.

Há, ainda, aspectos concordantes ante à promoção de ambiente acolhedor e humano, privacidade e segurança, acolhimento do acompanhante e, também, acolhimento e classificação dos pacientes. Contudo, ocorreu discordância a respeito do conforto do ambiente, do sistema de referência e contrarreferência, da priorização de pacientes graves no atendimento pós-classificação, na comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e, por fim, na reavaliação da diretriz (VITURI et al., 2013).

Diante do exposto, pôde-se verificar que são poucas as pesquisas relacionadas ao gerenciamento da qualidade em urgência e emergência, com enfoque na atuação do profissional da saúde, o que leva ao entendimento de que ainda são poucos os estudiosos que se envolvem com tal causa.

O assunto abordado na produção científica nacional dos últimos 6 anos, principalmente naquelas pesquisas publicadas na segunda metade desse período, vem concentrar-se no relato da atuação de profissionais da saúde para promover a humanização do cuidado e do cuidador (BELLUCCI JÚNIOR et al., 2013).

De modo a evidenciar tal realidade, realizou-se uma pesquisa em Santa Catarina, com a meta de conhecimento e análise acerca de como os profissionais de saúde de um serviço de urgência e emergência hospitalar avaliam o acolhimento com classificação de risco.

Tornou-se viável concluir que ocorreu certa melhoria no atendimento, contudo, a escassez de referência e contrarreferência tende a dificultar que se garanta um atendimento de qualidade aos usuários, gerando insatisfação por parte dos profissionais de saúde.

Em tal contexto, Bellucci Júnior *et al.* (2015) também puderam evidenciar que, no serviço de urgência e emergência investigado, o Acolhimento com Classificação de Risco ainda não vem atender a todos os objetivos da humanização que são propostos pelo Ministério da Saúde.

Isso se comprova pelo fato de que existe a necessidade de melhorias relacionadas à sinalização do ambiente, à atuação dos trabalhadores segundo a proposta do Acolhimento com Classificação de Risco, ao conforto aos usuários e, por fim, ao funcionamento dos mecanismos de contrarreferência.

Desse modo, segundo Nascimento et al. (2013), evidencia-se que, na atualidade, há poucas pesquisas nacionais que abordam tal assunto, e menos ainda estudos que evidenciem o papel do profissional da saúde no processo de acolhimento com classificação de risco em urgência e emergência.

Porém, Nascimento et al. (2013) vêm ainda relatar que, ainda que haja todas essas dificuldades, ocorreram avanços no serviço em seguida à implementação da estratégia de acolhimento com a classificação de risco. Deve-se pontuar, ainda, como limitação, o fato da pesquisa não ter envolvido demais profissionais também integrantes da equipe de acolhimento com classificação de risco, bem como pacientes e familiares.

A pesquisa realizada por Lima Neto *et al.* (2013) vem corroborar com a temática, apresentando a relevância para a prática pelo fato de evidenciar percepções de servidores acerca dos processos de humanização e de acolhimento no trabalho em urgência e emergência. Partindo-se dos achados dessa pesquisa, as práticas institucionais e profissionais terão a possibilidade de se aperfeiçoar, no intuito de que uma melhor atenção seja oferecida aos usuários.

Ainda acerca do assunto, os autores Guedes, Henriques e Lima (2013) vêm ressaltar que a prática do Acolhimento com Classificação de Risco demonstra enorme importância, uma vez que se trata de um processo dinâmico para identificar e priorizar o atendimento, visando discernir os casos críticos que demandam atendimento imediato, dos não críticos. Tal método tende a promover benefícios, uma vez que traz modificações ao antigo sistema, no qual os pacientes eram atendidos por ordem de chegada, e não de prioridades (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

Sendo esta uma profissão fundamental no sistema, o profissional de saúde vem se destacar e diferenciar justamente por desenvolver práticas interativas e integradoras de cuidado, que têm adquirido repercussão cada vez maior, seja na educação e promoção da saúde, ou no fomento de políticas relacionadas ao bem-estar social das famílias e comunidades.

De acordo com Sacramento et al. (2015), o profissional da saúde se constitui como peça-chave para um funcionamento eficiente desse dispositivo, já que a classificação de risco se configura como responsabilidade específica do profissional da saúde.

Por fim, Oliveira et al. (2017) vêm salientar que, como contribuições à área da saúde, pode-se ressaltar as informações levantadas que, sem dúvida, terão a possibilidade de subsidiar novas pesquisas e discussões, buscando o aprimoramento dos dispositivos, com

vistas a resultados favoráveis à qualidade do atendimento em serviços de urgência e emergência.

### **3 MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, qualitativa que segundo Gil (2002, p. 44) “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de fornecer ao investigador um instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma. Fixou-se atenção para selecionar apenas publicações que abordavam estritamente o assunto com as palavras Idoso, mal de Alzheimer. Prevenção de mal de Alzheimer.

