

A APLICABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Marina Azevedo Silveira¹

Paula Vivianne Santos Lima²

Anderson Batista Cavalcante³

Lenilson Santos Da Trindade⁴

André Alves Catapreta⁵

Angela Maria Melo Sá Barros⁶

Enfermagem



**cadernos de
graduação**

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

RESUMO

Os serviços de urgência e emergência consistem em um relevante elemento na prestação de uma assistência de qualidade à saúde do Brasil. A elevada procura por atendimento nesses serviços ocasiona desorganização na prestação da assistência, o que resulta na imprescindível instalação de Protocolos de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (CR). O principal protocolo utilizado no Brasil é o Protocolo de Manchester, o qual tem maior aderência nos atendimentos de urgência, e é realizado por meio da classificação dos atendimentos em cinco níveis de necessidades prioritárias. O enfermeiro está interligado diretamente a esse serviço, pois o mesmo é o profissional qualificado para exercer essa função. Este artigo objetivou compreender o acolhimento e a classificação de risco no Sistema Único de Saúde. Tratou-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e documental, realizada através de pesquisas referentes a acolhimento, grupos de risco, enfermagem, urgência e emergência. Espera-se com o artigo contribuir com a rediscussão da temática.

PALAVRAS-CHAVE

Acolhimento. Enfermagem. Grupo de Risco.

ABSTRACT

Urgent and emergency services consist an important element in the provision of quality health care in Brazil. The high demand for attending these services causes disruption in the provision of care, which results in the essential installation of Host protocols with Evaluation and Rating Risk (CR). The main protocol used in Brazil is the Manchester Protocol, which has more grip in emergency care, and is conducted through the classification of calls into five levels of priority needs. The nurse is directly connected to this service, because it is qualified to perform this function. This article aimed to understand the host and the risk classification of the Unified Health System. This was a literature review of descriptive and documentary, made through research related to host-risk groups, nursing, emergency care. It is hoped that the article contribute to the re-discussion of the subject.

KEYWORDS

Host. Nursing. Risk Group.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, juntamente com as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 garante a todos os cidadãos a saúde como direito e dever do Estado. Sua publicação trata-se do acesso universal e igualitário para os cidadãos, por meio de atos e serviços de saúde incorporada em uma rede hierarquizada e regionalizada, instituindo assim o Sistema Único de Saúde (SUS) que é organizado em diretrizes, as quais prevê um atendimento integral, descentralizado e com participação da comunidade (BRASIL, 1988; 1990).

No âmbito do SUS, os serviços de urgência e emergência consistem um relevante elemento na prestação de uma assistência de qualidade à saúde no Brasil. Ao longo dos anos foi percebido que a demanda por atendimento hospitalar se tornou maior que a capacidade de absorção, o que causa a superlotação. Essa realidade intensifica-se devido à falta de organização da assistência por ordem de chegada, sem utilização de normas de classificação de acordo com agravos clínicos, o que desencadeia danos graves aos usuários (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde cria no ano de 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), que traz entre um de seus métodos de aplicabilidade o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), como umas das ações de maior competência efetiva na reestruturação e promoção da saúde em rede (BRASIL, 2004).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem métodos e ações organizadas em benefício da saúde dos indivíduos, por meio de diversas tecnologias associadas a um sistema de suporte, tais como: logístico, técnico e gerenciamento a fim de proporcionar uma assistência de forma integralizada e holística, por meio de ações contínuas, de qualidade e humanizada (BRASIL, 2010a).

As RAS são essenciais para o aprimoramento das funções políticas-institucionais do SUS, onde estabelecem medidas para um atendimento de qualidade, em um indivíduo-família-população, atendendo-os em todos os aspectos biopsicossociais, onde cabe ao profissional de enfermagem a organização da dinâmica destes setores (ANDRADE et al., 2013).

