

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO INTERIOR PAULISTA

RISK CLASSIFICATION INSIDE AN URGENCY AND EMERGENCY UNIT OF SÃO PAULO COUNTRYSIDE

CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN UNA UNIDAD DE URGENCIA Y EMERGENCIA DEL INTERIOR DEL ESTADO DE SÃO PAULO

Laura Formigoni Pagliotto*, Priscila Barbosa de Souza*, Janaina Ornelas Thomazini**, Alcivânia Barboza de Almeida Ortega***, Suzane Mirella de Fávère Vavra***

Resumo

Introdução: Serviços de emergência representam parcela importante da porta de entrada ao sistema de saúde. Considerados setores complexos, têm alta demanda de usuários e exigem a adoção de protocolos de classificação de risco com ações de acolhimento e triagem classificatória de pacientes, priorizando-se o atendimento segundo a gravidade do caso. **Objetivo:** Apresentar o perfil do setor de Unidade de Urgência e Emergência de um hospital do interior paulista, segundo o atendimento realizado pelo Sistema de Classificação de Risco. **Material e Método:** Estudo quantitativo, retrospectivo, transversal e descritivo, realizado em um hospital-escola no noroeste paulista. **Resultados:** Foram analisadas 2.330 fichas referentes ao mês de agosto de 2013. Destas, 1.835 (78%) foram classificadas pela cor verde, ou seja, pouco urgente, para atendimento preferencial nas unidades de atenção básica. O número de pessoas do gênero masculino foi maior, cuja faixa etária variou entre 18 a 40 anos e um índice maior de manifestações clínicas caracterizadas por dores, traumas e quedas, problemas respiratórios e gastrointestinais. A maior parte da clientela veio referenciada das instituições de saúde do próprio município ou municípios vizinhos. **Conclusão:** A utilização de protocolos de classificação de risco é benéfica para usuários e a equipe, pois padroniza o atendimento, diminui os riscos causados durante a espera e proporciona mais segurança para pessoas que utilizam serviços de urgência e emergência. Sugere-se organizar melhor o processo de trabalho da equipe multidisciplinar objetivando agilizar a assistência após a classificação.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência. Acolhimento. Triagem. Assistência de Enfermagem.

Abstract

Introduction: Emergency services represent an important part of the doorway to the health system. Considered to be complex sectors, they present a high demand for users and require the adoption of risk classification protocols with hosting actions and classifying triage of patients, prioritizing care according to the severity of the case. **Objective:** To present the profile of the Urgency and Emergency Unit of a hospital of São Paulo countryside, according to the care provided by the Risk Classification System. **Material and Method:** It is a quantitative, retrospective, cross-sectional and descriptive study carried out at a school hospital in the northwest of Sao Paulo. **Results:** We analyzed a total of 2,330 medical records related to the month of August 2013. 1,835 of them (78%) were classified as green, that is, not very urgent for preferential care in basic care units. Males number was higher, with a ranging age from 18 to 40 years and with a larger number of clinical manifestations characterized by pain, trauma and falls, as well as respiratory and gastrointestinal problems. Most of the clientele came from the health institutions of the municipality itself or from neighboring municipalities. **Conclusion:** The use of risk classification protocols is beneficial for both users and staff, once it standardizes care, reduces risks caused during waiting and provides more safety for people using urgency and emergency services. It is suggested to better organize the work process of the multidisciplinary team aiming to speed up the assistance after the classification.

Keywords: Emergency medical services. User embracement. Triage. Nursing care.

