

# ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: FRENTE A SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE URGÊNCIA

Emilly Tainá Silva dos Santos<sup>1</sup>

Arina Angelica Santos Freitas<sup>2</sup>

Ivana Oliveira Mendonça<sup>3</sup>

Denison Pereira da Silva<sup>4</sup>

Daniele Martins de Lima Oliveira<sup>5</sup>

Enfermagem



**cadernos de  
graduação**

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

## RESUMO

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é ocasionada pela grande demanda de pacientes, tornando-se uma situação perigosa tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes, pois a capacidade acima dos limites gera uma deficiência nos recursos, trazendo uma insegurança para ambas as partes, representando um fenômeno crescente que gera um impacto enorme na saúde pública. Um dos fatores que contribuem para esse inchaço no pronto socorro é o mal funcionamento das unidades básicas de saúde, que faz com que as pessoas procurem os serviços de média e alta complexidade devido a facilidade no acesso. Como consequência temos, uma desorganização do serviço, baixa qualidade do atendimento, gastos desnecessários, uso inapropriado dos recursos disponíveis e o comprometimento da integralidade da assistência do cuidado prestado. Dessa forma, é notório a necessidade da classificação de risco nos SEH realizada primordialmente pelo enfermeiro, de modo que venha priorizar o atendimento ao paciente mais grave para assim obter um melhor prognóstico. Assim este artigo tem por objetivo discutir as causas e impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência.

## PALAVRAS-CHAVE

Superlotação. Emergência. Hospital.

## ABSTRACT

Overcrowding in the Hospital Emergency Services (SEH) is caused by the great demand of patients, becoming a dangerous situation for both health professionals and patients, because capacity above the limits generates a deficiency in the resources, bringing insecurity for both parties, representing a growing phenomenon that has a huge impact on public health. One of the factors that contribute to this swelling in the emergency room is the malfunctioning of the basic health units, which causes people to seek the services of medium and high complexity due to the ease of access. As a consequence, we have a disorganization of the service, poor quality of care, unnecessary expenses, inappropriate use of resources available and the commitment of the totality of the care provided. Thus, it is notorious the need to classify risk in HES performed primarily by the nurse, so that it prioritizes the care of the most severe patient to obtain a better prognosis. Thus, this article aims to discuss the causes and impacts of overcrowding of emergency hospital services.

## KEYWORDS

Over crowded. Emergency. Hospital.

## 1 INTRODUÇÃO

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é vista como uma situação perigosa, pois a capacidade acima do limite gera uma deficiência nos recursos, trazendo uma insegurança tanto para os pacientes quanto para aos profissionais, interferindo no atendimento de urgência, representando um fenômeno crescente que gera um impacto enorme na saúde pública (ROSITO, 2011).

Mundialmente, esse fenômeno caracteriza-se por: 100% os leitos do SEH ocupados; pacientes internados nos corredores; o tempo de espera para o atendimento acima do preconizado; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, um baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular e induz à baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

É ocasionada pelo desequilíbrio entre a oferta e a procura por atendimento nos serviços de urgência e emergência e tem como fator agravante a assistência prestada aos pacientes por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos a estes (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

O atendimento de urgência e emergência deve ser prestado com planejamento prévio, programado e muito bem operacionalizado, com o propósito de atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto com a deficiência no sistema de saúde, as unidades de alta complexidade acabam se tornando a porta de entrada principal, representando para os pacientes a oportunidade de ter o acesso ao atendimento (COELHO, 2010).

O atendimento aos brasileiros nas urgências, nos mostra um panorama muito desfavorável, pois a superlotação desses serviços transforma essa área em uma das mais problemáticas do nosso sistema de saúde (CAMPOS; SENGER, 2013).

Os serviços hospitalares estão cada vez mais com um número crescente de pacientes, que chegam por meios próprios, pelo atendimento pré-hospitalar móvel, bem como por meio de encaminhamentos realizados pelos ambulatórios do próprio hospital, entre outros. O número expressivo de atendimentos realizados pelas equipes de saúde resulta na permanente superlotação, principalmente de pacientes sem necessidades urgentes (SANTOS, 2010).

