

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELA ENFERMEIRA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

RISK CLASSIFICATION VIA THE NURSE: A REVIEW OF LITERATURE

CLASIFICACIÓN DE RIESGO POR LA ENFERMERA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ruth Fernandes de Oliveira¹
Melissa Almeida Silva²
Adriana Cristina de Jesus Costa¹

A atuação da enfermeira no acolhimento com classificação de risco requer estruturação da rede de atenção básica e especializada. O objetivo deste estudo é analisar a produção científica publicada entre 2004 e 2010 sobre a enfermeira e o acolhimento com classificação de risco no Brasil. A metodologia adotada é a revisão de literatura. Os resultados apontam que as regiões de maior produção são a Sudeste e Sul. Os temas abordados foram: determinantes do excesso de demanda, significados de acolhimento e triagem, aspectos favoráveis e desfavoráveis da atuação da enfermeira. O termo triagem ainda é frequentemente utilizado como sinônimo do acolhimento com classificação de risco. Na maioria dos trabalhos, a prática da enfermeira no acolhimento com classificação de risco é benéfica, pois garante assistência imediata ao paciente, diminui o risco aos quadros graves e agrega o princípio da humanização à assistência. Conclui-se que a produção científica sobre o tema ainda é incipiente no país.

PALAVRAS-CHAVE Enfermagem em Emergência. Acolhimento. Triagem. Serviço Hospitalar de Emergência.

The intervention of a nurse when receiving risk classification patients requires a well-structured and specialized network of basic care assistance. The objective of this study is to analyze the scientific production in Brazil between the years of 2004 and 2010 about the nurse and her/his intervention when receiving patients with risk classification. The methodology used for this work is a literature review. The results show that the regions in Brazil that produce most scientific research are the Southeastern and Southern. The topics covered by these researches were: factors responsible for excess demand, meanings of receiving and screening, and favorable or unfavorable aspects of the nursing practice. The expression screening is mostly used as a synonym of receiving patients with risk classification. The majority of the studies show that the practice of a nurse when receiving patients with risk classification is beneficial because it guarantees the immediate assistance, decreases the risk of serious conditions and aggregates the principle of humanized care assistance. It can be concluded from this study that the scientific production on the theme is still developing in Brazil.

KEY WORDS: Emergency nursing. Receiving a patient. Screening. Emergency service.

La actuación de la enfermera en la acogida con la clasificación de riesgo requiere de una estructura de la red de atención básica y especializada. El objetivo de este estudio es analizar la producción científica publicada, entre 2004 y 2010, sobre la enfermera y la acogida con la clasificación de riesgo en Brasil. Como metodología se adoptó la revisión de la literatura. Los resultados indican que las regiones de mayor producción son el Sureste y el Sur. Los temas abordados fueron: determinantes del exceso de demanda, significados de acogida y triaje, aspectos favorables y desfavorables de la actuación de la enfermera. Frecuentemente, el término triaje, todavía se utiliza como sinónima

¹ Acadêmicas de Enfermagem, 8º Semestre. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. ruth_ssa@hotmail.com; adrianaqcosta@hotmail.com

² Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. almeidasilva.melissa@gmail.com

de acogida con clasificación de riesgo. En la mayoría de los trabajos, la práctica de la enfermera en la acogida con clasificación de riesgo es benéfica, pues garantiza atención inmediata al paciente, disminuye el riesgo de gravedad y agrega el principio de la humanización a la asistencia. Se concluye que la producción científica sobre el tema, aún es incipiente en el país.

PALABRAS-CLAVE: Enfermería de urgencia. Acogida. Triage. Servicio hospitalario de urgencia.

INTRODUÇÃO

O serviço de emergência comporta atividade de extrema complexidade nas unidades hospitalares. Segundo Calil e Paranhos (2007), os serviços emergenciais necessitam contar com estrutura adequada para prestar este tipo de assistência no local ou em outro nível de atendimento diferenciado. Entretanto, o atendimento aos pacientes nesses serviços constitui uma questão crucial para a saúde pública no Brasil.

Acolher pressupõe resolutividade e responsabilização às necessidades apresentadas pelo paciente, família e comunidade, visando contínua e eficiente assistência nos serviços de saúde (BRASIL, 2004a). A classificação de risco, por sua vez, requer planejamento e elaboração de protocolos que estabeleçam critérios de triagem dos pacientes que devem ter prioridade no atendimento, considerando-se o risco ou agravo à saúde ao qual o paciente está sujeito (GODOY, 2010). Para que os objetivos da classificação de risco tenham êxito (como a redução da demanda pelo serviço, a diminuição do tempo de espera por atendimento e a educação da população), é necessária também a estruturação da rede de atenção básica e especializada no Sistema Único de Saúde (SUS) para absorver a demanda que acaba buscando inadequadamente a emergência (CALIL; PARANHOS, 2007).

A primeira tentativa de organização nacional dos serviços de emergência surgiu em 2004 com o Programa QualiSUS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b). O programa sugere a procura de uma nova identidade no âmbito nacional, com a redefinição e integração das vocações assistenciais, organização de fluxos, reorganização do processo de trabalho dos serviços de saúde, tendo como foco o usuário do sistema (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). A Política de

Qualificação da Atenção à Saúde propõe que o processo de trabalho nas unidades de urgência e emergência seja realizado por equipe multidisciplinar quando da implantação do acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2004b). Nessa perspectiva, surge a discussão acerca do papel da enfermeira neste campo.

De acordo com Pires (2004), o serviço de acolhimento com classificação de risco realizado por enfermeira constitui uma nova área de atuação e permite melhorar o gerenciamento do serviço, pois contribui para garantir o acesso, diminuir o tempo de espera, os riscos e a ocorrência de iatrogenias, além de melhorar a qualidade do atendimento.