Resumen

Introducción: Los servicios de emergencia son una parte importante de la puerta de entrada al sistema de salud. Considerados sectores complicados, tienen una alta demanda de los usuarios y requieren la adopción de protocolos para clasificación de riesgo con acciones para la recepción y examen de clasificación de pacientes, priorizando la atención de acuerdo a la gravedad del caso. **Objetivo:** Presentar el perfil del sector del departamento de urgencia y emergencia en el interior del estado de Sao Paulo, según la asistencia prestada por el sistema de calificación de crédito. **Material y Método:** Estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal, descriptivo, realizado en un hospital en el noroeste del Estado de São Paulo. **Resultados:** Se analizaron 2.330 chips para el mes de agosto de 2013. De estos, 1.835 (78%) fueron clasificados por el color verde, es decir, poco urgente, para una atención preferencial en las unidades de atención primaria. El número de personas de sexo masculino fue mayor, cuyas edades oscilaban entre 18 y 40 años y una tasa mayor de manifestaciones clínicas se caracteriza por dolor, traumas y caídas, problemas respiratorios y gastrointestinales. La mayoría de la clientela llegó hace referencia a instituciones de salud del propio municipio o de municipios vecinos. **Conclusión:** El uso de protocolos para la clasificación de riesgo es beneficioso para los usuarios y el equipo, ya que se estandariza el cuidado, disminuye los riesgos causados durante el proceso de espera y proporciona más seguridad para las personas que utilizan los servicios de urgencia y emergencia. Se sugiere organizar mejor el proceso de trabajo del equipo multidisciplinario destinado a racionalizar la asistencia después de la clasificación.

Palabras clave: Servicios médicos de urgencia. Acogimiento. Triaje. Atención de Enfermería.

* Enfermeiras graduadas em Enfermagem pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Mestre em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: janaina.ornelas@ig.com.br

*** Enfermeiras especialistas graduadas pela União das Instituições Educacionais do Estado de São Paulo (UNIESP), Mirassol-SP.

INTRODUÇÃO

O Estado possui o dever de promover a saúde com os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social, estabelecendo a saúde como um bem comum ao ser humano. Dessa forma, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição Federal de 1988¹.

A escassa procura por atendimento na atenção básica de saúde, o crescimento populacional, o aumento de acidentes, a violência nas áreas urbanas e a falta de conscientização da população a respeito dos Serviços de Urgência e Emergência causam aumento na demanda nessas unidades, resultando em demora no atendimento de clientes graves que estão sob iminente risco de morte^{2,3}. Os serviços de emergência representam parcela importante da porta de entrada ao sistema de saúde, pois parte da população busca essas unidades para resolução de problemas de menor complexidade, ocasionando superlotação nesses serviços. Essa realidade está presente no cenário internacional e no Brasil⁴.

Para organizar e normatizar os Serviços de Urgência e Emergência, diante da alta demanda de usuários, entrou em vigor no Brasil, em 2002, a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048 objetivando avaliar e determinar o grau de emergência e urgência e a prioridade nesse tipo de atendimento. Função esta realizada por profissionais da área da saúde graduados e devidamente treinados para atuarem no processo de avaliação⁵.

Nas instituições hospitalares, as Unidades de Emergência são consideradas setores complexos; cotidianamente superlotados, habituadas à alta demanda, podendo haver, em decorrência, desordem e, conseqüentemente, influência negativa nos atendimentos prestados aos usuários. O Ministério da Saúde, baseando-se nesses fatos lançou a cartilha da "Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS", para acolher os usuários nas Unidades de Emergência e classificá-los pelo nível de gravidade e grau de prioridade do atendimento⁶.

Conceitualmente, na área da saúde, usa-se o termo acolhimento para definir a atitude de disponibilidade interna para o encontro com o outro e que permite e promove diálogo e compreensão mútua. Nesses termos conceituais, o acolhimento estaria presente nas interações de profissionais e pacientes desde o momento em que pacientes e familiares chegassem ao serviço de saúde

até sua saída, passando necessariamente por todos os processos do cuidar. Também se refere às interações entre profissionais e equipes em todos os níveis de gestão⁷. O acolhimento, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e promove avanço na aliança entre usuários, profissionais da saúde e gestores da saúde⁸.

Para contemplar a humanização nos Serviços de Urgência/Emergência foi implantada a Portaria nº 2.395 de 2011, que prioriza o Acolhimento com Classificação de Risco, visando diminuir o tempo de espera, acolher a população e atender prioritariamente pacientes com maior grau de risco, independente da ordem de chegada. Assim, organiza a atenção às urgências, de modo a atender a demanda espontânea e/ou referenciada⁹.