Atualmente, no nosso país, os serviços de emergência funcionam acima de sua capacidade, com taxa de ocupação de leitos acima de 100%, com número insuficiente de profissionais, sem treinamento ou reciclagem, com excesso da demanda, com verba insuficiente, com gerenciamento precário de recursos, sem leitos de retaguarda e sem planejamento efetivo (O'DWYER *et al.*, 2008).

A escolha desta temática se deu pela observação direta dos serviços hospitalares de alta complexidade, durante a prática clínica e profissional dos autores deste estudo. Diante desse trabalho objetivamos discorrer sobre as causas e impactos da superlotação nos SEH. Com base na indispensável valorização das necessidades em que os pacientes se encontram nos serviços de urgência e emergência hospitalar, e ainda por apresentar problemas significativos em relação a superlotação destes ambientes. No qual foi utilizado algumas questões, como: Quais as causas da superlotação? Quais os impactos da superlotação nos serviços de emergência hospitalares? Quais estratégias podem ser empregadas para minimizar a superlotação nos serviços de emergências?

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PANORAMA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Segundo Silva (2014), na enfermagem existem várias especializações, para dá uma assistência de qualidade ao paciente, sendo uma delas a urgência e a emergência. Estas apresentam características totalmente diferentes de outras unidades e especialidades. É um ambiente com uma dinâmica que impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto do paciente e familiar, como dos profissionais que ali desempenham a sua assistência.

A assistência nesse serviço é porta aberta que funciona 24 horas por dia, ficando a funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, recebendo pacientes de urgência, pacientes com quadro que não são propriamente definidos como tal, pacientes sem vínculo com a atenção primária e especializada e as urgências sociais. Essas demandas se misturam nas unidades hospitalares de alta complexidade, causando uma superlotação e assim atrapalhando a qualidade na assistência prestada à essa população (BRASIL, 2006).

Segundo Nunes (2011), o significado de urgência é mais complexo em relação a de emergência, porque ela resulta da noção que cada pessoa possui em relação aos seus problemas de saúde. Entretanto, pode ser definido como situações urgentes todas as ocorrências clínicas sendo ela grave ou não, com ameaça de falência de funções vitais. E como situações emergentes, são todas as ocorrências clínicas em que existe comprometimento de uma ou mais funções vitais.

No Brasil, o atendimento de urgência e emergência é classificado diante dos fatores de gravidade e de complexidade, sendo definido como uma urgência: quando não existe risco iminente de morte, ou seja, o paciente exibe um quadro crítico, e emergência: são os casos em que há risco iminente de morte (GUEDES *et al.*, 2014).

A superlotação nos SEH vem sendo estudado mundialmente, no qual as verificações realizadas apontam avanços em relação à inclusão de novas tecnologias, visando a organização no atendimento (DURO; LIMA, 2010).

## 2.2 CAUSAS QUE CONTRIBUEM PARA A SUPERLOTAÇÃO

A principal porta de entrada no sistema de saúde vem sendo representada pelos serviços de urgência e emergência, o que causa a superlotação nas unidades hospitalares. No entanto a triagem muito bem estruturada ou o acolhimento dos pacientes com a classificação de risco é visto como um dispositivo importante, no qual permite que os pacientes sejam atendidos no tempo correto e não como antigamente, onde o atendimento era realizado pela ordem de chegada e não pela prioridade de atendimento (GUEDES *et al.*, 2014).

A utilização de forma impropria dos serviços de emergência é de caráter prejudicial para os pacientes de alta e baixa complexidade, que ao buscarem o atendimento em um serviço hospitalar, não terá o seu atendimento garantido (MACHADO; SALVADOS; O'DWYER, 2011).