Diante desse contexto, buscou-se analisar a produção científica publicada desde 2004, quando foi implantado o QualiSUS, até 2010 sobre o acolhimento com classificação de risco em unidades de emergência hospitalares brasileiras, com foco na atuação da enfermeira.

Considerando o serviço de urgência com seu alto grau de complexidade, a necessidade da organização dos fluxos e do cuidado com os usuários que demandam este serviço, observa-se um vasto campo para organização das práticas da enfermeira no contexto do acolhimento com classificação de risco. Às enfermeiras desses serviços compete uma atuação rápida e eficaz voltada para clientes críticos, com base em protocolos criados e aprovados por esses serviços, acompanhando os pacientes em todo o seu processo clínico até a definição e conclusão do tratamento (VALENTIN; SANTOS, 2009).

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem seção Bahia (COREN-BA), o acolhimento com classificação de risco não está apenas relacionado à escuta, mas também ao embasamento

científico, pois é necessário haver intervenções decisivas, melhorando o fluxo dos usuários por meio de protocolos implantados pelas unidades. Os profissionais apropriados devem ser graduados, capacitados em urgência e emergência e, de preferência, com experiência em sua área de atuação. A classificação de risco realizada pela enfermeira não tem a finalidade de estabelecer diagnóstico médico (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2010).

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão de literatura sobre o papel da enfermeira no processo de acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. Os critérios utilizados para inclusão das publicações científicas foram: fonte reconhecidamente de pesquisa, publicações que se relacionam com a temática, escritas em português e publicadas entre os anos de 2004 a 2010. Este recorte temporal foi estabelecido em função da implantação do QualiSUS em 2004.

Para elaboração desta revisão de literatura foram utilizadas as bases de dados eletrônicas: Scielo; Lilacs e BDef. Os descritores utilizados foram: cuidados de enfermagem, acolhimento, triagem, serviço hospitalar de emergência. Após levantamento das publicações científicas

utilizando os descritores e os critérios de inclusão supramencionados foram elencadas 15 publicações científicas para a composição deste estudo. Os trabalhos selecionados foram lidos e analisados na íntegra. O conteúdo das publicações foi agrupado em um quadro segundo título, autor, ano de publicação, tipo de estudo e ideias centrais dos autores. Para a elaboração do quadro, as publicações foram enumeradas aleatoriamente de 1 a 15 para facilitar a identificação quando da análise. Os trabalhos lidos foram agrupados e analisados segundo eixos temáticos.

RESULTADOS

As bases de dados pesquisadas e os critérios de inclusão adotados possibilitaram constatar-se que ocorreu maior número de publicações nos anos de 2010, 2009 e 2004, respectivamente, com 4, 3 e 3 publicações. Em relação à região do país, 6 foram publicados no Sul e 8 no Sudeste do país. Quanto ao tipo de estudo, 40% correspondem a pesquisas de campo, 20% revisões de literatura, 20% relatos de experiência e 20% estudos de caso.

Para compor o quadro dos resultados, tornou-se necessário exprimir, de forma sucinta, o panorama geral de cada trabalho científico selecionado. Desta forma, foi elaborado o Quadro 1, que traz a distribuição das produções publicadas

QUADRO 1 – Distribuição das ideias relacionadas à temática nos trabalhos publicados entre 2004 e 2010 sobre acolhimento com classificação de risco (continua)

Nº	Título	Autor	Ano	Tipo de Estudo	Ideias centrais dos autores
1	Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.	SOUZA, C.C.	2009	Pesquisa de campo	Traz o grau de concordância entre dois protocolos de classificação de risco utilizados em uma unidade de pronto-socorro da capital mineira. Revela que, na análise das concordâncias e discordâncias, o protocolo de Manchester aumentou a prioridade dos pacientes classificados como vermelho, verde e azul, e diminuiu a prioridade dos pacientes classificados como laranja e amarelo, quando comparados a cada nível de prioridade segundo o protocolo.
2	Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro.	MENZANI, G.	2006	Pesquisa de campo	Entre outros fatores, a Coordenação de Atividades na Unidade de Emergência pela enfermeira é um fator de estresse para a profissional cujas origens estão na necessidade de controlar a qualidade e coordenar as atividades do cuidado.

QUADRO 1 – Distribuição das ideias relacionadas à temática nos trabalhos publicados entre 2004 e 2010 sobre acolhimento com classificação de risco (continuação)

Nº	Título	Autor	Ano	Tipo de Estudo	Ideias centrais dos autores
3	Pronto atendimento: a percepção da equipe de enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção.	PINTO, I.C.; RODOLPHO, F.; OLIVEIRA, M.M.	2004	Pesquisa de campo	A equipe de enfermagem que atua no pronto-socorro é composta, predominantemente, por profissionais do sexo feminino, com faixa etária entre 27 e 52 anos e com tempo de serviço variando entre 1 e 10 anos. Com base nas falas da equipe de enfermagem, os autores entendem o acolhimento como um processo que não se restringe apenas ao espaço físico do setor de recepção da unidade, mas toda uma situação de atendimento, desde a entrada do usuário na unidade, podendo ser praticada por todos os colaboradores de saúde. Essas falas demonstram a potencialidade do acolhimento em possibilitar processos de reverter o modelo assistencial, utilizando a tecnologia leve, como dispositivo analisador de mudança.
4	O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridade de atendimento.	GATTI, M.F.Z.; LEÃO, E.R.	2004	Pesquisa de campo	Foi identificado que 88% dos atendimentos realizados na unidade são pacientes com quadros não agudos. Contudo, com a implementação da triagem, o tempo médio de atendimento dos pacientes variou entre 3 e 4 min. Quando do desenvolvimento destas atividades, porém, foram identificadas dificuldades como excesso de demanda e necessidade de realização de rodízio entre os enfermeiros que realizam a triagem. Identificou-se consonância entre as opiniões das equipes médica e de enfermagem, referente à importância do enfermeiro na classificação de risco para a melhoria da qualidade assistencial.
5	Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros após a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco.	GODOY, F.S.F.	2010	Pesquisa de campo	O acolhimento com classificação de risco trouxe modificações significativas para o processo de trabalho dos enfermeiros, permitindo organizar a fila de espera e priorizando os casos mais graves. Os sentimentos de prazer foram identificados como contribuição para o diagnóstico precoce, alívio da dor, na recuperação do paciente e no relacionamento com a equipe de enfermagem.
6	Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde.	FALK, M.L.R.; FALK, J.W.; OLIVEIRA, F.A.; MOTTA, M.S.	2010	Pesquisa de campo	A humanização é uma política de saúde cujo dispositivo de acolhimento representa uma atitude da ordem das práticas e das relações que se estabelecem entre os serviços, os trabalhadores e os usuários. Assim, a grande maioria dos usuários pesquisados considerou indispensável, no acolhimento, a possibilidade de encaminhamento a outros profissionais. Por sua vez, os profissionais de saúde identificaram como essencial ao acolhimento o encaminhamento a outros profissionais e a resolutividade.