O profissional de enfermagem tem por responsabilidade agir de acordo com a ética e moral da sua profissão, no atendimento ao indivíduo, de maneira que proporcione um rápido diagnóstico onde não haja perda de dados essenciais para o tratamento adequado e conseqüentemente uma assistência imediata e contínua. Para isso, faz-se necessário uma permanente atualização dos conhecimentos científicos sobre os principais agravos clínicos (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Diante disso, faz-se necessário a padronização do acolhimento, a fim de identificar as condições de risco dos indivíduos e o grau de urgência para atendimento destes. Para isso, foi adotada, primeiramente, pelo Ministério da Saúde (MS) a Cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, na qual, utiliza-se a padronização de cores na identificação dos graus de atendimento. Posteriormente, foi reconhecido e adotado no Brasil pelo MS o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester (NISHIO; FRANCO, 2011).

Segundo Shiroma e Pires, (2011), o Protocolo de Manchester tem sua classificação realizada por meio de uma cor para determinar a prioridade da assistência e determina um tempo limite para cada atendimento, que varia de zero, que se refere ao atendimento imediato com risco iminente de morte, a 240 minutos, onde não existe urgência para o atendimento.

O presente artigo justifica-se a partir da necessidade de expor a realidade do acolhimento e da classificação de risco nas instituições que integram as Redes de Atenção, uma vez que, o conhecimento sobre Classificação de Risco é de suma importância na tomada de decisão e na prestação da assistência rápida, efetiva e de qualidade.

De acordo com as informações supracitadas, foi realizada a pesquisa bibliográfica com o objetivo primário de compreender o acolhimento e a classificação de risco. São objetivos secundários: Descrever a aplicabilidade da classificação de risco no Sistema Único de Saúde (SUS); Identificar os tipos de instrumentos utilizados para a classificação de risco nas urgências e emergências; Estabelecer o papel do enfermeiro no acolhimento e na classificação de risco.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e documental, onde reúne e copia os conhecimentos adquiridos por meio da análise dos resultados dos artigos pesquisados. Segundo Crossetti, (2012), essa técnica divide-se em cinco etapas: 1) formulação do problema; 2) coleta de dados; 3) avaliação dos dados; 4) análise dos dados e 5) exposição e interpretação dos dados.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de artigos científicos, livros, periódicos, decretos, leis e protocolos do Ministério da Saúde referentes a acolhimen-

to e a classificação de risco, no período de 2010 a 2016. Para a coleta de dados foram utilizadas bases de dados, *Scientific Electronic Library Online – SciELO*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para designar a amostra foram estabelecidos critérios de inclusão: produções científicas no período de 2010 a 2016, disponíveis na íntegra nos meios eletrônicos, e decretos, leis e protocolos do Ministério da Saúde que abordem o tema proposto. Os critérios de exclusão se deram por meio da leitura das produções científicas por parte dos pesquisadores, onde elegeram as produções que não se adequavam a pesquisa devido à divergência do tema, ano de publicação e não contemplavam a ideia principal da pesquisa. Das 53 produções científicas pesquisadas apenas 15 foram pertinentes para esse estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a elaboração desta pesquisa, foi realizada uma análise dos dados, no qual dividiu os artigos a partir de duas vertentes: Evolução histórica do Acolhimento no SUS e os tipos de instrumentos para a Classificação de Risco, com nove artigos e Papel do Enfermeiro na Classificação de Risco, com seis artigos.

No Quadro 1 é apresentada a distribuição dos artigos referentes à Evolução histórica do Acolhimento no SUS e os tipos de instrumentos para a Classificação de Risco.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos referentes a Evolução histórica do Acolhimento no SUS e os tipos de instrumentos para a Classificação de Risco

Ano de Publicação	Periódico	Título do Artigo	Tipo de Estudo	Ideia Central do Artigo
2012	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.	A estratégia das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Revisão integrativa.	Salientar a importância das Redes, no aprimoramento das diretrizes do SUS.
2013	Caderno Saúde e Desenvolvimento.	A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência	Revisão Bibliográfica.	Identificar os benefícios do acolhimento com classificação de risco.
2010	Ciência & Saúde Coletiva.	As redes de atenção a Saúde.	Revisão Integrativa.	Melhoria dos serviços prestados nas Redes de Atenção a Saúde.