A ausência ou o déficit das unidades de Atenção Básica de Saúde é um transtorno que se arrasta por muito tempo, pois não conseguem atender às necessidades da população. E segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica é a principal porta de entrada para a população e por conta de uma série de motivos, essa porta de entrada não vem assumindo o seu papel, fazendo com que os pacientes necessitem ir em busca dos serviços especializados de média e alta complexidade (BRASIL, 2003).

Apesar da implantação de políticas públicas, a cronicidade das doenças é uma das razões que colabora com a superlotação nos serviços hospitalares. O crescimento da expectativa de vida também contribui bastante para isso e sem a devida assistência de serviços de saúde estruturados para atender os pacientes de idades diferentes, se torna necessária a procura de outros serviços para a obtenção de atendimento (SOARES, 2014).

Flores (2011), aponta outras razões que ajudam a contribuir com a superlotação hospitalar, são eles: o impedimento de acesso à rede básica para o atendimento e tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas, a dificuldade no agendamento de exames e consultas, também na aquisição dos resultados destes exames, a

população procura o serviço de urgência e emergência com objetivo de ser atendido, pois há uma maior facilidade de acesso.

É importante observar que o perfil da população brasileira traz um impacto direto na assistência hospitalar, com o aumento da morbimortalidade e comorbidades causadas pelas doenças crônicas, causas externas, reaparecimento e surgimento de novas doenças infecciosas (BITTENCOURT, 2010).

Podemos destacar que o tempo de permanência hospitalar é um dos fatores mais relevante para a superlotação. E além disso, as seguintes observações têm como propósito facilitar o fluxo dos pacientes e assim resultar na diminuição da superlotação das urgências: a implementação e execução da classificação de risco, com o intuito de analisar os usuários que de fato necessitariam de um atendimento em serviços de emergência e a cooperação entre hospitais para a distribuição de pacientes conforme a especialidade para o tratamento das enfermidades (JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

### 2.3 IMPACTOS DA SUPERLOTAÇÃO

Segundo Abreu (2013), como decorrência da superlotação há uma dificuldade no que se refere ao cumprimento dos princípios do SUS e a diminuição de custos, pois os atendimentos não realizados, causam uma duplicidade de serviços com o mesmo objetivo e o acesso fácil a alta complexidade geram interferências que as comprometem.

Também podemos observar que a grande procura dos serviços de urgência e emergência gera uma desorganização na própria unidade, resultando numa baixa na qualidade do atendimento, gastos desnecessários, resultando em uso inapropriado dos recursos disponíveis (COELHO, 2010).

Outra consequência é o comprometimento da integralidade da assistência do cuidado prestado, visto que a alta proporção de usuários com problemas de saúde passíveis de serem solucionados na atenção primária repercute sobre a qualidade da assistência prestada não só àqueles que realmente necessitam dos serviços de urgência, mas também aos que precisam de atenção ambulatorial, pois o atendimento objetiva resolver a queixa do paciente e este, muitas vezes, não é encaminhado para a Unidade Básica (LIMA; ALMEIDA, 2013).

### 2.4 PROTOCOLOS UTILIZADOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Com a criação do programa QualiSUS em 2004, que versa sobre a humanização profissional, de usuários e sistema de saúde e posterior criação da Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como Humaniza SUS, com o objetivo de utilizar meios que possam reforçar a garantia de uma atenção à saúde de maneira integral, resolutiva e humana surgiu a diretriz do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), tendo como uma das suas ações primordiais a reorganização do serviço de saúde e a promoção de saúde em toda a rede (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Segundo Guedes (2014), com a implantação do AACR o atendimento passa a ser realizado conforme o agravo do quadro e não mais por ordem de chegada nos serviços de emergência, sendo assim a maneira utilizada para alcançar o princípio da PNH. O AACR se torna importante por ser um método ativo de reconhecimento dos pacientes que precisam de tratamento imediato, de acordo com o risco que venha apresentar seu quadro clínico, seu possível agravamento ou nível de sofrimento.