QUADRO 1 – Distribuição das ideias relacionadas à temática nos trabalhos publicados entre 2004 e 2010 sobre acolhimento com classificação de risco (continuação)

Nº	Título	Autor	Ano	Tipo de Estudo	Ideias centrais dos autores
7	Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro.	SOUZA, R.S.; BASTOS, M.A.R.	2008	Relato de experiência	A assistência tradicionalmente centrada na figura do médico foi transformada em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar. O enfermeiro, assim, assume o papel de sujeito do processo, passando a conduzi-lo autonomamente, não mais ficando à margem dos acontecimentos. Os resultados, na prática do processo de acolhimento com classificação de risco, são inúmeros, destacando-se a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade/gravidade de cada caso; diminuição do tempo de espera pelo atendimento; diminuição de ocorrências indesejadas nas filas de espera; melhoria no prognóstico associada à intervenção rápida e oportuna.
8	Suporte humanizado no pronto-socorro: um desafio para a enfermagem.	PAI, D.D.; LAUTERT, L.	2005	Relato de experiência	Para Waldow, o cuidado deve conjugar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstrando palavras, tom de voz, postura e toque. Portanto, o cuidado holístico fundamental à prática da enfermagem deve buscar mais conexões do que separações entre as partes que compõem o ser; necessita associar o conhecimento científico a fatores de cuidado que derivem da perspectiva humanística.
9	Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade.	ALBINO, R.M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V.	2007	Relato de experiência	O processo de triagem foi introduzido nos Serviços de Emergência para tentar minimizar o problema da superlotação, permitindo cuidados imediatos aos pacientes mais urgentes e prever quais pacientes necessitarão de internamento e a quantidade de recursos hospitalares necessários durante a permanência na Emergência.
10	O Serviço de triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – promovendo o acolhimento e reorganização institucional.	AZEVEDO, J.M.R.	2004	Estudo de caso	A Triagem do HC funciona 24 horas e trabalha de forma integrada com as Unidades de Saúde do município. Este passou a priorizar os atendimentos terciários e quaternários, deixando, para a rede básica, os atendimentos de níveis primários e secundários. Os gerentes das unidades de atendimento reconhecem a contribuição da Triagem e valorizam tal serviço.
11	Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem.	MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S.	2008	Estudo de caso	A recepção pouco qualificada na unidade de emergência analisada denota que a centralidade do atendimento não é na pessoa e suas necessidades, e sim na diminuição da demanda. Entretanto, a recepção de um serviço de saúde é um ponto estratégico. Por ela passam todos os usuários que necessitam de cuidados urgentes ou não; por isso, deve ser pensada de forma que consiga dar respostas qualificadas ao usuário. É nesse local que ele espera ter sua demanda acolhida, o que não significa solucionar todos os problemas que chegam ao serviço, mas a atenção dispensada na relação de atendimento, que envolve a escuta, a responsabilização e o respeito à pessoa que porta a necessidade.

QUADRO 1 – Distribuição das ideias relacionadas à temática nos trabalhos publicados entre 2004 e 2010 sobre acolhimento com classificação de risco (conclusão)

Nº	Título	Autor	Ano	Tipo de Estudo	Ideias centrais dos autores
12	Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas.	URBRICH, E.M.; MANTOVANI, M.F.; BALDUINO, A.F.; REIS, B.K.	2010	Estudo de caso	A proposta dos protocolos de enfermagem é subsidiar o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, de forma sistematizada e organizada, no acolhimento emergencial às vítimas, com segurança e qualidade, garantindo agilidade e integralidade do atendimento.
13	Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em uma unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte.	TOLEDO, A.D.	2009	Revisão da literatura	Como resultado desta pesquisa observou-se que, ao exercer a profissão de enfermeiro no setor de acolhimento e classificação de risco em um desses hospitais, nem sempre os registros eram preenchidos corretamente pelos profissionais de enfermagem.
14	Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática.	BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A.	2009	Revisão da literatura	Concluiu-se que o aumento do tempo de permanência no Serviço de Emergência Hospitalar é o principal marcador da superlotação; a falta de leitos para internação a principal causa; e o atraso no diagnóstico e tratamento, a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade.
15	A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional.	BITTENCOURT, R.J.	2010	Revisão da literatura	Evidencia o baixo desempenho organizacional, caracterizando a superlotação como um fenômeno mundial com causas e consequências. As intervenções que interferiram positivamente no principal indicador da superlotação, o tempo de permanência no Serviço de Emergência, apontaram para a melhoria do fluxo de saída dos pacientes desses setores, por meio do aumento do desempenho organizacional. Os resultados dessa revisão desmistificaram as soluções que aumentam as barreiras de acesso ou melhoram a estrutura dos Serviços de Emergência.

entre 2004 e 2010, segundo título, autor, ano, tipo de estudo e ideias centrais dos autores.

