

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

D'Andreson de Medeiros Muniz

**Classificação de Risco: um olhar para a prática a partir da produção
científica brasileira**

**SANTA CRUZ/RN
2015**

D'Andreson de Medeiros Muniz

**Classificação de Risco: um olhar para a prática a partir da produção científica
brasileira**

Artigo Científico apresentado a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof. Dr. Luiz Alves Morais Filho

SANTA CRUZ/RN
2015

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Muniz, D'Andreson de Medeiros.

Classificação de Risco : um olhar para a prática a partir da produção científica brasileira / D'Andreson de Medeiros Muniz. - Santa Cruz, 2015.

20f: il.

Orientador : Luiz Alves Morais Filho.

Artigo Científico (Graduação em enfermagem) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Enfermagem. 2. Serviços de Saúde. 3. Serviços Médicos de Emergência. I. Morais Filho, Luiz Alves. II. Título.

D'Andreson de Medeiros Muniz

Classificação de Risco: um olhar para a prática a partir da produção científica brasileira

Artigo Científico apresentado a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: _____ de _____ de 2015

BANCA EXAMINADORA

_____, nota _____
Prof. Dr. Luiz Alves Morais Filho – Orientador
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

_____, nota _____
Prof^a. Mr. Cristiane da Silva Ramos Marinho– Membro da banca
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

_____, nota _____
Prof^a. Dr^a. Quenia Camille Soares Martins– Membro da banca
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

RESUMO	5
INTRODUÇÃO.....	7
METODOLOGIA.....	8
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	19

Classificação de Risco: um olhar para a prática a partir da produção científica brasileira

Risk classification: a look at the practice from the Brazilian scientific production

Clasificación de Riesgo: una mirada a la práctica de la producción científica brasileña

Luiz Alves Morais Filho¹, D'Andreson de Medeiros Muniz², Cristiane da Silva Ramos Marinho³, Quenia Camille Soares Martins⁴

1Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: luizfilho@facisa.ufrn.br

2 Acadêmico de enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: dandreson_medeiros@hotmail.com

3Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: cristianeramos@facisa.ufrn.br

4Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: queniacamille@terra.com.br

Autor correspondente: Luiz Alves Morais Filho

Av. Maria Lacerda Montenegro, 339. Guáira 1. Bl: 09; Apt. 205. Nova Parnamirim; Parnamirim, RN, Brasil. CEP: 59162-600. E-mail: luizfilho@facisa.ufrn.br; moraisfilho2004@hotmail.com

RESUMO:

Os objetivos desse estudo foram: conhecer como se desenvolve a prática da classificação de risco na realidade brasileira a partir da produção científica; conhecer a inserção do enfermeiro na classificação de risco a partir da produção científica brasileira. Este estudo constitui-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca dos dados ocorreu durante o mês de setembro de 2015 nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), e no Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS). "GOOGLE ACADÊMICO". Foram encontrados 9.874 artigos sendo selecionados 33 para análise. Os resultados foram organizados em 04 categorias: classificação de risco como qualificador da assistência; organização da classificação de risco; fragilidades no funcionamento da classificação de risco e atuação do enfermeiro na classificação de risco. Concluímos que a classificação de risco qualifica a assistência nos serviços de emergência; que existem muitas dificuldades para o funcionamento da classificação de risco e que o enfermeiro tem sido instituído como profissional com competência técnica e legal para realizar a classificação de risco.

Descritores: Enfermagem; Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

The objectives of this study were: to know how to develop the practice of risk rating in the Brazilian reality from the scientific literature; meet the inclusion of nurses in risk

rating from the Brazilian scientific production. This study consists of an integrative literature review. The search of data occurred during the month of September 2015 in the following databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), and the Latin American and Caribbean Information Sciences Health (LILACS). "ACADEMIC GOOGLE". They found 9,874 articles and selected 33 for analysis. The results were organized in 04 categorias: Risk classification as assistance qualifier; organization's risk rating; weaknesses in the functioning of credit rating and nurse's performance in risk classification. We conclude that the risk rating qualifies assistance in emergency services; there are many difficulties for the operation of credit rating and that the nurse has established itself as a professional with technical and legal competence to carry out the risk assessment.