Ano de Publicação	Periódico	Título do Artigo	Tipo de Estudo	Ideia Central do Artigo
2010	Revista Hórus.	Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento.	Descritiva exploratória.	Evidenciar os pontos principais que envolvem a organização da Rede, frente a atendimento de urgência e emergência.
2015	Arquivos de Ciências da Saúde.	Atendimento no serviço de emergência de um hospital regional do nordeste brasileiro.	Estudo descritivo, de corte transversal.	Rediscutir como ocorre o acesso aos serviços de saúde, e como isto repercute no serviço de emergência.
2012	RevMed Minas Gerais.	Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester.	Revisão de literatura.	Descrever a evolução da classificação de risco e identificar a veracidade do Sistema de Manchester
2010	Revista Eletrônica de Enfermagem.	Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas.	Revisão integrativa.	Trata da organização dos serviços de emergência e identificou que a ampliada demanda nesse setor gera desorganização da unidade e baixa qualidade no atendimento.
2015	Revista da Escola de Enfermagem da USP.	Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura.	Revisão integrativa.	Analisou a confiabilidade do Protocolo de Manchester e percebeu a necessidade de revisão do protocolo a fim de aumentar a sua reprodutibilidade.

Ano de Publicação	Periódico	Título do Artigo	Tipo de Estudo	Ideia Central do Artigo
2011	Revista Latino-Americana de Enfermagem.	Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol.	Estudo descritivo e comparativo.	Compara os instrumentos para a realização da classificação de risco e a sua funcionalidade.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

3.1 EVOLUÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Foi durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) no ano de 1986, que ocorreu uma extensa participação da população, com intuito de intimidar a Assembleia Nacional Constituinte a colocar em prática o modelo estabelecido e autorizado pelas marchas sociais na Constituição brasileira, transformar esse modelo em símbolo de suma relevância para alterações do cenário da saúde no Brasil desde então, além disso, incentiva a criação de diretrizes do SUS (BRASIL, 2010b).

Segundo o Ministério da Saúde o SUS:

É um conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. (BRASIL, 2011 p. 24).

As Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142, foram estabelecidas e normatizadas no ano de 1990, com a intenção de modificar o cenário da desigualdade no atendimento aos usuários e garantir a toda sociedade o direito ao serviço público de saúde, trazendo em seu contexto normas e diretrizes do novo sistema da área da saúde, relacionadas com métodos de funcionamento e orientações para o repasse dos municípios e estados (BRASIL, 2010c).

Desse modo, a estruturação das Redes de Atenção à Saúde surgiu com o intuito de fortalecer o SUS, uma vez que, os dois têm por finalidade a promoção da composição das ações e serviços de saúde. Isso propicia um atendimento de maneira qualificada, íntegra, permanente, humanizada e com responsabilidade, propondo, ainda assim, um melhor atendimento, realizado de forma igualitária, com competência clínica e economia de gastos desnecessários. Contudo, tanto as RAS, como o SUS têm

seus princípios e diretrizes fundamentados e correlacionados entre si (BRASIL, 2010a).

As RAS são formadas por instituições que fornecem serviços e ações de diversos graus de tecnologia, os quais se relacionam por meio de suporte técnico, logístico e de gestão, que visam um atendimento de qualidade. Elas se propõem à reiteração da atenção primária e restabelece as propriedades e serviços característicos de seus respectivos setores de atuação, dispondo assim de peças dos vários aspectos do cuidado. O cuidado, portanto, é caracterizado em atendimentos primários, de urgência e emergência e de atenção especializada (MÂNGIA; LANCMAN, 2012).

Os serviços de urgência e emergência tornam-se um problema de ordem pública em relação à saúde dos cidadãos, uma vez que é porta de entrada para o sistema de saúde, além de serem responsáveis pela absorção de recursos financeiros e humanos, por recebem um quantitativo elevado de atendimentos especializados, internações, exames diagnósticos e procedimentos de gastos elevados (AZEVEDO et al., 2010).