Este estudo permitiu observar-se que as regiões Sudeste e Sul ocupam lugar de destaque no que se refere ao quantitativo das publicações relativas ao objeto desta investigação. A escassez de trabalhos publicados concernentes a esta linha de pesquisa nas demais regiões brasileiras, principalmente nas regiões Nordeste e Norte, faz surgir questionamentos acerca do contexto desta assertiva. Constatou-se ainda que o maior número de publicações ocorreu no ano de 2010 com o predomínio de trabalhos do tipo pesquisa de campo, relato de experiência e estudo de caso,

o que sugere um despertar incipiente de interesse pela temática. O aspecto retratado faz supor que mais instituições que comportam serviços de emergência estão implantando a prática do acolhimento com classificação de risco, dando, assim, subsídios para a publicação de novos estudos referentes à temática.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Após leitura dos trabalhos científicos, optou-se por analisá-los sob a forma de eixos temáticos que foram assim identificados: determinantes do excesso da demanda por serviços de emergência

no Brasil; sentidos e significados do acolhimento, triagem e classificação de risco; a enfermeira no acolhimento com classificação de risco; aspectos favoráveis e desfavoráveis da enfermeira na classificação de risco.

Determinantes do excesso da demanda por serviços de emergência no Brasil

Dentre os estudos analisados, nove (1,4,5,9,10,11,12,14,15) abordam os aspectos que interferem no aumento da demanda populacional por serviços de emergência no Brasil. Três (10,11,13) relacionam o excesso de procura dos serviços de emergência à pouca abrangência e à deficiência estrutural, entre as quais déficit de recursos humanos e materiais, da rede de atenção básica. A autora de um desses trabalhos (10) estabelece relação direta entre a ineficiência da atenção básica e a qualidade do atendimento prestado nas unidades de emergência quando informa:

A demanda que chegava à porta do HC era infinitamente maior que a capacidade do mesmo para atendê-la. A maioria buscava atendimento ambulatorial e a grande demanda levava o usuário buscar solução de suas necessidades no pronto socorro. A superlotação e os atendimentos não considerados de urgência/emergência contribuíam para a descaracterização deste setor e inviabilizava os casos de real gravidade. (AZEVEDO, 2004, p. 26).

Assim, verifica-se que o quantitativo populacional abrangido pelos serviços básicos de saúde, bem como sua adequada estruturação é diretamente proporcional ao aumento da demanda por atendimento de casos não agudos nos serviços de emergência. Contudo, vale ressaltar que a complexidade do problema não se resume ao aumento no quantitativo das unidades básicas de saúde. Outro estudo (11) constata: “É frequente a população usuária utilizar a porta da urgência [...] para complementar os atendimentos das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades Especializadas.” (MARQUES; LIMA, 2008, p. 43). O que faz emergir outro aspecto essencial à qualificação dos serviços de emergência é a educação em saúde, pois a carência de serviços básicos acabou por consolidar uma postura social de busca inadequada a esses serviços.

Toledo (2009) aborda outro determinante da pouca resolutividade dos serviços de emergência que contribuem para o aumento de demanda: a falta de equipamentos adequados em bom estado de funcionamento e em quantidade suficiente para atender a procura, além da falta de articulação entre a rede de atenção básica e os serviços de emergência.

Além do excesso de demanda é importante retratar os efeitos gerados pelo quadro atual de superlotação nas emergências hospitalares. A baixa qualidade da assistência devido à superlotação dos serviços de emergência já é caracterizada como um fenômeno mundial, que gera consequências para a população e para os trabalhadores. Nota-se que o pronto-socorro tem sido a principal porta de entrada para o atendimento e que “[...] certamente essa situação agrava a existência de estressores para o enfermeiro que deverá atender o paciente com condição crítica e aqueles que deveriam ser atendidos a nível ambulatorial” (MENZANI, 2006, p. 92).

A busca desenfreada de pacientes com queixas, quadros e sintomatologias distintas caracteriza a dificuldade de traçar um perfil geral dos pacientes. Tal fator e o excesso de demanda também geram estresse nos trabalhadores do setor e é uma motivação à inserção do acolhimento com classificação de risco realizada por enfermeiros. Estudos realizados em serviços de emergência hospitalar com relação à superlotação demonstraram o aumento da mortalidade hospitalar. Estudo citado por Bittencourt e Hortale (2009, p. 56) concluiu que o aumento do tempo de permanência no serviço de emergência hospitalar “[...] é o principal marcador da superlotação; a falta de leitos para internação a principal causa; e o atraso no diagnóstico e tratamento, a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade”.

Sentidos e significados do acolhimento, triagem e classificação de risco

Dentre os trabalhos analisados, observou-se que 13 deles trazem contribuições sobre aspectos relacionados ao acolhimento, triagem e

classificação de risco (1,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14, 15). Os estudos 1, 3, 5, 6, 8, 10 e 12 apresentam definições similares e complementares referentes ao acolhimento, ao sustentarem que é uma estratégia de humanização e inclusão social/assistencial que estabelece uma relação direta entre equipe multiprofissional e paciente/família/comunidade.

Um dos estudos (6) retrata o acolhimento como um instrumento tecnoassistencial promotor de saúde, tanto para o paciente como para o trabalhador, pois, além de acelerar a resposta do atendimento, organiza e gerencia as demandas dos usuários que ingressam no serviço, inclusive com classificação de risco, mesmo na Atenção Primária à Saúde. Nele os autores afirmam que o acolhimento baseia-se na capacidade de promover a inclusão, inclui o aprimoramento da escuta, o conforto, o acesso, bem como propicia a inclusão da família e da rede social na atenção, estabelece prioridades de atendimento (organização de fluxo) e facilita as conexões com a rede de serviços para dar continuidade ao tratamento. “É a possibilidade de encontro e afetividade nos serviços de saúde. Ele promove novas posturas e representa uma ferramenta potente de análise da gestão” (FALK et al., 2010, p. 6).