O AACR é uma forma que o Ministério da Saúde utiliza para a sistematização da assistência nos serviços de emergência. Sendo uma ação técnica e assistencial que pretende trazer várias modificações em relação aos profissionais e pacientes do serviço, por intermédio de medidas que busquem por um atendimento mais ético e humanizado (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

O enfermeiro é o profissional habilitado legalmente para realizar a classificação de risco dos pacientes que procuram atendimento nos serviços de urgência, devendo existir um protocolo que os oriente. Existem modelos de classificação de pacientes que utilizam de dois até cinco níveis de gravidade, atualmente é utilizado o modelo de cinco níveis, pois será mais confiável para verificar o estado de saúde do paciente. Há cinco modelos utilizados para classificação de risco, são eles:

O Modelo Australiano (Australasian Triage Scale - ATS): foi o primeiro modelo a ser utilizado, trabalha com o tempo de espera de acordo com a gravidade do quadro do paciente;

O Modelo Canadense (Canadian Triage AcuityScale - CTAS): muito parecido com o modelo australiano, porém, é muito mais complexo e é usado na maioria do sistema canadense;

O Modelo de Manchester (Manchester Triage System - MTS): trabalha com fluxogramas e discriminadores chaves, aliados ao tempo de permanência representado por cores. Esse sistema é muito utilizado na Europa e tem como modo entrada no sistema de saúde queixas relatadas pelo paciente;

O Modelo Americano (Emergency Severity Index - ESI): trabalha com foco na necessidade de recursos para o atendimento, não é muito utilizado no país de origem;

O Modelo de Andorra (Model Andorràdel Trialge – MAT): trabalha com sintomas, fluxogramas e conjunto de processos para se obter resultados, porém seu uso é complexo e demorado (SOUZA, ARAÚJO, CHIANCA, 2015; JUNIOR, 2014).

## 2.5 PAPEL DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Segundo Souza e Bastos (2008), nos ambientes de cuidados de saúde complexos, o enfermeiro deverá ser capaz de resolver problemas de forma precisa, eficaz e rápida. Isso significa que ele deve ser capaz de rever uma enorme quantidade de informações, pensar criticamente, fazer julgamentos corretos e decidir que direção a avaliação deverá tomar, realizando, assim, uma coleta de dados orientada para o problema, enfocando a situação atual do cliente.

O enfermeiro é o profissional apto para estar à frente da classificação de risco

visto que possui formação acadêmica para olhar o paciente como um todo e não por partes, é focado nos sinais e sintomas e não no diagnóstico, possui habilidades para tomar decisões por meio da avaliação do estado de saúde do paciente tendo em vista priorizar o atendimento segundo o agravamento do seu quadro clínico e não a ordem de chegada (DURO; LIMA, 2010).

O trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco se baseia na tomada de decisão, em que a escuta qualificada e o julgamento clínico e crítico das queixas induzem a um raciocínio lógico, que determinará o risco. A tomada de decisão pelo enfermeiro, na classificação, tem como objetivo compreender a informação clínica, a sequência em que a informação se processa e as vias pelas quais essa informação determina a categoria de classificação. Para tal ação, o enfermeiro utilizará um protocolo previamente selecionado como diretriz técnica que embasará teoricamente a decisão (SOUZA; BASTOS, 2008).

Segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986, o enfermeiro é o profissional preparado para exercer a função de sujeito no processo de classificação de risco, tendo para tal, o respaldo da lei, que garante ao profissional enfermeiro, privativamente, a consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, bibliográfico e documental, abrangendo o período de 2003 a 2015, contendo artigos de língua portuguesa, inglesa e espanhola, resultando e colocando os pesquisadores em contato com o que já se produziu e se registrou até o momento sobre o tema, com a finalidade de desenvolver os objetivos propostos nesse estudo. A revisão bibliográfica se deu pelo processo de levantamento e análise, que permitiu efetuar um mapeamento do que já foi escrito inerente à temática.

O artigo foi construído por meio de pesquisas em fonte secundária com consultas as revistas científicas publicadas, sendo essas revistas indexadas às bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), livros clássicos da literatura médica, artigos e periódicos que se encaixaram nos critérios de inclusão descritos adiante.