Segundo a Política Nacional de Humanização, nos serviços de caráter emergencial e de urgência, como pronto-acolhimento, pronto-socorro e atendimento pré-hospitalar, os atendimentos devem ser realizados conforme normas de classificação de risco nos atendimentos dos usuários, com o intuito de minimizar danos à saúde e estabelece a utilização de referência e contra referência por meio dos protocolos clínicos (BRASIL, 2004).

Mediante esse recurso de formação, todos os profissionais da área da saúde, gestores e organizações, são incumbidos de prestar um atendimento acolhedor e humanizado para seus clientes, onde é de suma importância que o profissional de enfermagem seja detentor de conhecimentos teórico/prático, para melhor saber conduzir seu usuário de acordo com suas necessidades, o que tem por objetivo minimizar índices morbimortalidade e elevar a expectativa de vida (NASCIMENTO et al., 2011).

3.2 ACOLHIMENTO E INSTRUMENTOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) emerge como instrumento para colocar em prática os objetivos estabelecidos pela PNH, a qual prevê uma assistência à saúde humanizada, fortalecida pela política. Nessa circunstância, o Ministério da Saúde destaca que o AACR estabelece uma assistência ágil, de acordo com a necessidade de cada usuário, o qual se fundamenta em protocolos já estabelecidos, que atendem não por ordem de chegada, mas sim pelo nível de dificuldade. Diante disso, todos os atendimentos devem ser realizados segundo a análise da gravidade, vulnerabilidade e risco dos clientes (BRASIL, 2004).

A elevada procura por atendimento ocasiona uma desorganização na prestação da assistência, o que acarreta assim a imprescindível instalação de Protocolos de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) compreende-se por acolhimento:

Uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de

parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

De acordo com Mendes (2010), a classificação de risco deve ser compreendida como um recurso ágil no reconhecimento dos usuários que precisam de um pronto atendimento, em que se leva em consideração o potencial de risco, nível de sofrimento e prejuízo à saúde. A Classificação de Risco possui por metas: a observação do usuário no instante da chegada ao serviço de saúde, a diminuição do período de espera por assistência médica, para que ele seja atendido de acordo com sua necessidade, a indicação há algum tipo de especialidade conforme protocolo.

Segundo Coutinho e outros autores (2012), dentre os sistemas de classificação de risco mais usado no mundo, se sobressaem:

- *Emergency Severity Index* (ESI) - É o sistema empregado pelos Estados Unidos desde 1999, o qual tem por finalidade a análise dos meios essenciais para prestação de uma assistência de qualidade, sem a estipulação do tempo de atendimento, por meio de cinco níveis de prioridade: 1) emergente; 2) urgente; 3) sem risco de deterioração rápida; 4) sem ameaça a função de órgãos vitais; 5) estáveis.

- *Australasian Triage Scale* (ATS) - Utilizado na Austrália desde os anos 1970, passando por modificações nos anos 1990, onde passou a constituir a política de triagem pelo *Australasian College for Emergency Medicine* (ACEM) e até que em 2000 recebeu o nome utilizado até os dias atuais, é definido mediante uma escala de cinco cores, sendo que cada cor contém seu tempo-alvo de atendimento.

- *Canadjan Triage and Acuity Scale* (CTAS) - Surgiu em 1998 e passou a ser aplicada pelo Canadá em 1999 e em vários outros países, constitui-se na junção entre uma equipe sentinela, as quais são estabelecidas por meio de diagnósticos da *International Classification of Diseases* (CID-9), atualizada para CID-10 e devido às situações encontradas nos clientes que vão à busca de atendimento nas instituições de urgência. É feita por meio da escala de cinco cores, as quais têm seus respectivos tempos-alvo.

- Protocolo de Triagem de Manchester - Foi criado por *Manchester Triage Group*, o qual veio ser utilizado primordialmente no Reino Unido em 1996, chegando ao Brasil no ano de 2008.

O primeiro protocolo de classificação de risco utilizado no Brasil foi a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, reconhecido pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, que estabelece a classificação de risco por meio do aprimoramento dos funcionários e a caracterização dos atendimentos necessários aos indivíduos de acordo com o sistema de informação, a qual desenvolve uma adequada assistência, realizada por meio da divisão por áreas de atendimento. No ano de 2009 o Ministério da Saúde cria a Cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, cuja finalidade é reiterar as políticas do Humaniza SUS, com o intuito de alicerçar as redes de assistências e consolidar a relação entre clientes, profissionais de saúde e gestores (ANTUNES; GUIMARÃES, 2013).