Para autores como Pinto, Rodolpho e Oliveira (2004, p. 86), um aspecto que se destaca no acolhimento decorre do fato de ser um reposicionamento profissional, uma nova prática assistencial fundamentada nos princípios da humanização e da assistência responsável e resolutiva. Para tanto, não necessita ser praticada por um grupo específico de profissionais ou em determinado espaço físico; ao contrário, enfatiza a flexibilidade de sua prática, tornando possível seu exercício por todo e qualquer trabalhador de saúde, independente do local em que esteja.

A assistência acolhedora, principalmente em casos de patologia grave ou estado crítico de saúde, é essencial àquele que a recebe, denota humanização e qualidade assistencial e garante a Integralidade prevista pela Constituição e garantida pelo SUS.

Entretanto, não se pode esquecer que o acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência também é entendido enquanto estratégia de ampliação do acesso e humanização das relações. Sendo

assim, a escuta deve ser levada em consideração no momento da classificação de risco, não se tratando de somente enquadrar a queixa do paciente em um determinado fluxograma. (SOUZA, 2009, p. 98).

A autora citada destaca o acolhimento no âmbito da classificação de risco, demonstrando que são práticas distintas e complementares à assistência resolutiva e humanizada ao paciente, à família e à comunidade.

Outro aspecto observado durante a composição desta pesquisa foi a dissonância acerca da aplicabilidade dos termos “triagem” e “classificação de risco”. Vale ressaltar que, embora alguns autores tratem esses termos como sinônimos, existem divergências importantes entre as terminologias, principalmente devido à relação entre o termo e a prática assistencial adotada.

Segundo Godoy (2010), a classificação de risco faz supor celeridade no atendimento prestado após análise minuciosa, sob o crivo de protocolos institucionais preestabelecidos, obedecendo ao grau de complexidade do quadro de saúde do usuário. Desta forma, exercer uma avaliação e uma classificação da necessidade de suporte ao paciente distancia-se do tradicional conceito de triagem, já que não compartilham suas práticas de exclusão, pois pressupõe que todos serão atendidos. Desta forma, percebe-se que ambos os conceitos tratam de identificação da prioridade de atendimento ao paciente com maior nível de complexidade. Contudo, a triagem não garante atendimento aos pacientes com quadros não agudos, tendendo a encaminhá-los às unidades de menor complexidade.

Segundo Vinha et al. (1987), na triagem, um paciente é avaliado para determinar a urgência de seu problema e estabelecer o local apropriado onde possa receber esta assistência. Azevedo (2004, p. 29) destaca a mudança de prioridade ocorrida em hospital de clínicas após a municipalização e adoção do serviço de triagem:

O Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas funciona 24 horas trabalhando assim de forma integrada com as Unidades de Saúde do município. Após a Municipalização, em abril de 1998, e, respaldado pelo Serviço de Triagem, o Hospital das Clínicas passou a priorizar os atendimentos terciários e quaternários, deixando para as demais unidades da rede básica, os atendimentos de níveis primários e secundários.

Outro estudo (9) traz o conceito etimológico do termo triar cujo significado está relacionado a um processo sistemático para determinar quem vai ser visto e tratado primeiro, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes nos Serviços de Emergência. Entretanto, faz uma interpretação equivocada da palavra, pois, etimologicamente, triar pressupõe classificar, tipificar, escolher, não garantindo atendimento aos pacientes com quadros não agudos.

No que se refere à integralidade do Sistema de Saúde, o Serviço de Triagem visa manter o elo da Unidade terciária com as Unidades Básicas. Isto é realizado mediante referências adequadas dos clientes, efetuadas através de encaminhamentos formais de profissionais técnicos habilitados a outros profissionais responsáveis pela resolução do problema. Desse modo, após a identificação do motivo que trouxe o indivíduo ao serviço, o mesmo pode ser encaminhado para atendimentos na própria Unidade Hospitalar ou para outro local na rede de saúde que lhe ofereça o atendimento necessário. (AZEVEDO, 2004, p. 56).

Segundo Pires (2004), a triagem realizada nas unidades de urgência deve possuir caráter de organização do fluxo de clientes de acordo com o potencial risco de vida ou necessidade de apoio, diagnóstico e tratamento, não devendo ser utilizada para fins de exclusão de atendimento. Para fins desta pesquisa, utilizou-se o termo classificação de risco e não triagem, por assemelhar-se mais com o propósito do atendimento realizado para estratificação de risco seguindo a proposta utilizada pelo Ministério da Saúde no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2004a).

O termo “classificação de risco” tem o objetivo de organizar o fluxo de atendimento, estabelecendo, mediante protocolos institucionais, prioridade de atendimento aos quadros considerados de maior gravidade à saúde do paciente. Esta assertiva é constatada em um desses estudos (5):

A classificação do risco tem por objetivo: avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento; descongestionar o pronto-socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja avaliado precocemente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário; informar o tempo de espera; e retornar informações aos familiares. (GODOY, 2010, p. 46).

Diante do exposto, pode-se verificar claramente a dissonância supracitada sobre o uso dos vocábulos, triagem e classificação de risco. Desta forma, faz-se necessário que os autores apropriem-se da real significação dos termos, proporcionando uma aplicabilidade adequada.

A enfermeira no acolhimento com classificação de risco

Entre os estudos analisados, nove (1,3,4,5,7,9,10,11,13) retratam aspectos relevantes sobre o papel da enfermeira no contexto do acolhimento com classificação de risco. Esta nova prática visa melhorar a qualidade da assistência, bem como a resolutividade do atendimento prestado aos pacientes, que, mesmo recorrendo aos serviços de emergência, têm seu quadro agravado devido às enormes filas geradas pelo excesso de demanda e número insuficiente de recursos humanos e materiais, o que contribui para a elevação da taxa de morbimortalidade.