Descriptors: Nursing; Health Services; Emergency Medical Services.

RESUMEN

Los objetivos de este estudio fueron: saber cómo desarrollar la práctica de la calificación de riesgo en la realidad brasileña de la literatura científica; cumplir con la inclusión de las enfermeras en la calificación de riesgo de la producción científica brasileña. Este estudio consiste en una revisión integradora de la literatura. La búsqueda de información se produjo durante el mes de septiembre de 2015 en las siguientes bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), análisis de la literatura médica y recuperación del sistema en línea (Medline), y las Ciencias de la Información de América Latina y el Caribe Salud (LILACS). "ACADÉMICO GOOGLE". Ellos encontraron 9.874 artículos y se seleccionaron 33 para el análisis. Los resultados fueron organizados en 04 categorías: Clasificación de riesgo como calificador asistencia; calificación de riesgo de la organización; debilidades en el funcionamiento de la calificación crediticia y el desempeño de la enfermera en la clasificación de riesgo. Llegamos a la conclusión de que la calificación de riesgo califica la asistencia en los servicios de emergencia; hay muchas dificultades para el funcionamiento de la calificación crediticia y que la enfermera se ha consolidado como un profesional con competencia técnica y legal para llevar a cabo la evaluación del riesgo.

Descriptores: Enfermería; Servicios de Salud; Servicios Médicos de Urgencia.

INTRODUÇÃO

A criação e implantação dos principais protocolos de Classificação de Risco utilizados nos serviços de urgência/emergência se deram, em alguns países que já haviam universalizado o seu sistema de saúde, no final da década de 80, em um contexto de trabalho em rede, modelo de organização dos sistemas de saúde atual do Brasil. No contexto Mundial, os protocolos mais conhecidos são: Modelo Australiano (Australasian Triage Scale - ATS); Modelo Canadense (Canadian Triage Acuity Scale - CTAS); Modelo de Manchester (Manchester Triage System - MTS); Modelo Americano (Emergency Severity Index - ESI); Modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage - MAT).⁽¹⁾

Essa necessidade de Triagem/classificação de risco se deu pelo aumento de pacientes nos serviços de urgência/emergência, ou seja, da superlotação desses serviços. No final dos 1950 houve uma mudança na prática médica: os médicos particulares e os de família passaram a ser raros, as visitas se transformaram em consultas agendadas em consultórios e os Pronto Socorros se tornaram o principal local de atendimento quando os consultórios estavam fechados, principalmente em feriados e fins de semana. Além disso, mais médicos se tornaram especialistas, com poucos generalistas.⁽²⁾

Os prontos socorro (PS) começaram a ter grande aumento da demanda e o aumento do volume resultou do uso dos PS por pacientes com problemas menos graves. Os PS reconheceram a necessidade de um método para classificar pacientes e identificar aqueles com necessidade imediata de cuidados. Médicos e enfermeiros que tinham experiência com o processo efetivo de triagem nos campos de batalha introduziram a tecnologia nas emergências civis com extremo sucesso. A primeira referência de triagem fora do período de grandes catástrofes foi em 1963 em Yale.⁽²⁾

Diante da realidade brasileira, que não era melhor que a dos outros países, em 2001 após um projeto piloto realizado em alguns Hospitais foi implementado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2003, surge então a Política Nacional de Humanização (PNH) que visa englobar todas as ações existentes no campo da humanização, tornando-as mais sólidas e equânimes dentro de uma proposta.⁽³⁾

Dentro das ações propostas pela PNH, a Classificação de Risco (CR) ganha importante destaque na organização do atendimento das urgências e emergências dentro

das instituições públicas. A CR visa priorizar o atendimento levando em consideração o risco de morte, ou agravos à saúde e, também o grau de sofrimento.⁽⁴⁾

Segundo o ministério da saúde (MS) a classificação de risco pode ser feita por qualquer profissional de saúde de nível superior, entretanto o MS aponta o enfermeiro como o profissional com competência para realizar a classificação de risco nos serviços de urgência.⁽⁵⁾

Em seu âmbito, os Conselhos Regionais de Enfermagem (COFEN), por meio da resolução nº 423, de 9 de abril de 2012, apresenta que no que se refere a equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão. Para isso, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.⁽⁶⁾

Diante desse contexto, os nossos objetivos foram: conhecer como se desenvolve a prática da classificação de risco na realidade brasileira a partir da produção científica; conhecer a inserção do enfermeiro na classificação de risco a partir da produção científica brasileira.