Estão inclusos alguns artigos, livros e dissertações que foram atualizados nos últimos 12 (doze) anos, disponível na íntegra e gratuitamente nas bases de dados BVS e SciELO, que contemplem os descritores escolhidos que foram: superlotação, serviços de saúde, urgência e emergência, os quais possibilitaram o levantamento de maior número de artigos que se adequassem ao tema proposto sendo que outros descritores utilizados não tiveram sucesso para a busca de artigos. Inicialmente foram encontrados 92 artigos dentro dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 67 por não se encaixarem no objetivo do trabalho, totalizando 25

artigos aptos a inclusão nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. O critério de exclusão se deu quando na leitura dos periódicos um dos pesquisadores optou por não incluir o artigo.

O instrumento da coleta de dados foi roteiro de observação, com bancos de dados estruturados, elaborado pelos pesquisadores, que contemplem os objetivos proposto neste estudo. A sistemática de coleta foi realizada por busca dos periódicos, primeiramente por meio do site [www.bireme.br](http://www.bireme.br) e por meio do link Terminologia em Saúde, foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Em seguida, no mesmo site, foram acessados os bancos de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da *National Library of Medicine* (MEDLINE).

Foi acessado, também, o *Google* para consulta de periódicos on-line. De posse das referências, optamos primeiramente pela leitura dos resumos para certificar quais deles se enquadram nos critérios de inclusão. Após seleção dos periódicos, foi feita na íntegra a leitura e por meio do roteiro de observação foi feita a coleta de dados. Esses dados foram analisados criteriosamente, interpretados, discutidos e formatados neste artigo científico.

Como os dados obtidos já são de domínio público, não se fez necessária à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. Para garantir a veracidade dos dados, estes foram extraídos independentemente pelos dois revisores e cruzados para verificar concordância, evitando a tendenciosidade. Os resultados discordantes foram resolvidos em consenso mediante o orientador da pesquisa.

A apresentação dos dados colhidos ocorreu por meio de uma dissertação da apresentação deste artigo científico, abordando temas relacionados às redes de urgências e emergências, superlotação, serviços de saúde e assistência de enfermagem, para fins de trabalho de conclusão de curso.

Para proteção dos direitos autorais, não foram utilizadas transcrições dos artigos e livros utilizados, portanto, os riscos foram mínimos. Teve como benefício à elevada possibilidade de levar a conhecimento público por meio da publicação deste estudo sobre as causas e impactos da superlotação nos serviços hospitalares de urgência.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A superlotação nos serviços de emergência hospitalar é um fenômeno mundial que ocorre devido ao aumento do número de pacientes procurando os serviços, levando a ocupação de todos os leitos, pacientes acamados nos corredores, aumento do tempo de espera para atendimento. Este quadro adverte, claramente, sobre o baixo desempenho do sistema de saúde como um todo e dos serviços de emergência em particular (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Quadro 1- Distribuição dos estudos segundo título dos artigos, autoria, ano, revista, base de dados, objetivo e resultados da pesquisa

AUTOR/ANO	TÍTULO DO ARTIGO	TIPO DE ESTUDO	CONSIDERAÇÕES
GUEDES; <i>et al.</i> , 2014.	Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro.	Estudo Transversal	Enfatiza sobre o SEH ser a principal porta de entrada do sistema de saúde com casos simples que poderiam ser resolvidos em Unidade Básica gerando desse modo a superlotação, e salientando ainda a importância de um sistema de classificação para tal pacientes.
JUNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014.	Sistema Manchester de Classificação de Risco: Comparando Modelos.		Faz um comparativo com os mais variados modelos de protocolos utilizados em todo o mundo para a classificação de risco.
SILVA, 2014	A Humanização na Assistência de Enfermagem a Pacientes em Unidades de Urgência e Emergência.	Revisão de Literatura	Foram avaliadas as bibliografias compreendidas entre os anos de 1998 a 2013 com temática principal.
SOARES, 2014	Análise da inserção do hospital de base na rede de atenção às Urgências e emergências do Distrito Federal.	Estudo exploratório-descriptivo	A pesquisa tem o objetivo de analisar as causas da superlotação hospitalar e mostrar que o déficit da atenção básica reflete no aumento da procura dos serviços de urgência.
ABREU, 2013	Utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por Usuários com Demandas não Urgentes.	Estudo Epidemiológico, analítico, transversal do tipo inquérito.	A pesquisa foi pautada na aplicação de questionários entre o grupo etário de 18 a 59 anos.
OLIVEIRA, <i>et al.</i> 2013	Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol.	Estudo Descritivo	Foi verificado o grau de concordância entre os níveis de prioridade atribuídos com relação ao acolhimento através avaliação e classificação de risco, realizado pelos enfermeiros.