Os estudos analisados apontaram ser a enfermeira a profissional adequada e qualificada para o exercício não só do acolhimento como também da classificação de risco. Constitui, assim, uma nova área de atuação para esta profissional. Vale salientar que, para o exercício da classificação de risco, é imprescindível a qualificação da profissional, mediante programas institucionais de educação continuada.

Gatti e Leão (2004, p. 26) – estudo (4) – reconhecem esta proposição quando exprimem:

O enfermeiro é o primeiro contato da equipe de emergência com o paciente, cabendo-lhe assim o papel de orientador, coletando dados sobre a sintomatologia, sobre medicações em uso e detectando possíveis déficits de conhecimento nesses aspectos, ou ainda, relativos a outras questões de fluxo e especificidade de atendimento do setor. Existe também um papel de relações públicas nessa tarefa, que favorece significativamente a relação hospital-paciente, por minimizar a ansiedade do paciente pelo estabelecimento da comunicação interpessoal, que constitui uma ferramenta de trabalho do enfermeiro.

Esse estudo (4) é uma pesquisa de campo que apresenta uma realidade institucional em que a enfermeira é a profissional capacitada e responsável pela execução dessa prática.

Adotamos um sistema de triagem básica, no qual cabe ao enfermeiro capacitado avaliar o paciente, determinar as necessidades de prioridade e encaminhá-lo para a área de tratamento. É um trabalho abrangente, pois atuamos em consonância com alguns protocolos clínicos, e no momento do encaminhamento do paciente à área apropriada, o enfermeiro já pode iniciar o atendimento conforme esses protocolos. (GATTI; LEÃO, 2004, p. 26).

Além de reconhecer a capacitação dessa profissional no âmbito do acolhimento com classificação de risco, Godoy (2010, p. 47) traz o alicerce jurídico que respalda a profissional nessa prática.

A Consulta de Enfermagem, conforme Decreto 94.406/87 [...] é privativa do Enfermeiro [...] e se utiliza de componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e contribuir para promoção e prevenção da saúde. É nesse contexto que se justifica a atuação do enfermeiro, na ação técnico-assistencial baseada na escuta ativa da queixa do usuário do serviço.

No contexto retratado em outro estudo (7), o autor traz a classificação de risco ainda realizada pela recepção/portaria dos serviços de emergência. Só em um segundo momento, o paciente é avaliado pela enfermeira, descaracterizando o acolhimento com classificação de risco e comprometendo a eficiência assistencial. Tal estudo traz outro fator preocupante, pois, até que o paciente seja avaliado por uma enfermeira, já se passaram de 10 a 15 minutos, tempo que pode comprometer seu estado de saúde.

Quando o usuário chegava à unidade à procura de atendimento, era recebido pela recepção, onde era acolhido, identificado por meio do preenchimento da ficha de atendimento e orientado a aguardar para ser classificado segundo o risco. Os recepcionistas e porteiros eram orientados a, durante a abordagem inicial aos usuários, observar se necessitavam de alguma atenção imediata, como acomodação em cadeira de rodas/maca ou se tinham algum tipo de limitação funcional que os impossibilitava de esperar pelo momento da classificação no salão externo. Em seguida, o usuário era encaminhado à sala onde seria feita a classificação de risco propriamente dita. O tempo que o usuário aguardava, desde a abordagem inicial pela equipe do acolhimento até a classificação de risco feita por mim, era de, em média, 10-15 minutos, tendo esse tempo oscilações de acordo com o número de pacientes que aguardam na unidade. (SOUZA; BASTOS, 2008, p. 584).

Nesta perspectiva, é necessário enfatizar a importância não só da implantação do acolhimento com classificação de risco no âmbito das emergências hospitalares como a condição *sine qua non* que engloba a avaliação dos pacientes

pelos enfermeiras. Nesse contexto, essas profissionais mostram-se melhor capacitadas ao exercício da função, bem como na elaboração de protocolos institucionais que estabeleçam critérios de avaliação dos quadros apresentados pelos pacientes, diminuindo, substancialmente, o grau de subjetividade que o profissional pode atribuir a determinada sintomatologia.

Aspectos favoráveis e desfavoráveis da enfermeira na classificação de risco

Durante a construção desta pesquisa, constatou-se que vários trabalhos (1,2,4,5,7,8,10,11,12) apontavam características favoráveis e desfavoráveis relacionadas à enfermeira, no processo de acolhimento com classificação de risco. Desta forma, e visando ampliar essas discussões, optou-se pela criação de mais este eixo temático.

Aspectos desfavoráveis

Um fator importante e que foi relatado como desfavorável na função da enfermeira que atua no âmbito da classificação de risco é a escassez de programas de capacitação. O relato a seguir demonstra claramente a necessidade de preparar e aperfeiçoar a profissional que realizará a classificação de risco.

Aprofundando a análise da qualidade do registro da queixa principal descrita nos prontuários estudados, notou-se que em 85,1% dos registros faltavam dados referentes ao início, intensidade, quantidade de episódios e duração dos sintomas. Além disso, outro problema apresentado foi o mau direcionamento da queixa principal, tendo sido frequente a descrição de várias queixas para um mesmo caso, sem aprofundamento e investigação detalhada da principal queixa. (SOUZA, 2009, p. 93).

Outros estudos (2,4,11) abordam, como fator dificultador, o estresse da enfermeira agravado pelo excesso de demanda nos serviços de emergência hospitalar. Observou-se ainda que, da totalidade de pacientes atendidos nessas unidades, 88% não apresentavam situação crítica de saúde. A situação da superlotação nessas unidades é agravada no Nordeste do país, pois, como mostra o estudo (2), nessa região existe o maior quantitativo de unidades hospitalares do Brasil,

contudo não conta com o maior contingente de enfermeiras. Este fato pode significar sobrecarga laboral para essas profissionais.