A partir desses objetivos, elaboramos as seguintes questões norteadoras: Como o acolhimento com avaliação e classificação de risco tem contribuído para melhorar a qualidade da assistência nos serviços de urgência/emergência na realidade brasileira? Como se dá a organização/estrutura da classificação de risco na realidade brasileira? Quais as Fragilidades/dificuldades do dia a dia no funcionamento das classificações de risco na realidade brasileira? Qual a percepção sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco nas pesquisas focadas na realidade brasileira?

METODOLOGIA

Este estudo constitui-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão da literatura se estrutura em resumos críticos de estudos sobre um tópico de interesse visando contextualizar o problema de pesquisa; se restringe a estudos relevantes que apontem para novos dados relacionados aos objetivos da pesquisa. A revisão integrativa sintetiza resultados de pesquisas anteriores, ou seja, já realizadas e mostram, sobretudo, as conclusões do corpus da literatura sobre um fenômeno específico, compreende, pois todos os estudos relacionados à questão norteadora que orienta a busca desta literatura.

Os dados resumidos e comparados permitem com que se obtenham conclusões gerais sobre o problema de pesquisa. ⁽⁷⁾

Para tal, seguimos seguintes etapas: 1) formulação do problema, 2) coleta de dados ou definições sobre a busca da literatura, 3) avaliação dos dados, 4) análise dos dados e 5) apresentação e interpretação dos resultados. ⁽⁷⁾

A busca dos dados ocorreu durante o mês de setembro de 2015 nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), e no Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS). Para tal, utilizamos os seguintes descritores: ((Acolhimento) OR (Classificação de risco) OR (Triagem)) AND ((Enfermagem) OR (enfermagem em emergência) OR (equipe de assistência ao paciente) OR (Equipe de Enfermagem) OR (Enfermagem de urgência) OR (recursos humanos em saúde) OR (equipe de assistência ao paciente)) AND ((Emergências) OR (Serviço hospitalar de emergência) OR (Serviços Médicos de Emergência) OR (instituições de saúde) OR (Serviços de saúde)). Além dessas bases, também pesquisamos no “GOOGLE ACADÊMICO” utilizando os termos “Classificação de risco and urgência”.

Com isso, encontramos: 31 produções na base de dados da Scielo; 165 na Medline; 528 na Lilacs e 9.150 no “GOOGLE ACADÊMICO”. Entretanto, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 33 artigos foram selecionados.

Os artigos foram selecionados a partir da leitura dos títulos, atendendo os seguintes critérios de inclusão: artigos que abordassem a temática de classificação de risco na realidade brasileira, publicados em inglês, português e espanhol, a partir de 2003 até 2015. É importante ressaltar que 2003, é um ano de referência em que se instituiu a classificação de risco no contexto da Política Nacional de Humanização. Como critério de exclusão, definimos como aquelas produções, que embora estivessem inseridas na temática, não trouxessem subsídios para responder as questões norteadoras.

Para a análise dos dados, construímos um roteiro de coleta de dados onde agrupamos algumas das seguintes informações: autor, anos de publicação; base de dados; periódico; título; metodologia; principais resultados e conclusões. Para a análise dos dados da pesquisa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que, de acordo com Bardin, pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que se utiliza de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens para obtenção de indicadores, quantitativos ou não, que venham a

oportunizar a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. ⁽⁸⁾

RESULTADOS

A partir das buscas nas 04 bases foram selecionados 33 artigos. No Quadro 01, apresentamos esses artigos, distribuídos por autor, ano, título, revista e base de dados. Os artigos estão sequenciados na ordem em que foram selecionados e identificados pelo número de ordem precedidos da letra “A”, portanto, do artigo A01 ao artigo A33. Essa referência tem por objetivo a identificação do artigo no texto, na apresentação dos resultados.