AUTOR/ANO	TÍTULO DO ARTIGO	TIPO DE ESTUDO	CONSIDERAÇÕES
COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012.	Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester	Revisão de Literatura	A pesquisa evidencia a superlotação como um fator presente a nível nacional e internacional e com isso a necessidade da utilização do Protocolo de Manchester para organizar o atendimento nos serviços hospitalares de urgência.
JÚNIOR; MATSUDA, 2012.	Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador.	Estudo Descritivo do tipo Relato de Experiência	Retrata o processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e o uso de fluxogramas em um serviço hospitalar de emergência do estado de São Paulo.
FLORES, 2011	La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad emergencias.	Revisão de Literatura	Relata sobre as consequências ocasionadas aos pacientes pela superlotação.
BITTENCOURT, 2010.	A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional	Revisão Sistemática	Identifica medidas que auxiliam no gerenciamento dos serviços de urgência, contribuindo para amenizar a superlotação.

Fonte: Dados da Pesquisa.

A avaliação dos artigos escolhidos visa evidenciar de forma mais clara a proposta de cada autor, possibilitando assim uma análise geral do cenário das causas e impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência.

Guedes e outros autores (2014) articulam sobre a grande demanda de pacientes existentes no SEH, com problemas de saúde que podem ser resolvidos em uma unidade básica de saúde por não se caracterizarem de urgência/emergência; salienta ainda importância do atendimento de forma que não traga prejuízos aos pacientes decorrentes da sua espera. Dessa forma, é fundamental a utilização de um sistema de classificação de pacientes pelo agravamento do seu quadro clínico e o seu risco iminente de morte.

Junior, Torres e Rausch (2014) abordam sobre os protocolos utilizados nacionalmente e internacionalmente para classificação de risco, fazendo um comparativo de

como esses protocolos trabalham, são eles: o Modelo Australiano, o Modelo de Manchester, o Modelo Canadense, o Modelo Americano e o Modelo de Andorra. Dentre esses, segundo os autores, o Sistema de Classificação de Risco de Manchester foi o que apresentou melhores resultados, pois possui reconhecimento a nível internacional, é confiável, tem um método eficaz, favorecendo assim uma sistematização para a tomada de decisões na classificação de risco.

Silva (2014) em seu estudo mostrou que diante da realidade e do estresse comum aos usuários as unidades de emergência e da necessidade de se atuar de forma mais humanizada no atendimento, é necessária uma reflexão sobre a humanização da assistência de enfermagem que vem sendo precariamente exercida em dias de hoje, predominando o avanço tecnológico e científico e, muitas vezes, fragmentando-se a atenção que deveria ser dispensado de forma mais humana.

Soares (2014) relata alguns fatores que predispõem a superlotação, dentre eles o aumento da expectativa de vida que conseqüentemente leva a queda nas taxas de natalidade, o crescimento das doenças agudas e crônicas não transmissíveis, ou seja, apontam para um aumento da complexidade das doenças e, posterior à produção do cuidado, mostra também que os acidentes de trânsito, a violência, as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e ainda o déficit na atenção básica contribuem para a superlotação hospitalar.