Ao ser comparada a distribuição percentual entre o número de hospitais por região e enfermeiros inscritos, verifica-se que a região Sudeste e Nordeste detém maior contingente de hospitais e enfermeiros, sendo que a região Sudeste tem maior número de enfermeiros que a região Nordeste, e o inverso ocorre com a quantidade de hospitais. Isso quer dizer que pode existir um maior acúmulo de atividades para os enfermeiros da região Nordeste, pois têm maior número de hospitais, mas uma quantidade menor de enfermeiros. (MENZANI, 2006, p. 57).

Deste modo, faz-se necessário sinalizar quanto à qualidade da assistência prestada ao paciente pela profissional enfermeira, pois esta se relaciona diretamente com a condição de saúde/doença da população já carente de tais serviços. Entretanto, essa profissional necessita de condições de trabalho que favoreçam o melhor desempenho possível de suas práticas, a diminuição da sobrecarga de trabalho, a implementação dos programas de capacitação e valorização profissional.

Aspectos favoráveis

Alguns estudos (1,4,7,10,12) retratam aspectos favoráveis que consideram relevantes para a enfermeira na classificação de risco. Um estudo (12) destaca como ponto positivo que o processo de acolhimento com classificação de risco seja percebido e aceito como uma estratégia organizacional do serviço de emergência, pois a implantação do protocolo de enfermagem sistematizado garante agilidade e integralidade do atendimento e fluxo unidirecional.

Outro estudo (1) traz como favorável as vivências e experiências adquiridas pelas enfermeiras. Nessa pesquisa, o autor aponta que a subjetividade e a experiência clínica são fatores relevantes, que devem ser considerados na hora da tomada de decisão, respeitando-se, contudo, os protocolos institucionais.

Sabe-se que a classificação de risco é uma atividade relativamente nova na atuação do enfermeiro no Brasil, e que vem conquistando seu espaço a cada dia. Sendo assim, é imperativo que as escolas invistam na formação de um profissional capacitado e que atenda às necessidades do mercado nesta área, sendo imprescindível para o enfermeiro da classificação de risco à habilidade da escuta qualificada, da

avaliação e registro correto e detalhado da queixa principal, a capacidade de trabalhar em equipe, o raciocínio clínico rápido para a tomada de decisão, e o conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial para o encaminhamento responsável do paciente, quando houver necessidade. (SOUZA, 2009, p. 104).

Estudo (4) realizado em um pronto-socorro da capital paulista, cujo objetivo era abordar o papel diferenciado do enfermeiro no âmbito da identificação de prioridade de atendimento, trouxe contribuições das práticas adotadas, bem como apresentou importantes dados de uma pesquisa realizada com as equipes médica e de enfermagem do referido pronto-socorro.

O estudo de picos de maior demanda, assim como outros fatores institucionais, foram determinantes no estabelecimento do horário de funcionamento da triagem, fixado em 12 horas. Entretanto, após 1 ano e 10 meses de funcionamento da triagem, houve a necessidade de ampliação deste período em 2h20, mediante solicitação da equipe médica, frente à melhoria do atendimento após a implantação do serviço [...]. O tempo médio de atendimento na triagem por paciente atingiu 2 minutos e 7 segundos, resultado que superou nossas expectativas, pois havíamos previsto um tempo mínimo de 3 minutos e máximo de 4 minutos. (GATTI; LEÃO, 2004, p. 27).

O mesmo estudo revelou similaridade entre as opiniões das equipes médica e de enfermagem no que diz respeito à importância da seleção de enfermagem como melhoria da qualidade do serviço, sendo considerada importante por 100% dos enfermeiros e 86% dos médicos. Em seu estudo, os autores destacam que 66,62% dos médicos relataram que o enfermeiro acerta na classificação de 50 a 80% dos casos; para 72,72% dos enfermeiros, o nível de acerto é de 81 a 100%. Azevedo (2004, p. 73) destaca os benefícios da triagem e faz um comparativo entre a assistência prestada no Hospital das Clínicas antes e depois da implantação da triagem:

Um Serviço de Triagem pode assegurar ao paciente prioridade, de acordo com a gravidade de sua condição, apressa o tratamento do paciente por meio de habilidade na avaliação da pessoa encarregada, funciona como ponto de referência para os que não necessitam de atendimento de emergência, e para aqueles que desejam apenas informações sobre outros serviços de saúde da comunidade, evita demora providenciando agilidade, promove um bom relacionamento entre o indivíduo, família e comunidade demonstrando interesse por todos, assim que chegam ao serviço. Quando o HC/UFG não contava com o Serviço de Triagem, o paciente aguardava

dias, até dormia à entrada ou até mesmo no setor de emergência para conseguir um atendimento. Hoje a situação é diferente, todos são atendidos e acolhidos por profissionais capacitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a pesquisa em enfermagem abre campo para a construção de novos saberes e proporciona embasamento científico ao aprimoramento das práticas profissionais destinadas ao cuidado.

Com esta pesquisa, observou-se como aspecto positivo o fato de a produção científica em enfermagem ter aumentado, contudo, principalmente nas regiões Nordeste e Norte, o quantitativo de publicações na área ainda é discreto. É pouco provável que nessas regiões do país não haja novos projetos de estudo, teorias e práticas sendo discutidas e implementadas. Entretanto, os frutos desses novos saberes não são compartilhados com as comunidades acadêmicas e profissionais. Para melhorar o quadro atual, há de se disseminar a cultura do registro dessas atividades, por meio de publicações científicas para o benefício comum da profissão, da assistência à saúde e, conseqüentemente, da sociedade.

Constatou-se que triagem e classificação de risco são termos utilizados frequentemente como sinônimos. Alguns confundem os conceitos, apesar das diferenças existentes entre eles e, portanto, com aplicabilidades distintas. Desta forma, é evidente a necessidade de apropriação conceitual dos vocábulos e sua utilização adequada, para referirem-se às estratégias adotadas quando da identificação de prioridade de atendimento pela enfermeira.