Quadro 01 – Distribuição dos artigos selecionados por autor, ano, título, revista e base de dados, 2015.

Nº	AUTOR/ANO	TÍTULO	REVISTA	BASE DE DADOS
A01	BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012.	Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador.	Texto Contexto Enferm	SCIELO; GOOGLE ACADÊMICO
A02	VITURI et al., 2013.	Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	LILACS; GOOGLE ACADÊMICO
A03	MADEIRA; LOUREIRO; NORA, 2010.	Classificação de risco: perfil do atendimento em um hospital municipal do leste de Minas Gerais.	Revista enfermagem integrada	GOOGLE ACADÊMICO
A04	ROSSANEI et al., 2011.	Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público.	Rev. Eletr. Enf.	LILACS; GOOGLE ACADÊMICO
A05	NASCIMENTO et al., 2011.	Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem.	Rev. enferm. UERJ	LILACS; GOOGLE ACADÊMICO
A06	ULBRICH et al., 2010.	Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas.	Cogitareenferm.	LILACS; GOOGLE ACADÊMICO
A07	DINIZ et al., 2014.	Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester.	Rev. Eletr. Enf.	GOOGLE ACADÊMICO
A08	SILVA, et al., 2014.	Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	GOOGLE ACADÊMICO

A09	ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH , 2007.	Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade.	ACMarq. catarin. med.	GOOGLE ACADÊMICO
A10	OLIVEIRA et al., 2013a .	Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento.	RemeRev. Min. Enferm.	LILACS; GOOGLE ACADÊMICO
A11	BELLUCCI JÚNIOR et al., 2015.	Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento.	Rev. enferm. UERJ	GOOGLE ACADÊMICO
A12	MACIEL-LIMA; CARABAGIAL L., 2014.	Direito à saúde: limites e potencialidades do acolhimento com classificação de risco.	Revista jurídica	GOOLE ACADÊMICO
A13	PINTO, A. Ret al., 2014.	Acolhimento com classificação de risco: destaques aos aspectos relevantes a sua implantação nos serviços de saúde.	Revista rede de cuidados em saúde	GOOGLE ACADÊMICO
A14	SILVA; BOLPATO, 2013.	Proposta de implantação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de emergência do pronto socorro de Barra do Garças-MT.	Revista eletrônica interdisciplinar	GOOGLE ACADÊMICO
A15	OLIVEIRA; SILVA; COSTA, 2012.	Classificação de risco pela enfermeira: uma revisão de literatura.	Revista baiana de enfermagem	GOOGLE ACADÊMICO
A16	SANTOS, 2014.	Acolhimento com classificação de risco: um fio guia da administração em emergência.	Revista saúde e desenvolvimento	GOOGLE ACADÊMICO
A17	SOUZA et al., 2011.	Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	LILACS; GOOGLE ACADÊMICO
A18	PINTO JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012.	Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	LILACS; MEDLINE; GOOGLE ACADÊMICO
A19	OLIVEIRA et al., 2013b.	Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	LILACS GOOGLE ACADÊMICO
A20	SOUZA et al., 2014.	Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências.	Invest.educ.enferm.	LILACS
A21	SOUZA; BASTOS, 2008.	Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro.	Remerev. min. enferm.	GOOGLE ACADÊMICO
A22	ACOSTA; DURO; LIMA, 2012.	Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa.	Rev. Gaúcha .enferm	LILACS
A23	COUTNHO;CE	Classificação de risco em serviços de	Rev.Med Minas	GOOGLE