Abreu (2013) após realizar a aplicação do seu questionário em suas publicações podemos observar que a maioria dos usuários não urgente que participaram desta pesquisa era do sexo feminino com a média de idade de 36,7 anos, mostrou também que os problemas de saúde que foram relatados pelos usuários eram classificados como pouco urgente (verde) de acordo com a classificação realizadas pelas enfermeiras utilizando o protocolo de Manchester.

Oliveira e outros autores (2013), de acordo com o seu estudo, mostrou que a implantação do AACR por meio de intervenções que são de suma importância na reorganização da rede de saúde com o objetivo de atender o paciente por critério de gravidade e não mais por ordem de chegada aos serviços de emergência.

Coutinho, Cecílio e Mota (2012) descrevem sobre a discrepância relacionada entre a demanda de pacientes e a oferta por atendimento nos SEH, que está presente no Brasil e em outras nacionalidades visto como consequência a superlotação. Com isso faz-se necessário a utilização de um sistema de classificação para esses pacientes, considerando que a urgência é a principal porta de entrada dos mesmos. Por ter comprovação científica da sua eficácia o Sistema de Triagem de Manchester vem sendo bastante utilizado nesses ambientes.

Júnior e Matsuda (2012) retrata sobre a implantação da classificação de risco no serviço de emergência, onde houve a necessidade da conscientização dos profissionais sobre a importância do projeto, com ênfase nas vantagens para os profissionais e para os pacientes. O enfermeiro era o profissional responsável pela classificação por meio de fluxogramas, que de acordo com os sinais e sintomas que o paciente apresentava era direcionado para a classificação cabível, dando assim prioridade no atendimento ao paciente mais grave. Após a adesão da classificação

de risco foi possível observar dentre vários fatores uma melhora no atendimento ao paciente, este mais humanizado.

Flores (2011) associa a superlotação aos agravos sofridos pelos pacientes internados em hospitais de urgência e emergência como, cuidados médicos precários, aumento das infecções hospitalares e respiratórias, alta taxa de permanência hospitalar, pacientes sujeitos a erros referentes à assistência prestada pelos profissionais de saúde.

Bittencourt (2010) por meio de uma revisão sistemática, fez uma análise da tentativa de implantação do programa QUALISUS nos serviços hospitalares de urgência, com pretensão de mudar o quadro da superlotação hospitalar.

Por meio de todos os estudos avaliados nesta revisão bibliográfica, podemos notar que a superlotação é causada por vários fatores e traz impactos para os pacientes e profissionais. É necessário que a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem, esteja apta para gerir e utilizar o instrumento de classificação de risco, como forma de facilitar a assistência por meio da identificação rápida das prioridades que os pacientes possam vir a apresentar, assim auxiliando na diminuição da superlotação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A superlotação é um transtorno recorrente nos serviços hospitalares de urgência e emergência e é vista como um problema de saúde pública que afeta todos os envolvidos, sendo ocasionada por diversos fatores, entre eles, a grande demanda de pacientes, com quadros clínicos que muitas vezes não necessitam desse tipo de atendimento, em contrapartida, com o déficit de recursos e de profissionais, aumentando a sobrecarga nesses serviços.

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco é uma ferramenta que tem como objetivo minimizar os agravos na saúde, identificando e priorizando o atendimento, visando separar os casos críticos dos não críticos, assim facilitando o fluxo dos pacientes atendidos nas emergências, proporcionando uma maior resolutividade nos cuidados aos usuários. Dentre os benefícios acarretados pelo AACR podemos destacar a diminuição na superlotação hospitalar e a modificação do modelo de assistência, antes voltado para o atendimento por ordem de chegada do paciente no serviço de saúde e não por probabilidade de agravamento do seu quadro clínico.

Dessa forma, de acordo com o que foi analisado nas pesquisas bibliográficas para realização do trabalho, a superlotação é um tema pouco abordado, com isso, é imprescindível enfatizar a necessidade de mais pesquisas que versem sobre tal temática e a utilização de protocolo de classificação de risco para melhor priorizar o atendimento aos pacientes segundo o seu quadro clínico.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Kelly Piacheski de. **Utilização do serviço de emergência do hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes.** 2013.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTELA, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.7, p.1439-1454, 2009.