A Resolução 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) confere exigência legal ao enfermeiro na competência de execução da Classificação de Risco e Priorização da Assistência em Serviços de Urgência, ação a ser desenvolvida com conhecimento e habilidade técnico-científica. Dessa forma, atende às determinações da Resolução COFEN 358/2009 e os princípios da Política Nacional de Humanização¹⁰.

Classificação de Risco é um processo dinâmico embasado em conceitos e escalas internacionais que normalmente estratificam os riscos em cinco níveis, apresentando, desta forma, melhor confiabilidade na avaliação. Dentre os modelos de escalas destacam-se: a escala australiana – *Australasian Triage Scale* (ATS); o protocolo canadense *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS®); a escala norte-americana - *Emergency Severity Index* (ESI), e o protocolo inglês – *Manchester Triage System* – protocolo de Manchester¹¹.

Destes, o Sistema de Triagem de Manchester é o mais utilizado e sua estratégia de classificação de risco define-se em cinco categorias diferenciadas em cores. Criado na Inglaterra em 1994 determina a prioridade de atendimento e estipula um tempo máximo de espera para que o cliente possa ser atendido. A categoria designada pela cor Vermelha classifica os casos emergenciais no atendimento imediato (risco de morte), sendo o tempo do atendimento de zero minuto; Laranja, para casos muito urgentes, atendimento também rápido, mas o tempo de espera para o atendimento é de no máximo dez minutos;

Amarelo, para casos de urgência, estipulando o tempo de espera pelo atendimento em até 60 minutos; Verde, usado para casos de pouca urgência, com determinação de tempo de espera máxima de 120 minutos; e, por fim, a cor Azul, adotada em casos não urgentes, onde o tempo máximo que o cliente pode esperar para ser atendido é de 240 minutos¹².

Diante do exposto e da relevância na utilização da Classificação de Risco no acolhimento do cliente em uma Unidade de Urgência e Emergência de livre demanda, o propósito do estudo consistiu em identificar o perfil da clientela e as necessidades específicas da Unidade, objetivando apresentar estratégias para reestruturação e a melhoria do atendimento no setor.

OBJETIVO GERAL

O objetivo principal deste trabalho foi apresentar o perfil do setor de Unidade de Urgência e Emergência de um hospital do interior paulista, segundo o atendimento realizado pelo Sistema de Classificação de Risco.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo quantitativo, retrospectivo, transversal e descritivo, realizado em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital-escola, localizado no noroeste paulista. Atendendo aos preceitos éticos, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, sob CAE n. 763.348/2014.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão as fichas de atendimento geradas na Unidade de Emergência e Urgência para classificação de risco. Estas foram

localizadas no setor de "arquivo morto", referentes ao mês de agosto no ano de 2013. Incluíram-se as fichas de atendimento de pacientes que apresentaram faixa etária a partir de 18 anos, de ambos os gêneros.

Pela análise das 4.323 fichas de atendimento, foram excluídas 1.171 fichas por representarem pessoas com faixa etária inferior a 18 anos e 822 fichas por não apresentarem classificação de risco.