Outro aspecto relevante apontado por este estudo é a superlotação dos serviços de emergência. O excesso de demanda nas emergências é um problema relevante e tem como conseqüências o estresse dos profissionais, a sobrecarga de trabalho, a insuficiência de recursos humanos, materiais e tecnológicos para suprirem a demanda, pacientes mal atendidos, enormes filas de espera por atendimento, entre outros problemas. Constatou-se que um dos mais importantes

determinantes da superlotação dessas unidades é a deficiência da assistência prestada pela rede de atenção primária. Desta forma, a população mal assistida pelos programas básicos de saúde busca acessar o sistema por meio dos serviços de emergência, pois, mesmo com longas filas de espera, têm a certeza do alcance às consultas médicas e de enfermagem, exames laboratoriais, medicamentos, entre outros. Sendo assim, conclui-se que não é possível conceber um serviço de emergência efetivo, resolutivo e humanizado, sem repensar as práticas gerenciais e viabilizar a estratégia de saúde da família.

Acerca do papel da enfermeira no contexto do acolhimento com classificação de risco, constatou-se que essa profissional é indicada e está capacitada para o exercício da atividade de acolher e classificar quanto à prioridade assistencial dos pacientes que adentram nos serviços de emergência, em busca de atendimento, pois, além de possuírem formação acadêmica apropriada, detêm conhecimento teórico-científico associado à prática assistencial no setor atuante, que a subsidiam no processo de tomada de decisão.

É consensual a importância da realização do acolhimento com classificação de risco e da enfermeira nesse processo devido à sua capacidade de liderança e responsabilidade. Portanto, a prática gerencial, o cuidado aliado à fundamentação científica que esta possui, capacitam-na para obtenção de dados importantes à avaliação do paciente, como história pregressa, antecedentes familiares, exame físico minucioso, entre outros, realizando, assim, uma avaliação primária com responsabilidade, ética e competência. Essa prática é benéfica para garantir assistência imediata ao paciente, diminuir o risco daqueles com quadros mais graves, diminuir filas dos serviços de emergência e, assim, agregar o princípio da humanização à assistência.

Entretanto, mesmo fundamentada por todos os aspectos mencionados, vale ressaltar que a prática de classificar e atribuir um grau de risco aos que chegam em busca de atendimento de emergência constitui uma atividade complexa e de extrema responsabilidade. Todavia, lamentavelmente, os programas de educação continuada

têm sido pouco disseminados, dificultando o acesso da profissional à capacitação adequada e à atualização dos conhecimentos obtidos. Portanto, faz-se necessário que, por meio dos programas de capacitação continuada, sejam aprimoradas as competências para o “saber fazer”, “quando fazer” e “como fazer” práticas de acolhimento e classificação de risco, embasadas nos protocolos institucionais preexistentes.

REFERÊNCIAS

ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arq. Catarin. Med.*, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2011.

AZEVEDO, Jane Mary R. *O Serviço de triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – promovendo o acolhimento e reorganização institucional*. 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004. Disponível em: <http://btdt.ufg.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=292> Acesso em: 12 dez. 2010.

BITTENCOURT, Roberto Jose. *A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional*. 2010. 152 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2568/1/ENSP_Tese_Bittencourt_Roberto_Jos%C3%A9.pdf>. Acesso em: 3 set. 2010.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Qualisus – Política de qualificação da atenção à saúde*. Brasília, DF, 2004.

CALIL, Ana Maria; PARANHOS, Wana Yeda. *O enfermeiro e as situações de emergência*. São Paulo: Atheneu, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. Seminário realizado em Salvador encerra programação do Projeto Crescer neste ano. Salvador, 2010. Disponível em: <http://www.coren-ba.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=207:seminario-realizado-em-salvador-encerra-programacao-do-projeto-crescer-neste-ano&catid=1:noticias&Itemid=29>. Acesso em: 5 maio 2011.

FALK, Maria Lúcia R. et al. 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. 2010.

GATTI, Maria Fernanda Z.; LEÃO, Eliseth R. O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridade de atendimento. *Nursing*, São Paulo, v. 13, n. 7, p. 24-29, 2004.

GODOY, Fernanda da S.F. *Organização do trabalho em uma urgência: percepção do enfermeiro a partir da implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco*. 2010. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2010.

MARQUES, Giselda Q.; LIMA, Maria Alice D. da S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

MENZANI, Grazielle. *Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro*. 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-03102006-085602/pt-br.php>>. Acesso em: 9 dez. 2010.

PAI, Daiane D.; LAUTERT, Liana. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 58, n. 2, p. 231-324, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/renben/v58n2/a21.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

PINTO, Ione C.; RODOLPHO, Fabiana; OLIVEIRA, Michele M. Pronto atendimento: a percepção da equipe de enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 81-88, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4496/2433>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

PIRES, Patrícia da Silva. *Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes*

em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). 2003. 206 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-16102006-162026/>>. Acesso em: 1 abr. 2013.

SOUZA, Cristiane C. *Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos*. 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-83FKCZ/1/cristiane_chaves_de_souza.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2010.

SOUZA, Raíssa S.; BASTOS, Marisa Antonini R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 581-586, dez. 2008. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e44e2ac0fd.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2010.

TOLEDO, Alexandre D. *Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em uma unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte*.

2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-7SPFZW/1/alexandre_duarte_toledo.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2010.

ULBRICH, Elis M. et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. *Cogitare Enf.*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 286-292, abr. jun. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17863/11655>>. Acesso em: 11 dez. 2010.

VALENTIN, Marcia Rejane da S.; SANTOS, Mauro Leonardo S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-289, abr./jun. 2009.

VINHA, Vera Heloisa P. et al. Triagem de pacientes para consulta feita por médicos e enfermeiras. *Bol. Oficina Sanit Panam.*, São Paulo, v. 102, n. 2, p. 148-158, 1987. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v102n2p148.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

Submetido: 2/11/2011

Aceito: 27/4/2012