De acordo com Souza e Chianca (2015), o outro sistema utilizado atualmente no Brasil, já citado anteriormente, é o Protocolo de Manchester, o qual tem maior aderência nos atendimentos de urgência, com função de orientar a classificação de risco, correspondendo a 61,5% (16 estados) dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal.

O Protocolo de Manchester é realizado por meio da classificação dos atendimentos em cinco níveis de necessidades prioritárias: nível 1 - emergente, utiliza a cor vermelha e necessita de atendimento imediato; nível 2 - muito urgente cor laranja e atendimento em até 10 minutos; nível 3 - urgente cor amarela e avaliação médica em até 60 minutos; nível 4 - pouco urgente cor verde atendimento em até 120 minutos; nível 5 - não urgente cor azul e avaliação em até 240 minutos (SOUZA; CHIANCA, 2015).

A Classificação de Risco está alicerçada, como já foi dito anteriormente, por protocolos existentes, no entanto, para que se realize uma classificação de qualidade, é de suma importância à participação de profissionais qualificados em setores de emergência. O enfermeiro vem evidenciando-se como peça fundamental na Classificação de Risco, uma vez que têm, além de disporem, em sua graduação, de sabedoria sobre as condições biopsicossociais de sua clientela, ainda são detentores de conhecimento acerca de gestão, a qual os propiciam habilidades de liderança e olhar amplo de diversos setores, sendo eles área física, recursos humanos e fluxo de paciente (BOHN et al., 2015).

3.3 PAPEL DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No Quadro 2 é apresentada a distribuição dos artigos referentes ao Papel do Enfermeiro na Classificação de Risco.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos referentes ao Papel do Enfermeiro na Classificação de Risco

Ano de Publicação	Periódico	Título do Artigo	Tipo de Estudo	Ideia Central do Artigo
2011	Revista Eletrônica de Enfermagem.	Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência.	Exploratória descritiva.	Analisar como os profissionais de enfermagem avaliam a aplicação do acolhimento com classificação de risco.
2014	Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde.	Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem.	Revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, bibliográfico e documental.	Descrever o papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência.

Ano de Publicação	Periódico	Título do Artigo	Tipo de Estudo	Ideia Central do Artigo
2012	Revista Gaúcha de Enfermagem.	Activities of the nurse involved in triage/risk classification Assessment in emergency services: an integrative review.	Revisão Integrativa.	Apontar as atividades dos enfermeiros na classificação de risco nos serviços de emergência.
2011	Enfermagem em Foco.	Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os.	Pesquisa de campo descritiva e exploratória.	Trata-se da visão do enfermeiro referente ao atendimento emergencial e o seu papel no acolhimento com classificação de risco.
2013	Revista Gaúcha de Enfermagem.	Organization of the Health System from the perspective of home care professionals.	Estudo de caso.	Analisou segundo a perspectiva dos profissionais de enfermagem a organização das redes de atenção.
2015	Ciência, Cuidado e Saúde.	Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester.	Estudo exploratório descritivo.	Analisou a opinião dos enfermeiros sobre o uso do Protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde estabelece, que a classificação de risco deve ser realizada por profissionais da área de saúde de nível superior, sendo ele médico ou enfermeiro, que possuam conhecimento e treinamento específico acerca dos protocolos pré-estabelecidos, a fim de classificar o paciente de acordo com os níveis de prioridade (BRASIL, 2002).

Para que se ocorra uma classificação de maneira eficiente, torna-se de fundamental importância a aplicabilidade Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Segundo o COFEN 272/2002 a SAE é um processo privativo do enfermeiro,

onde ele deve utilizar métodos e conhecimento científico para identificar a situação clínica do indivíduo. Para reafirmar esse conceito, Tannure e outros autores (2010), ressaltam a importância do conhecimento técnico-científico na prática assistencial, o que proporciona uma assistência humanizada e contínua.