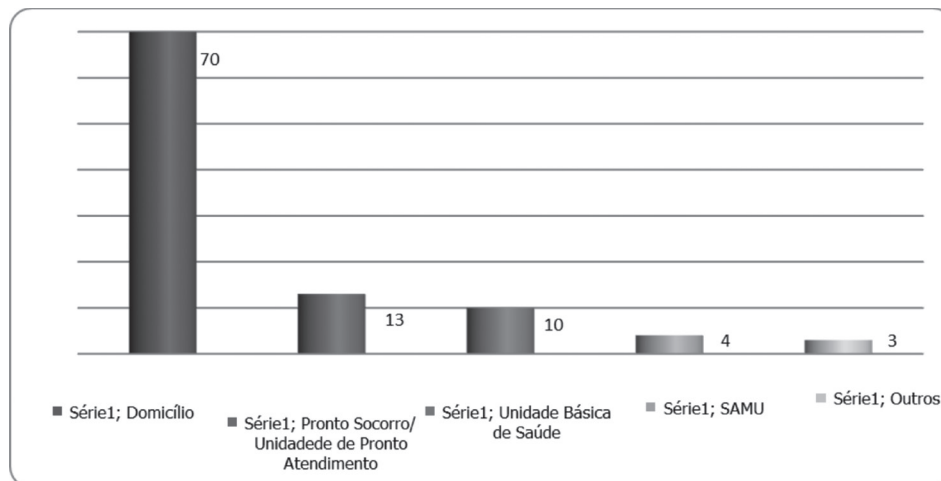
A coleta de dados foi realizada por meio de uma amostragem de 2.330 fichas classificadas na Unidade de Urgência e Emergência. Para nortear a coleta de dados, foi elaborado um instrumento com base no sistema informatizado utilizado na unidade para a Classificação de Risco (*Wareline* – Informatização Hospitalar) e na revisão de literatura sobre o tema. O mesmo foi validado por quatro enfermeiros que realizam a classificação de risco no hospital.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos no estudo de acordo com a ficha de Classificação de Risco são apresentados no texto, sequencialmente, sob a forma de gráficos e tabelas.

Quanto ao perfil sociográfico, pôde-se constatar que não houve diferença considerável entre gênero masculino 52% (N=1.212) e feminino 48% (N=1.118). Os usuários classificados caracterizaram-se por um perfil adulto jovem e pessoas em idade produtiva. Do montante de fichas, 29% dos usuários têm entre 18 e 30 anos, e 18% entre 31 e 40 anos.

Observa-se no Gráfico 1 que a maior parte do atendimento é direcionada a uma demanda espontânea, compreendendo 70% das buscas por atendimento na Unidade de Urgência e Emergência.

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos usuários classificados na Unidade de Urgência e Emergência, segundo procedência (2013)

Com relação à procedência, a demanda admitida no Serviço de Urgência e Emergência poderia ser acolhida pela Unidade Básica de Saúde da área de abrangência do usuário, porém, isto não ocorre devido ao fácil acesso à medicalização e resolução dos problemas de saúde de baixa complexidade nas unidades de emergência¹³. É amplamente reconhecido que a procura por serviços de urgência e emergência para casos que poderiam ser resolvidos em serviços de menor densidade tecnológica ocorre independentemente do nível de desenvolvimento econômico e social dos países. Observa-se que, apesar da progressiva expansão da rede básica e da implantação do Programa Saúde da Família, a demanda pelos serviços de urgência e emergência não vem se modificando. Constatase divergência no modo de pensar e tratar a urgência pelos gestores, profissionais de saúde e usuários desses serviços. Apesar da disponibilidade de portas de entrada no sistema de saúde hierarquicamente estabelecidas pelos gestores e técnicos, verifica-se a busca da população pelos serviços de urgência, sem que fique clara a compreensão sobre os motivos dessa procura¹⁴.

Tratando-se da cidade de origem dos usuários, 64% eram residentes de Catanduva-SP e 36% provindos de outras cidades, pertencentes à região de Catanduva-SP, sendo estas: Agulha, Ariranha, Catiguá, Cajobi, Fernando Prestes, Itajobi, Pindorama, Marapoama, Pirangi, Santa Adélia, Palmares Paulista, Paraíso, Elisiário, Urupês, Novo Horizonte e Tabapuã.

Não foram registradas informações ou dados quanto à ocupação dos usuários nas fichas de classificação de risco analisadas na amostragem.

Os dados apresentados na Tabela 1 indicam que

a dor prevaleceu entre as queixas mais referidas pela clientela, totalizando 36% (N=1.255) dos casos, podendo ou não estar associados a outras queixas.