A pesquisa deu-se no segundo trimestre de 2021. Os dados foram coletados, selecionados para desenvolver o projeto, fundamentando-o conforme os objetivos enunciados.

Após se definir o assunto da pesquisa, realizou-se uma revisão sistemática a respeito da literatura científica em bases de dados virtuais que tivessem como tema os desafios do profissional da saúde no acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, baseando-se em livros, dissertações, monografias e periódicos nacionais, incluindo as bases de dados Scielo, LILACS, PubMed, MedLine.

Assim, os procedimentos seguiram o delineamento do método revisão de literatura, sistêmica, o qual com as fontes em mãos as pesquisadoras recolherão, selecionarão, analisarão e interpretarão as contribuições teóricas e resultados publicados nos artigos pesquisados. Sempre delineando os resultados encontrados com os objetivos propostos no projeto deste trabalho. Os resultados a partir dessas pesquisas foram relatados segundo a análise de cada autor e publicação.

### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Vários são os modelos e tipos ou normatização de classificação de risco, contudo, a exemplo expomos os critérios da classificação de riscos seguindo o Protocolo de Manchester, para exemplificar como é gerenciado a classificação de risco no atendimento na saúde pública. O programa recebeu este nome protocolo manchester porque foi aplicado pela primeira vez em 1997 na cidade britânica de Manchester. Esta triagem foi rapidamente

implementada em vários hospitais do Reino Unido. Em Portugal, são poucos os hospitais que ainda não utilizam este sistema, que já está sendo empregado em outros países da Europa, como Espanha, Holanda, Alemanha e Suécia (NEVES SILVA, et al, 2014).

A Figura 1, apresenta níveis de gravidade por cor na avaliação e classificação de risco segundo o Protocolo Manchester:

**Figura 1:** Níveis de gravidade por cor na avaliação e classificação de risco



**Fonte:** Neves Silva, *et al*, 2014.

O Manchester classifica, após uma seleção fundamentada nos sintomas, os doentes por cores, que simulam o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para atendimento.

- 1 - Apresentação usual da doença;
- 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- 3 - Situação – queixa principal;
- 4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O<sub>2</sub> – escala de dor – escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação. (BRASIL, 2014).

### 2.2.1 Avaliação do paciente com dados coletados em ficha de atendimento

- Queixa principal
- Início – evolução – tempo de doença
- Estado físico do paciente
- Escala de dor e de Glasgow
- Classificação de gravidade
- Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O<sub>2</sub>(BRASIL, 2014).

### 2.2.2 Classificação de risco 0 prioridade zero (vermelha)



Encaminhar diretamente para a sala de ressuscitação e avisar a equipe médica, acionamento de sinal sonoro. não perder tempo com classificação. Atendimento em 15 minutos. Em morte iminente. (exemplo: parada cardiorrespiratória, infarto, politrauma, choque hipovolêmico, etc.) (BRASIL, 2014).

### 2.2.3 Prioridade 1 (amarela)



Encaminhar para consulta médica imediata; urgência, avaliação em, no máximo, 30 minutos. Elevado risco de morte. (exemplo: trauma moderado ou leve, tce sem perda da consciência, queimaduras menores, dispneia leve a moderada, dor abdominal, convulsão, cefaleias, idosos e grávidas sintomáticos, etc.) (BRASIL, 2014).

### 2.2.4 Prioridade II (verde)



Encaminhar para consulta médica, urgência menor. Avaliação em, no máximo, 1 hora. Reavaliar periodicamente. Sem risco de morte. (exemplo: ferimento craniano menor, dor abdominal difusa, cefaléia menor, doença psiquiátrica, diarreias, idosos e grávidas assintomáticos, etc.) (BRASIL, 2014).

### 2.2.5 Prioridade I (laranja)



Atendimento o mais prontamente possível. O paciente poderá piorar a qualquer momento. A cor laranja é para casos muito urgentes, graves, com risco significativo de evoluir para morte e que exige atendimento urgente (BRASIL, 2014).

#### **2.2.6 Prioridade II (azul)**



Pouca urgência ou não urgente. Encaminhar para consulta médica, urgência menor. Encaminhar para consulta em unidade de saúde mais próxima a residência (BRASIL, 2014). Aos doentes com patologias mais graves é conferida a cor vermelha, atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de duas e quatro horas (NEVES SILVA, et al, 2014).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A meta essencial do presente estudo foi evidenciar os desafios do profissional de saúde em urgência e emergência, na prática do acolhimento com classificação de risco, segundo a literatura atual existente. Após se analisar as pesquisas, tornou-se viável concluir que a classificação de risco se configura como um meio para humanizar o atendimento nas unidades de urgência, uma vez que reduz o tempo de espera, diminui filas de pacientes e, ainda, promove melhorias na qualidade do ambiente de trabalho dos profissionais. Cabe ressaltar que o sucesso da classificação de risco depende estritamente da ação e do comportamento dos sujeitos e do coletivo envolvidos.