	CLIO; MOTA,2012.	emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester.	Gerais	ACADÊMICO
A24	CAVALCANT E et al., 2013.	Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência.	Rev. Enferm. Cent. O. Min.	GOOGLE ACADÊMICO
A25	ZANELATTO; DAL PAI, 2010.	Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem.	Ciência, cuidado e saúde	GOOGLE ACADÊMICO
A26	LIMA NETOet al., 2013.	Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros.	Rev.enfermufsm	GOOGLE ACADÊMICO
A27	CAVEIÃOet al., 2014	Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista.	Rev.enfermufsm	GOOGLE ACADÊMICO
A28	RODRIGUE et al., 2014	Concepção da equipe de enfermagem sobre acolhimento com classificação de risco.	J. nursufpe on line.	GOOGLE ACADÊMICO
A29	DUROet al., 2014	Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento.	Rev.rene.	LILACS; GOOGLE ACADÊMICO
A30	TEIXEIRA; OSELAME; NEVES, 2014.	O protocolo de Manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro.	Revista da universidade vale do rio verde	GOOGLE ACADÊMICO
A31	WEYKAMPet al., 2015	Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem.	Revrene	GOOGLE ACADÊMICO
A32	BOHN et al, 2015.	Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester.	Ciência, cuidado e saúde	GOOGLE ACADÊMICO
A33	DAMASCENO, 2014.	Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem.	Caderno de graduação- ciências biológicas e da saúde-unit	GOOGLE ACADÊMICO

Fonte: próprio autor

No Quadro 01, identificamos que foram os anos em que mais se publicou sobre essa temática foram os anos de 2012, 2013, 2014 com 5, 6, 11 publicações, respectivamente. Nos primeiros anos, após o lançamento da Política, 2003, 2004, 2005, 2006 não foram identificados artigos referentes a essa temática nessas bases de dados.

Quanto às revistas, observamos que os diversos autores utilizaram 23 diferentes revistas para publicarem seus trabalhos, sendo a Rev. Latino-Am. Enfermagem, a que mais publicou sobre a temática com 05 artigos. Com relação às bases de dados 21 artigos foram encontrados no GOOGLE ACADÊMICO exclusivamente, 10 na LILACS sendo apenas 02 exclusivamente nessa base de dados; uma produção científica foi

encontrada na SCIELO e também no GOOGLE ACADÊMICO e uma na MEDLINE, porém, esse artigo também foi encontrado no GOOGLE ACADÊMICO e na LILACS.

Após a análise desses 33 artigos, organizamos os achados em quatro categorias: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) como qualificador da assistência nos serviços de urgência/emergência; Implantação e organização do acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR); fragilidades no funcionamento do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR); e Atuação do enfermeiro no acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR), apresentadas a seguir:

CATEGORIA 01 - ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (AACR) COMO QUALIFICADOR DA ASSISTÊNCIA NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

Nessa categoria pudemos identificar, a partir dos estudos analisados, como a classificação de risco tem a contribuir para melhorar a qualidade da assistência nos serviços de urgência/emergência. Nesse sentido, os autores apontam que o aumento na qualidade da assistência nos serviços de emergência com a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) aconteceu porque: o atendimento se dá pelo grau de risco/emergência/sofrimento/necessidade do paciente, com maior atenção aos pacientes mais graves (A04, A05, A10, A13; A21, A24, A29); por diminuir os riscos para os pacientes que aguardam o atendimento e por possibilitar maior segurança para os profissionais (A02; A05, A08, A18, A23, A29); por melhorar a organizar o fluxo dos pacientes (A04, A21, A29, A31, A32, A33); por propiciar uma maior humanização no atendimento em urgência/emergência (A02, A10, A13, A24); por melhorar a relação usuário-profissional, diminuindo a ansiedade e aumentando o nível de satisfação do usuário (A10, A21, A24); por requer uma reorganização do serviço de emergência e da rede de saúde como um todo (A01, A29); por requer uma reorganização do processo de trabalho (que não é mais centrada na figura do médico); sendo um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar (A10, A21); por servir como instrumento de auxílio a gestão do serviço (A33, A21); além disso, por garantir a resolutividade das necessidades dos usuários, padronizar o atendimento; corresponsabilizar os indivíduos envolvidos neste processo; organiza o atendimento em rede e ser baseado nos princípios e diretrizes do SUS (A24).

CATEGORIA 02 -IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (AACR).