Tabela 1 - Queixas principais relatadas pelos usuários classificados na Unidade de Urgência e Emergência (2013)

Queixas Principais	N	%
Algia	1.225	36
Trauma/queda	519	15
Queixas respiratórias	326	10
Queixas gastrointestinais	235	7
Indisposição	205	6
Queixas neurológicas	157	5
Afecções oculares/ auditivas	105	3
Transtorno psiquiátrico	98	3
Queixas urinárias	91	3
Ferimento corto-contuso/lesões	86	3
Edema de membros	78	2
Procedimentos/reavaliação médica	49	1
Reações alérgicas	47	1
Alterações menstruais	34	1
Queixas do sistema cardiovascular	33	1
Picadura/mordedura	11	1
Outros	62	2
TOTAL	3.361	100

Recentes estudos apontam que tanto a dor crônica como a aguda vêm aumentando consideravelmente entre as queixas da população e estão relacionados a lesões teciduais, aumento da idade, atividades laborais, bem como a fatores socioculturais e emocionais. A dor pode surgir também como consequência de processos inflamatórios/infecciosos, traumas e queimaduras^{15,16}. A dor torácica é um achado clínico importante para a investigação do distúrbio que o paciente possa estar apresentando e para a definição do diagnóstico, muitas

vezes relacionada a agravos cardiovasculares. Mediante a relevância da dor torácica, da sua importância social e econômica, especialmente nos setores de atendimento a urgências e emergências, os estudos relacionados à construção de protocolos de enfermagem ainda são escassos em relação à atuação do enfermeiro frente ao paciente com esta sintomatologia nesses setores. A correta avaliação e manejo da dor torácica tornam-se indispensáveis, bem como a aplicação de um protocolo específico de educação continuada para melhor embasar a atuação do enfermeiro¹⁷.

Traumatismos e quedas compreendem a segunda maior queixa relatada pela clientela (15%). No Brasil, a maioria dos casos de trauma torácico são consequências da violência urbana, com predomínio dos ferimentos penetrantes causados por arma branca ou de fogo, seguidos dos acidentes automobilísticos¹⁸. Segundo estudo, os acidentes de trânsito e armas de fogo são responsáveis pela maior parte dos óbitos acima de 44 anos¹⁹. Medidas preventivas e de promoção da saúde poderiam ajudar na redução dos índices de morbimortalidade por causas externas, uma vez que iniciativas nesse aspecto proporcionariam gastos menores para o setor público, quando se compara com o ônus econômico das assistências pré, intra e pós-hospitalar²⁰.

Quanto às dores, na Tabela 2 encontram-se as localizações referidas pelos clientes classificados na Unidade de Urgência e Emergência, destacando-se a dor abdominal com 26% (N=317). Nesta categoria são classificadas as epigastria, dor em hipocôndrios, região mesogástrica, flancos direito e/ou esquerdo e região hipogástrica.

Tabela 2 - Queixas álgicas relatadas pelos usuários classificados na Unidade de Urgência e Emergência (2013)

Algia	N	%
Dor abdominal	317	26
Dor em membros	277	22
Cefaleia	201	17
Lombalgia/cervicalgia	195	16
Dor torácica/precordialgia	154	12
Mialgia	38	3
Odinofagia	21	2
Órgãos genitais/perianal	12	1
Outros	10	1
TOTAL	1.225	100

Segundo Lima e Campos¹⁹, este dado não surpreende ante a realidade mundial, pois na América do Norte 50% dos atendimentos dos serviços de emergência são direcionados a dores abdominais agudas e crônicas, relacionadas a vários tipos de clínica e doenças pulmonares, cardíacas, parasitárias, ginecológicas, psicossomáticas, entre outras.

Embora não tenha sido a queixa mais frequente, um alto índice de cefaleia foi relatado pelos usuários, sendo computados 201 casos (17%) das queixas enquadradas na categoria álgica. A cefaleia é diariamente relatada nos consultórios e ambulatorios médicos. Há uma estimativa de que 80% da população apresente essa manifestação clínica em uma determinada fase da vida. Neste contexto, estudos epidemiológicos vêm sendo realizados com o objetivo de aprimorar o entendimento fisiopatológico deste sintoma, já que acomete milhares de pessoas mundialmente²¹.

Pela Tabela 3, nota-se que 34% (N=175) dos traumas correspondem a lesões e/ou fraturas em membros superiores e/ou inferiores e quedas correspondem a 21% (N=106) dos atendimentos, incluídos casos de quedas da própria altura, quedas de altura, quedas de motocicletas e de bicicletas.