Os resultados vêm apontar que os serviços de urgência e emergência se configuram com porta de entrada de um alto número de usuários que, por vezes, identificam esse meio como forma de resolução rápida de seus problemas. Portanto, tal demanda crescente se torna cada vez mais complexa, além de promover a superlotação das emergências.

Esta pesquisa viabilizou a observação de que o tema necessita ser estudado com maior ênfase, demandando ainda estudos mais aprofundados no que se refere aos serviços de

urgência e emergência e à classificação de risco, já que se pôde perceber, em certas pesquisas, a insatisfação por parte de alguns profissionais de saúde do ramo.

## 6 REFERÊNCIAS

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; VITURILL, D. W.; VERSA, G. L. G. S.; FURUVA, P. S.; VIDOR, R. C. Vidor; MATSUDA, L. M. **Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem.** *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, pp.: 82-7, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a14.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

BELLUCCI JÚNIOR, A.; MATSUDA, L. M. **Implantação do acolhimento com classificação de risco e uso do fluxograma analisador.** *Texto contexto – enferm.*, v. 21, p. 217-25, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100025&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100025&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 12 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco sistema único de saúde (SUS).** 2014. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf). Acesso em 12 de maio de 2021.

COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. S. **Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário.** *Ciênc Cuid Saúde*, v. 9, n. 3, p. 494-502, 2014. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/9545/6656>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

FALK, M. L.; FALK, J. W.; OLIVEIRA, F. A.; MOTTA, M. s. da. **Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde.** *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2014. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola.** 2010. 112 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2013. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/113.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

GARLET, E.R.; LIMA, M.A.D.S.; SANTOS, J.L.G.; MARQUES, G.Q. **Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência.** *Texto Contexto Enferm.*, v. 18, n. 2, pp. 266-72, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A.C.P.T., LIMA, M.M.N. **Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários.** *Rev Bras Enferm.*, v. 66, n. 1, p.31-7, 2013.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a05.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

LIMA NETO, A.; NUNES, V. M. De A.; FERNANDES, R. L.; BARBOSA, I. M. L.; CARVALHO, G. R. P. de. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 276-286, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8279/pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; HILSENDEGERLL, Bárbara Rosso; NETH, Caroline; BELAVER, Guilherme Mortari; BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho. **Acolhimento com classificação de risco**: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 13, n. 4, pp. 597-603, out/dez. 2013. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf)>. Acesso em 12 de maio de 2021.

NEVES SILVA, Michele de Freitas; Gabriela Novelli Oliveira, Aline Maino Pergola-Marconato, Rafael Silva Marconato, Eliete Boaventura Bargas e Izilda Esmenia Muglia Araujo. **Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência**. *Revista Latino-Am. Enfermagem* mar.-abr. 2014; 22 (2) :218-25 Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt\\_0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf). Acesso em 12 de maio de 2021.

OLIVEIRA, D. A. de; GUIMARÃES, J. P. **A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência**. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, v.2, n. 2, jan/jun. 2013. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/File/197/101>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

OLIVEIRA, J. L. C. de; GATTI, A. P.; BARRETO, M. S.; BELLUCCI JUNIOR, J. A.; GÓES, H. L. de F.; MATSUDA, L. M. **Acolhimento com classificação de risco**: percepções de usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento. *Texto Contexto Enferm*, v. 26, n. 1, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt\\_0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf)>. Acesso em 12 de maio de 2021.

SACRAMENTO, R.; BUBACH, S.; FARIAS, F.; SANTOS, A. S.; MORAES, A.; DIAS, J. **Acolhimento com Classificação de Risco**: percepção do trabalhador sobre sua implantação. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, v. 17, n.1, p.11-18, Vitória, jan-mar, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/12444/8654>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

SOUZA, R.; BASTOS, M. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 581-586, 2014. Disponível em: <<http://www.bireme.org.br/artigo/detalhes/304>>. Acesso em 12 de maio de 2021.



VALENTIM, M.R.S.; SANTOS, M.L.S.C. **Políticas de saúde em emergência e a enfermagem.** *Rev. enferm. UERJ*, v. 17, n. 2, pp. 285-9. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2021.

VITURI, D. W.; INOUE, K. C.; BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; OLIVEIRA, C. A.; ROSSI, R. M.; MATSUDA, L. M. **Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 21, n. 5, set./out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf)>. Acesso em 12 de maio de 2021.

ZANELLATTO, D. M.; DAL PAI, D. **Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem.** *Ciênc. cuid. Saúde*, v. 9, n. 2, pp.: 358-65, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000167&pid=S0034-7167201300010000500018&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000167&pid=S0034-7167201300010000500018&lng=pt)>. Acesso em 12 de maio de 2021.

ZEM, K. K. S.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. **Acolhimento com Classificação de Risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro.** *Rev. Rene.*, v. 13, n. 4, p. 899-908, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-679884>>. Acesso em 12 de maio de 2021.