Para o enfermeiro que tem intuito de exercer sua função na Classificação de Risco, é indispensável aptidão em ter uma escuta competente, observação, avaliação, anotação precisa das queixas, atividades em equipe, raciocínio crítico, rapidez na tomada de decisão, delegação de funções e discernimento para percepção de qual serviço o usuário está necessitando no momento, para encaminhá-lo. A Classificação de Risco é um instrumento de suma importância para a gestão, já que o mesmo tem papel decisório na reestruturação do fluxo dos usuários nas unidades de Urgência – Emergência (SOUZA et al., 2011).

O Conselho Federal de Medicina traz na Resolução nº 1.451/95, que Urgência é a situação casual de agravos à saúde, na qual o indivíduo pode ou não ter risco possível de vida e onde ele precisa de um tratamento médico. Emergência é o cenário de prejuízo à saúde com ameaça iminente a vida, o que causa acentuado sofrimento ao cliente e exige o pronto-atendimento médico, uma vez que assegura qualquer tipo de ação de suporte a vida, dando assistência contínua tanto no local da entrada como em outro local que tenha sido referenciado (MENEZES et al., 2014).

Diante desses conceitos o sistema de Classificação de Risco é ativo e tem por objetivo a classificação dos usuários que vão em busca de assistência nas instituições de urgência e emergência dos hospitais, o que visa à identificação dos clientes que precisam de pronto-atendimento e os quais podem esperar sem causar danos à vida (BOHN et al., 2015) realizada em outubro de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 enfermeiros do Serviço de Emergência de um hospital universitário da região sul do Brasil. Os dados foram submetidos à análise temática. Os resultados indicam que o protocolo do Sistema de Classificação de risco de Manchester padroniza a conduta dos profissionais, conferindo segurança para priorizar o risco de usuários que buscam atendimento em serviços de emergência. Além disso, propicia respaldo legal aos profissionais, baseando-se em critérios objetivos e previamente definidos. As dificuldades apontadas para a realização da atividade foram: o desconhecimento da população sobre o protocolo, a precariedade do fluxo de encaminhamento para a rede de serviços de saúde e a resistência da equipe médica a um trabalho conjunto. Conclui-se que a utilização do protocolo do sistema de classificação de Manchester propiciou melhoria na organização do fluxo de usuários no serviço de emergência e na qualidade do atendimento prestado.,"DOI":"10.4025/cienccuidsaude.v14i2.21359","ISSN":"1984-7513","language":"pt","author":[{"family":"Bohn","given":"Marcia Luciane da Silva"}, {"family":"Lima","given":"Maria Alice Dias da Silva"}, {"family":"Duro","given":"Carmen Lúcia Mottin"}, {"family":"Abreu","given":"Kelly Piacheski","dropping-particle":"de"}],"issued":{"date-parts":[["2015",6,11]]}},"schema":"https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json"} . Estando este sistema bem organizado, desencadearia uma amplificação na resolutividade do processo saúde-doença, como

também diminuição no nível de sofrimento dos clientes, como de seus familiares e menos tempo de espera para atendimento, ocasionando assim números menores de óbitos evitáveis, intercorrências e internações desnecessárias (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Perante todas as informações supracitadas, percebe-se que a porta de entrada aos serviços de saúde, que deveria ocorrer na Atenção Básica, vem sofrendo modificações, causando problemas no cumprimento da hierarquização dos atendimentos de saúde, além de provocar superlotação nos serviços de urgência e emergência, uma vez que os usuários vão à busca de atendimento primeiramente nas instituições de maior complexidade. Como a maioria destes atendimentos são de baixa complexidade, deveria ser realizado por meio da Estratégia de Saúde da Família, ocasionando, desta forma, um atendimento assistencial de baixa qualidade nas Instituições Hospitalares (SANCHES; CARVALHO, 2015) de corte transversal, no setor de emergência do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu uma análise histórica das diretrizes da Saúde, uma vez que aborda a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde que estabelecem os direitos e deveres do Estado frente aos indivíduos, a fim de garantir a igualdade no atendimento aos usuários, bem como incentivar a participação da sociedade na construção do Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização a fim de estimular e promover o acolhimento com classificação de risco nas instituições que prestam serviços de saúde. Essas instituições interligam-se por meio dos sistemas técnicos, logístico e de gestão das Redes de Atenção a Saúde, com o intuito de prestar um serviço de qualidade.