Tabela 3 - Queixas de trauma/queda relatadas pelos usuários classificados na Unidade de Urgência e Emergência (2013)

Trauma/Queda	N	%
Membros	175	34
Queda	106	21
Não especificado	89	17
Ocular	52	10
Politrauma/Trauma crânio encefálico	43	8
Torácico	30	6
Face	12	2
Agressão física	12	2
TOTAL	519	100

Traumas em membros são consequências de acidentes automobilísticos, atropelamentos, lesão por armas de fogo e quedas, acarretando em danos na independência funcional dos indivíduos. Desta forma, torna-se necessária a interferência multidisciplinar na vida psicossocial do acometido, propiciando uma melhor reabilitação²².

O alto índice de trauma em membros é atribuído ao aumento populacional e também às atitudes imprudentes

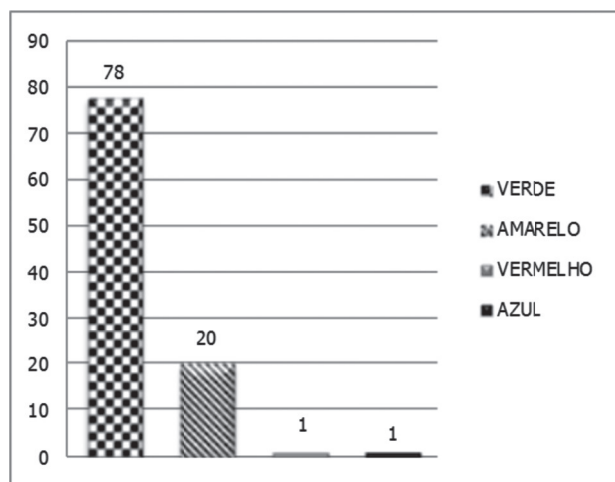
no trânsito, como: uso abusivo de álcool, drogas ilícitas e alta velocidade, aumentando consideravelmente o número de vítimas de acidentes automobilísticos²³.

Estudos apontam que 15% dos pacientes atendidos nos serviços especializados e direcionados a traumatizados são vítimas de queda da própria altura. Esse fator é considerado um problema de saúde pública, devido à alta incidência de casos e aos efeitos na população que, em sua maioria, é composta por idosos, etilistas, epiléticos e dependentes químicos²⁴.

Alguns autores afirmam que mais de um terço da população acometida por quedas se encontra em uma faixa etária acima de 65 anos, ao passo que tal incidente corresponde aproximadamente a 10% dos atendimentos em serviços hospitalares de emergência e a 6% das internações urgentes²⁵.

O Gráfico 2 apresenta os resultados obtidos neste estudo, de acordo com a classificação de risco utilizada no setor de urgência e emergência, considerando a prioridade no atendimento a ser prestado.

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos usuários classificados na Unidade de Urgência e Emergência, segundo a classificação de risco (2013)



Os critérios de classificação do risco clínico dos pacientes, estabelecidos no protocolo de Manchester, incluem os níveis de prioridade e cor atribuída, o tempo de espera para o atendimento médico, a reavaliação de enfermagem e o método de avaliação da queixa principal, estratificando o risco em cinco níveis distintos e que têm sido referidos por cores para facilitar a visualização¹⁰. Esse protocolo tem como principal objetivo garantir os princípios do SUS de Universalidade, Resolutividade e Humanização do atendimento prestado²⁶. O protocolo de Manchester é instrumento confiável para ser utilizado nos

departamentos de emergência²⁷.

Com base nos dados do Gráfico 2 constata-se que 1.835 usuários (78%) foram classificados pela cor verde como atendimentos pouco urgentes (necessita atenção, mas sem risco de vida). Estudos realizados apontam a classificação de cor verde predominante nas Unidades de Urgência e Pronto Atendimento, sendo a classificação de cor vermelha a que apresenta menor prevalência^{13,28}.

Para Schiroma e Pires³ há uma crescente demanda nos serviços de emergência, pois grande parte da população não tem acesso a um sistema regular de saúde, o que contribui para uma desorganização do mesmo. A maioria dos atendimentos está relacionada a doenças crônicas ou problemas simples que poderiam ser resolvidos em níveis menos complexos de atenção, o que acarreta em superlotação dos serviços de emergência, dificultando o atendimento.