BITTENCOURT, Roberto José. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional**. 2010. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. **Lei nº 7498** de 25 de junho de 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm)>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmações dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3.ed. ampl. 256p. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Maria Celeste Gonçalves; SENGER, Maria Helena. O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd. (no prelo)**, 2013.

COELHO, Mônica Franco *et al.* Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.4, p.770-777, 2010.

COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOTA, Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, v.22, n.2, p.188-198, 2012.

DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura. **Online braz j nurs**, v.9, n.3, p.1-12, 2010. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-42852010000300015](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852010000300015)>. Acesso em: 30 jul. 2017.

FLORES CR. Emergências: Revista da Sociedade Espanhola de Emergência e Medicina de Emergência. La Saturación De Los Servicios De Urgencias: Una Llamada A Unidad. **Emergencias**, v.23, n.1, p.59-64, 2011.

GUEDES, Helisamara Mota *et al.* Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v.IV, n.1, mar. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-)

02832014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 1. Mar. 2017.

JÚNIOR, José Aparecido Bellucci; MATSUDA, Laura Misue. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.21, n.1, p.217, 2012.

JUNIOR, Welfane Cordeiro; TORRES, Bárbara Lopes de Brito; RAUSCH, Maria do Carmo Paixão. Sistema Manchester de Classificação de Risco: Comparando Modelos. **Grupo Brasileiro de Classificação de Risco**, abril, 2014. Disponível em: <<http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2017.

LIMA, Libania Maria B.; ALMEIDA, Nádia Maria G.S. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.37, n.96, p.51-61. 2013.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.3, p.519-528, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n3/2335>>. Acesso em: 1 mar. 2017.

NUNES, Rita D. **Caracterização da utilização da urgência pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa**. 2011. 100f. Tese (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. RUN, Universidade Nova de Lisboa, 2011.

OLIVEIRA, G.N. *et al.* Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n.2, p.500-506, abr. 2013.

O'DWYER, Gisele; MATA, Isabela Escórcio Augusto da; PEPE, Vera Lucia Edais. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13 n.5, sep-oct. 2008.

ROSITO, Denise Lagemann. **Perfil e fluxo da atenção aos pacientes críticos admitidos na sala vermelha de emergência de um hospital terciário de grande porte**. Porto Alegre, 2011.

SANTOS, José Luís Guedes. **Docente da UFRS: A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência**. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA, Júlia Albuquerque e. **A humanização na assistência de enfermagem a pacientes em unidades de urgência e emergências**. Valparaíso de Gois, 2014.

SOARES, Emanuely Paulino. **Análise da inserção do Hospital de base na rede de atenção às urgências e emergências no Distrito Federal**. 2014. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17590/1/2014\\_EmanuelyPaulinoSoares.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17590/1/2014_EmanuelyPaulinoSoares.pdf)>. Acesso em: 1 mar. 2017.

SOUZA, Cristine Chaves; ARAÚJO, Fancielli Aparecida; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Minas Gerais, v.49, n.1, p.144-151, 2015.

SOUZA, R.S.; BASTOS, M.A.R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.12, n.4, p.581-586, 2008.

---

**Data do recebimento:** 15 de Junho de 2018

**Data da avaliação:** 3 de Junho 2018

**Data de aceite:** 3 de Julho de 2018

---

---

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: emilly.taina94@hotmail.com

2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: arina26@live.com

3 Professora Assistente I da Universidade Tiradentes – UNIT; Enfermeira. E-mail: ivanamendonca0@gmail.com

4 Mestre em Saúde e Ambiente Universidade Tiradentes – UNIT; Professor Adjunto I da Universidade Tiradentes – UNIT; Enfermeiro. E-mail: denisonbm@yahoo.com

5 Mestre em Ciências da Saúde; Professora da Universidade Tiradentes – UNIT; Enfermeira; Orientadora. E-mail: danilima.lipe@gmail.com