O acolhimento com classificação de risco é um instrumento primordial para um atendimento de qualidade, uma vez que observa e analisa o potencial de risco e prejuízo à saúde do indivíduo, bem como a prioridade de assistência. Se a classificação for feita de maneira adequada reduzirá o tempo de espera do atendimento, o que proporcionará uma melhor assistência.

Para que o enfermeiro atue na Classificação de Risco se faz necessário o desenvolvimento de habilidades e competências que estimulem o raciocínio crítico e o atendimento específico, como observação do paciente, escuta qualificada, tomada de decisão, priorização do atendimento de acordo com as necessidades dos usuários, bem como delegar funções, a fim de proporcionar uma assistência eficiente, eficaz e efetiva.

A partir da realização deste estudo, pode-se observar a inadequada dinâmica da assistência e porta de entrada dos serviços de saúde, já que os usuários buscam o primeiro atendimento nas redes de urgência e emergência, o que causa a superlotação desses e dificulta a realização do atendimento holístico e humanitário.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.M.; DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa.

Revista Gaúcha de Enfermagem, v.33, n.4, p.181-190, dez. 2012.

ANDRADE, A.M. *et al.* Organization of the Health System from the perspective of home care professionals. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.2, p.111-117, jun. 2013.

ANTUNES, D.D.O.; GUIMARÃES, J.P. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.2, n.2, p.25-44, 7 out. 2013.

AZEVEDO, A.L.C.S. *et al.* Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.4, p. 736-45, 31 dez. 2010.

BOHN, M.L. DA S. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco manchester/ Nurses' perception on the use of the manchester risk classification system protocol. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.14, n.2, p.1004-1010, 11 jun. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasileira: Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com a avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4279**, de 30 de dezembro de 2010. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Conferências de Saúde ao longo da história.** Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: Para entender a Gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde/CONASS. Brasília, 2011, p. 24.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 272/2002.** 2002.

COUTINHO, A.A.P.; CECÍLIO, L.C. DE O.; MOTA, J.A.C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.2, n.22, p.188-198, 2012.

CROSSETTI, M. DA G.O. **Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem:** o rigor científico que lhe é exigido. 2012.

MÂNGIA, E.F.; LANCMAN, S. A estratégia das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.23, n.3, 2012.

MENDES, E.V. As redes de atenção a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENEZES, M. O. *et al.* Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT**, v.2, n.2, p.45-58, 27 out. 2014.

NASCIMENTO, E.R.P. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.4, p.597-603, 31 dez. 2011.

NISHIO, E.A.; FRANCO, M.T.G. **Modelo de Gestão em Enfermagem:** qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M.F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v.4, 2010.

SANCHES, G.J.C.; CARVALHO, C.A.P. Atendimento no serviço de emergência de um hospital regional do nordeste brasileiro. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.22, n.2, p.33-37, 13 jul. 2015.

SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, v.2, n.1, 2011.

SOUZA, C.C. *et al.* Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.1, p.26-33, fev. 2011.

SOUZA, C.C.; ARAÚJO, F.A.; CHIANCA, T.C.M. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.49, n.1, p.144-151, 2015.

TANNURE; M.C. SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Guia Prático**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Data do recebimento: 6 de Julho de 2017

Data da avaliação: 10 de Dezembro de 2017

Data de aceite: 15 de Dezembro de 2017

1 Enfermeira, Aracaju-Sergipe-Brasil, E-mail cintiasantossss@hotmail.com

2 Enfermeira, Aracaju-Sergipe-Brasil, E-mail soares18irineia@hotmail.com

3 Enfermeira, Professora Assistente I do Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes (UNIT), Esp. em Saúde Coletiva pela Residência Integrada Multiprofissional da UNIT, Aracaju-Sergipe-Brasil, E-mail manuela.cvm@hotmail.com