Segundo Silva et al.²⁹, outro fator importante a ser considerado para redução das superlotações nas emergências estaria relacionado a um maior conhecimento do público alvo que procura esses serviços, pois, assim, poder-se-ia realizar um planejamento de ações em saúde. Isso sucederia através da utilização dessas informações como ferramentas para uma gestão do perfil epidemiológico, pelo qual seriam organizados os serviços de referência e contra referência, cujo objetivo principal é diminuir as superlotações desses serviços.

A baixa resolubilidade na Atenção Primária leva os usuários a procurar por hospitais, na busca de solução para seus problemas de saúde¹³. Neste sentido, percebe-se que os usuários do SUS procuram a Unidade de Urgência e Emergência por acreditarem que o atendimento e a resolubilidade são mais rápidos e fáceis²⁸.

É necessário que ocorram melhorias nas políticas públicas por meio de uma atenção básica mais resolutiva, com a tomada de decisão dos gestores para a obtenção de estratégias que visem reduzir esses índices e proporcionem uma melhor qualidade da assistência a essa clientela. Também, proporcionar uma maior satisfação por parte das equipes assistenciais que praticam o atendimento, evitando-se sobrecargas e, conseqüentemente, garantindo o melhor desempenho de suas atividades. Um serviço de referência e contra referência mais organizado concorre, principalmente, para um maior comprometimento e responsabilidade dos administradores das políticas de

saúde nas urgências e emergências.

CONCLUSÃO

A classificação de risco é atividade relativamente nova na atuação do enfermeiro no Brasil e a utilização de protocolos para embasar a classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação segura dos enfermeiros. Assim trabalham os enfermeiros no setor onde se desenvolveu o estudo.

A Classificação de Risco demonstra ações de grande importância, pois se trata de um processo dinâmico de identificação e priorização do atendimento, o qual visa discernir os casos críticos, que necessitam de atendimento imediato, dos não críticos.

O protocolo de Manchester é considerado ferramenta sensível para detectar, na porta de entrada dos serviços de emergência, os pacientes que precisarão de cuidados críticos. Todavia, a partir da análise dos dados obtidos no estudo, evidenciou-se que nem todas as fichas de atendimento passaram pela classificação de risco e que a maioria dos usuários acolhidos pela enfermeira na classificação de risco era de indivíduos com agravos que não caracterizavam pessoas vulneráveis a risco de vida e, portanto, com menor prioridade no atendimento.

É preciso investir em avanços e intervenções adequadas, almejando qualificar o serviço e diminuir a superlotação, baseada em evidências. É fundamental, também, preparar os enfermeiros para operacionalização do acolhimento com avaliação e classificação de risco, assim como reestruturar os serviços de referência e contra referência.

Ressalta-se o papel essencial do enfermeiro na classificação de risco, especialmente a necessidade de cursos de capacitação para melhorar a qualidade do atendimento no acolhimento, possibilitando uma classificação mais eficiente aos usuários do serviço hospitalar de emergência, pois melhor qualidade no acolhimento fundamenta o Programa Humaniza-SUS.

Com base neste estudo e diante da observação de algumas lacunas nas ações de classificação de risco, conclui-se ser necessária uma reestruturação no setor de urgência e emergência, buscando-se contemplar plenamente os objetivos de humanização preconizados pelo Ministério da Saúde. Também, elaborar e implantar um fluxograma municipal de encaminhamento ao serviço hospitalar de emergência do município, juntamente com o Serviço Móvel de Urgência (SAMU).