A partir da análise de alguns estudos e com base no que propõe o Ministério da saúde, o que caracteriza a realidade brasileira, pudemos ter uma visão sobre com se dá a estrutura/organização/funcionamento do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) no contexto do Brasil, apresentado aqui de forma genérica e resumida:

Para que o atendimento seja realizado com Acolhimento e classificação de risco, são necessárias algumas modificações no ambiente físico de modo a garantir os seguintes espaços: recepção onde são preenchidos os boletins de urgência, com espaço para espera e sala de classificação de risco, onde é realizada a classificação pelo enfermeiro de modo a permitir privacidade ao pacientes. Além disso, os setores precisam ser organizados de modo a prestarem atendimento de acordo com a classificação de risco, ou seja, uma área vermelha, que compreende a sala de reanimação/estabilização, onde são atendidos os pacientes mais graves; área amarela, onde são atendidos os pacientes potencialmente graves, e áreas verde e azul, destinada ao pacientes menos graves (A21, A25).

Quanto aos fluxos, primeiro o paciente preenche o boletim de urgência na recepção; depois deve ser avaliado o mais breve possível pelo enfermeiro na classificação de risco (em no máximo 10 a 15 minutos após a chegada do paciente). Após, de acordo com a classificação, é direcionado ou para a reanimação/estabilização (se classificado como vermelho) ou como prioridade para atendimento no consultório médico (se classificado como amarelo), ou fica aguardando ser chamado para consulta (se classificado como verde ou azul). A identificação dessa classificação pode se dá tanto no boletim do paciente como no próprio paciente com uma fita colorida (vermelha, laranja, amarela, verde ou azul), que normalmente é colocada no braço do paciente(A04, A09, A10, A20, A21).

Além desse fluxo interno, pensando-se no atendimento em rede, é necessário que a instituição também pactue com os demais serviços de saúde, os encaminhamentos dos pacientes, ou seja, como se dará a referência e contrarreferência dos pacientes na rede, um fluxo externo para os pacientes que precisam ser encaminhados (A04, A09, A10, A20, A21).

Quanto à organização, é necessário que o hospital construa e implante, ou utilize um protocolo clínico já existente, que respalde a classificação de risco realizada pelo

enfermeiro. É fundamental um espaço no boletim de urgência, que seja específicos para registrar os dados referentes a classificação de risco, e para identificar essa classificação. Os dados mais utilizados são: queixa principal, sinais vitais, comorbidades, uso de medicamentos e exame físico sumário (A08, A10, A17, A19, A20, A21, A25).

Existem alguns protocolos clínicos utilizados internacionalmente, e outros brasileiros, que tem sido utilizado ou servido como modelo para os serviços de urgência na realidade brasileira: Manchester/Inglaterra o MTS©, AST/Austrália, CTAS/Canadá, ESI/Estados Unidos, Acolhimento; e Classificação de Risco do Hospital Conceição/Porto Alegre-RS; Projeto Acolhimento do Hospital Municipal Mário Gatti/Campinas-SP; e Hospital Odilon Behrens/ Belo Horizonte-MG; além, das diretrizes e Protocolos de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do MS/Brasil. É importante ressaltar que alguns protocolos classificam a gravidade do paciente em 5 níveis, e outros em 4 níveis (A08, A17, A21).

Os Fluxos dos pacientes também devem estar contidos em um protocolo reconhecido pela instituição. O acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais em todos os locais e momentos. A classificação, na maioria dos serviços, é realizada pelo enfermeiro, o técnico de enfermagem auxilia nesse processo, em especial na verificação dos sinais vitais. Ambos os protocolos, clínico e de fluxo dos pacientes, dever ser validados e avaliados constantemente (A04, A06, A10, A17, A18, A19, A20, A21).

CATEGORIA 03 – FRAGILIDADES NO FUNCIONAMENTO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (AACR);

Nesta categoria que aborda as dificuldades encontradas no dia a dia dos profissionais que atuam na classificação de risco, foram identificadas as seguintes fragilidades, em alguns serviços, a partir dos artigos analisados: fragilidade do sistema de referência e contra-referência, ou seja, da organização do fluxo externo com a rede; inadequada referência econtrarreferência (A02, A03, A10, A11, A12, A20, A31, A32); fragilidade na estruturação da rede de saúde como um todo(A03, A05, A13, A20);estrutura física do serviço inadequada para organizar o atendimento pela classificação de risco (A02, A05, A10, A11, A12, A20);falta de conhecimento dos usuários sobre a classificação de risco/necessidade (A12, A10, A27, A31, A32); falta de