REFERÊNCIAS

1. Souza APFS, Carvalho FT, Mardini M, Calvetti PU, Gil ME. A humanização no atendimento: interfaces entre psicologia da saúde e saúde coletiva. *Boletim da Saúde*. 2005; 19(2):21-8.
2. Oliveira KKD, Amorim KKPS, Fernandes APNL, Monteiro AI. Impacto da Implementação do Acolhimento com Classificação de Risco para o Trabalho dos Profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento. *Rev Min Enferm*. 2013; 17:149-65.
3. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência- um desafio para as/os enfermeiras/os. *Rev COFEN*. 2011; 2(1):14-7.
4. Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E, CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity. *CJEM*. 2008;10(2):136-42.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. [Internet] [citado em 10 mar. 2015]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>
6. Belucci Junior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumentos para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(5):751-7.
7. HCFMUSP. Acolhimento com avaliação de risco nas Unidades de Urgência e Emergência referenciadas do Hospital das Clínicas da FMUSP. Núcleo Técnico de Humanização. 2014. [Internet] [citado em 10 mar. 2015]. Disponível em: <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Acolhimento%20no%20Un.%20Emergencia%20HCFMUSP.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. [Internet] [citado em 10 mar. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html
10. Conselho Federal de Enfermagem. Participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco. Resolução nº 423 de 9 de abril de 2012. Lex: Coletânea de Legislação: edição federal, Brasília, DF; 2012. [Internet] [citado em 12 mar. 2015]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html
11. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011; 19(1):26-33.
12. Pinto Junior D, Salgado PO, Chianca TCM. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012; 20(6):02-8.
13. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011; 19(3):548-56.
14. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG. Criança não pode esperar: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(12):3663-72.
15. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador-BA. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(4):622-30.

16. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2007 [citado em 15 jun. 2015]; 15(1):13-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf
17. Ribeiro SBF, Pinto JCP, Ribeiro JB, Feliz MMS, Barroso SM, Oliveira LF, et al. Dor nas Unidades de Internação de um hospital universitário. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012; 62(5):599-611.
18. Scapolan MB, Vieira NLP, Nitrini SS, Saad Junior R, Gonçalves R, et al. Trauma torácico: análise de 100 casos consecutivos. [Internet]. 2010 [citado em 16 set. 2015]; 8(3): 339-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n3/pt_1679-4508-eins-8-3-0339.pdf
19. Lima RS, Campos MLP. Perfil do idoso de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 45(3):659-64.
20. Nery AA, Alves MS, Rios MA, Assunção PN, Matos Filho SA. Perfil epidemiológico da morbimortalidade por causas externas em um hospital geral. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 [citado em 12 nov. 2015]; 7(2):562-71. Disponível em: <file:///C:/Users/lubib/Downloads/2841-35235-1-PB.pdf>
21. Zétola VHF, Novak EM, Luiz A, Branco BOS, Sato BK, Nita CS, et al. Incidência da cefaleia em uma comunidade hospitalar. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998; 56(3B):559-64.
22. Itami JT, Faro ACM, Meneghim P, Leite RCBO, Silveira CT. Adultos com fraturas: das implicações funcionais e cirúrgicas à educação em saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [citado em 15 out. 2015]; 43(spe2):1238-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600016&lng=en
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600016>
23. Ulbrich ME, Mantovani MF, Balduino AF, Reis BK. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídio para o acolhimento às vítimas. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(2):286-92.
24. Parreira JG, Vianna AMF, Cardoso GS, Karakhanian WZ, Calil D, Perlingeiro JAG, et al. Lesões graves em vítimas de queda da própria altura. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(6):660-4.
25. Gai J, Gomes L, Nobrega OT, Rodrigues MP. Fatores associados a queda em mulheres idosas residentes na comunidade. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(3):327-32.
26. Nascimento ERP. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011 [citado em 10 out. 2015]; 19(1):84-8. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>
27. Grouse AI, Bishop RO, Bannan AM. The Manchester triage system provides good reliability in an Australian emergency department. *Emerg Med J*. 2009; 26(7):484-6.
28. Madeira DB, Loureiro GM, Nora EA. Classificação de risco: perfil de atendimento de um hospital do leste de Minas Gerais. *Rev Enferm Integ*. 2010; 3(2):543-53.
29. 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* [Internet]. 2007 [citado em 18 set. 2015]; 36(4):18-27. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/520.pdf>

Recebido em: 20/03/2016

Aceito em: 24/08/2016