adesão de todos toda a equipe de saúde à estratégia de classificação de risco; e resistência da equipe médica em estabelecer um trabalho multiprofissional com a enfermagem (A10, A20, A27, A32); falta de materiais e equipamentos para a classificação e assistência adequada (A05, A10, A11, A13); carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos(A10, A11, A12, A 13); falta de vaga nas unidades de internamento, o que ainda contribui para superlotação do serviço; ambiente superlotado (A10, A12, A25); fragilidade no acolhimento, pela inexistência de um ambiente confortável e seguro para o paciente; falta de resolutividade e fragilidade na relação pessoal entre usuário e profissional de saúde (A10, A12, A20); estabelecimento de fluxo interno a partir de um protocolo da instituição; reavaliação do protocolo em uso (A02, A10); Não consegue atender os pressupostos da Política Nacional de Humanização (A05, A11); falta de reavaliação do paciente classificado (A02); Desconsideração da vulnerabilidade e sofrimentos do usuário no momento da classificação (A12); e registro incompleto dos dados contidos na ficha de classificação (A07).

CATEGORIA 04 - ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (AACR).

Quanto a atuação do enfermeiro no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), vários estudos apresentam o enfermeiro como profissional com competência técnica e legal para realizar a classificação de risco (A09,A10, A11, A12, A13, A15, A16, A20, A21, A26, A30, A33); alguns estudos também ressaltam que a classificação de risco dá autonomia e visibilidade ao trabalho do enfermeiro (A11 A20A21 A32) e que o protocolo clínico aprovado pela instituição dá respaldo legal para a classificação do enfermeiro (A17, A32). Por outro lado, vários estudos apontam a necessidade de capacitação de todos os profissionais, em especial do enfermeiro que realiza a classificação de risco (A02, A03, A09, A07, A08, A11, A13, A14, A15 A16, A17, A19, A20, A23, A25, A28, A26, A31, A33). Além disso, no que se referem à atuação do enfermeiro na classificação de risco, alguns artigos analisados(A20, A25, A26, A22, A30, A23) também nos permitiram identificar algumas competências necessárias para o enfermeiro que atue na classificação de risco.

Essas competências serão apresentadas a partir dos conhecimentos; habilidades e atitudes: **CONHECIMENTOS:** conhecimento do protocolo clínico, conhecimento do protocolo de fluxo dos pacientes, conhecimento clínico; conhecimento administrativo,

conhecimento sobre a rede assistencial, e conhecer os princípios do SUS; HABILIDADES: habilidades necessárias do enfermeiro na classificação do risco: realizar avaliação clínica de forma rápida e eficiente dos casos de urgência e emergência; ter um olho clínico apurado, desenvolver raciocínio crítico e reflexivo; realizar o registro de forma correta; manusear de equipamentos informatizados, para a utilização de protocolos que utilizam sistemas de computadores e ATITUDES: Comunicação, paciência, agilidade, disposição para escutar escuta qualificada, tomar decisões imediatas; intuição e saber lidar com situações de violência ocupacional; e trabalho em equipe multiprofissional; ser tornar proativo(A20, A25, A26, A22, A30, A23).

DISCUSSÃO

No Brasil, a Política Nacional de Humanização e a política Nacional de Atenção as Urgência preconizar que todos os serviços de saúde devem implantar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) para prestar o atendimento de urgência/emergência.^(5,9)

Para que a classificação de risco ocorra de forma efetiva e resolutiva, é imprescindível que cada estado estrutura/organize sua rede estadual de atenção às urgências como preconiza o Ministério da Saúde^(9, 10) e que as instituições de cada município, região e até mesmo do estado como um todo, pactue o sistema de referência e contrareferência, por meio de protocolos interinstitucional para que ao fazer a classificação de risco o enfermeiro possa dar maior resolutividades as necessidades dos usuários e possa fazer os encaminhamentos necessários com maior segurança. A construção desse fluxo externo dos pacientes, ou seja, da rede que permita a referência e contrareferencia de forma efetiva, como visto nos resultados, é um dos maiores problemas enfrentado no dia a dia dos enfermeiros que realizam a classificação de risco.

No entanto, se estas estruturas ainda trabalham de forma isolada e não se organizam com os outros pontos de atenção, o resultado da implantação de um protocolo destes é menor do que seu potencial. Este é um fato que tem sido observado, tanto aqui no Brasil, quanto no exterior. Se não trabalharmos em rede os problemas não cessarão.⁽¹⁾

Não restam dúvidas de como a classificação de risco pode contribuir como qualificador da assistência nos serviços de emergência, entretanto, no dia a dia, o fluxo

externos, falta de estruturação da rede, estrutura física inadequada, falta de conhecimento dos usuários, falta de adesão da equipe, falta de materiais e equipamentos tem impossibilitado o desenvolvimento dessa atividade de forma efetiva.⁽¹⁾

Nesse sentido, a qualidade precisa permear todos os espaços assistenciais, pois as ações realizadas em determinado local influenciam e ao mesmo tempo são influenciadas pelo cuidado oferecido em outros níveis de atenção à saúde.⁽¹¹⁾

O enfermeiro, pelas competências desenvolvidas em sua formação, tem se consagrado no cenário nacional como um profissional com competência técnica e legal para realiza a classificação de Risco, nesse sentido, a Resolução nº 423, de nove de abril de 2012, apresenta que no que se refere a equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro e que para isso, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.⁽⁶⁾ Entretanto, é de fundamental importância que na instituição, existam protocolos clínicos e de fluxos para uma maior segurança do enfermeiro na realização dessa avaliação.⁽⁴⁾

Para o MS, a tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.⁽⁵⁾

Nesse contexto, a classificação de risco deve ser feita pelos enfermeiros capacitados e com habilidades para reconhecer sinais e sintomas de gravidade, quando da chegada de um paciente em uma unidade de emergência.⁽¹²⁾ É importante ressaltar que a necessidade de capacitação de toda equipe, e em especial do enfermeiro, sobre classificação de risco, foi um dos achados mais evidentes ao analisarmos os 33 artigos selecionados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desses 33 artigos nos permitiu ter um olhar sobre como está sendo desenvolvida a classificação de risco no contexto brasileiro e a inserção do enfermeiro nessa atividade.

Nesse sentido, os estudos analisados nos permitiram identificar que a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco apresenta-se como

um qualificador da assistência nos serviços de urgência e emergência. A política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção às Urgências têm sido utilizadas como diretrizes para a implantação e organização da classificação de risco.

Entretanto, no dia a dia, os serviços ainda encontram muitas dificuldades para efetivarem uma classificação de risco nos serviços de urgência/emergência. Dentre as dificuldades estão a inexistência ou a desarticulação da rede de urgência de cada região/estado, com a fragilidade do fluxo de referência e contrareferência dos pacientes.

O Enfermeiro já tem si instituído como profissional com competência técnica e legal para realizar a classificação de risco, entretanto, existe uma necessidade de capacitação tanto deste profissional como de toda a equipe de saúde sobre essa temática.

Por fim, é importante ressaltar que a classificação de risco é uma atividade complexa que reque o desenvolvimento de competências específicas para uma atuação qualificada.

REFERÊNCIAS

1. Cordeiro Júnior, W. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS. 2009 jan/jun; .(2):23-8.
2. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. História da Classificação de Risco no Brasil. [periódico na Internet]. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=109. 2007.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde;2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.
4. Dias Filho AD, Sousa MPO, Castanheira PHR. Acolhimento com classificação de risco: Humanização nos serviços de emergência. Revista de Trabalhos Acadêmicos. 2011.2(1): 1-9.

5. Ministério da Saúde (BR). Cartilha da PNH. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes%20/acolhimento.pdf>.
6. Conselho Federal De Enfermagem (COFEN). Resolução nº 423/2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html.
7. Crossetti, MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):8-9.
8. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: edições 70, 2011.
9. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. 3ª ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011%20/prt1600_07_07_2011.html.
11. Silva, LG, Matsuda LM. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. Ciênc. cuid. Saúde. 2012; 11(supl): 121-28.
12. Oliveira GN, Silva MFN, Araújo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência de referência. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011; 19(3): 548-56.