



**CENTRO DE ESTUDOS OCTÁVIO DIAS DE OLIVEIRA
FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES**

**A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA**

**FERNANDA SOCORRO BAHIA
VERA ALVES DE OLIVEIRA**

Trindade - GO
2015



**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA**

**Fernanda Socorro Bahia
Vera Alves de Oliveira**

Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos

Trindade - GO
2015

**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA**

**Fernanda Socorro Bahia
Vera Alves de Oliveira**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos

Trindade - GO
2015

Fernanda Socorro Bahia
Vera Alves de Oliveira

**A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, aprovada pela
seguinte banca examinadora:

Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos (Orientador)
Faculdade União de Goyazes

Prof. Esp. Edna Aparecida Morais da Silva (Avaliadora Externa)
Hospital São Francisco de Assis

Prof. Esp. Sandra Rosa de Souza Caetano (Avaliadora Interna)
Faculdade União de Goyazes

Trindade - GO
10/12/2015

AGRADECIMENTOS

Fernanda Socorro Bahia

Agradeço primeiramente a Deus pela força e coragem que me proporcionou durante toda essa jornada

Em especial agradeço a minha avó (mãe) Maria das Dores quem mais me incentivou e me apoiou nesta caminhada

A minha filha Maria Fernanda, por ter compreendido minha ausência

A minha mãe pelo carinho e atenção

A minha irmã pelo apoio e carinho nas horas mais difíceis

Ao meu esposo Hildebrando Alves Bezerra pelo amor e companheirismo

Ao meu orientador Osmar Santos que acreditou em mim, e aos demais professores a quem devo todo o conhecimento adquirido durante o curso

A minha amiga Vera Alves que sempre esteve ao meu lado durante o curso acadêmico

A todos meu muito obrigada!!!

Vera Alves

Agradeço a Deus em primeiro lugar, porque sem ele não teria conseguido

Agradeço a minha querida família, em especial a minha mãe que sempre me apoiou, e aos meus irmãos que acreditam em mim

Agradeço as minha filhas Larissa e Alexandra pela compreensão de minha ausência

Agradeço ao meu Orientador Osmar Santos por me ajudar nessa jornada

Agradeço a minha amiga Fernanda Socorro Bahia pelo companheirismo durante o curso acadêmico

A todos muito obrigada!!!

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

Fernanda Socorro Bahia¹
Vera Alves de Oliveira¹
Osmar Pereira dos Santos²

RESUMO

O protocolo de Manchester, afirma-se atualmente, como ferramenta indispensável para o planejamento e gestão dos serviços de urgência no Brasil e em outros países, classifica os doentes por uma escala de cores; Objetivo: priorizar o atendimento dos doentes, conforme a gravidade clínica com que se apresentam no serviço. Metodologia: neste estudo realizou-se uma pesquisa bibliográfica com caráter exploratório. Resultados: o principal papel do enfermeiro na classificação de risco é a correta atribuição de prioridade aos doentes. Ele tem de se tornar excelente na avaliação rápida, o que pressupõe uma rápida tomada de decisões e uma capacidade adequada de delegação de tarefas. Conclusão: verificou-se ao longo do trabalho a importância do enfermeiro na aplicação da classificação de risco, sendo ele capacitado e direcionado a avaliação do cliente, e não apenas direcionado ao diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Classificação de Risco; Enfermeiro; Emergência.

RISK CLASSIFICATION AS A SERVICE ORGANIZATION IN THE FORM OF EMERGENCY UNIT AND EMERGENCY

ABSTRACT

The protocol of Manchester, it is claimed today as an indispensable tool for planning and management of emergency services in Brazil and other countries, classifies patients by a color scale; Objective: To prioritize the care of patients, according to clinical severity with which they occur in service. Methodology: In this study, we carried out a bibliographical research with exploratory. Results: The primary role of nurses in the risk rating is the correct prioritization of patients. He has to become excellent in rapid assessment, which requires a quick decision-making and adequate capacity of task delegation. Conclusion: it was found throughout the work the importance of nurses in the application of risk classification, being empowered and directed to client assessment, not just directed at diagnosis.

KEY – WORDS: Host; Risk classification; Nurse; Emergency.

¹Acadêmico do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes.

²Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos, Faculdade União de Goyazes; SES/DF.

1. INTRODUÇÃO

O protocolo de Manchester, afirma-se atualmente, como ferramenta indispensável para o planejamento e gestão dos serviços de urgência no Brasil e em outros países, classifica os doentes por uma escala de cores, após uma triagem baseado nos sintomas, de forma a apresentar a gravidade do quadro e tempo de espera para cada paciente. No Brasil os sistemas de triagem foram recomendados pela primeira vez em 2002 na portaria GM 2048 sobre a organização dos sistemas de urgência. Em relação a essa portaria, foi trocado o termo internacional triagem, por classificação de risco, pois não envolve diagnóstico e sim a priorização no atendimento, o que foi reforçado na Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde.

A classificação de risco no serviço de urgência tem como objetivo único priorizar o atendimento dos doentes, conforme a gravidade clínica com que se apresentam no serviço. Além de humanizar o atendimento ao usuário. Pinto Júnior, Salgado, Chianca (2012, apud Freitas, 2002, p. 02) Diz que:

[...] o protocolo foi desenvolvido na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994, por um grupo de profissionais especializados em triagem. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) estabelece uma classificação de risco em cinco categorias. A partir da identificação da queixa principal do usuário pelo enfermeiro, um fluxograma específico, orientado por discriminadores e apresentado na forma de perguntas, é selecionado. Diante da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria existe um tempo, alvo de atendimento, que são, respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos.

A implementação do método aconteceu em outros países como em Portugal, que foi iniciada simultaneamente no Hospital Geral de Santo Antônio e Hospital Fernando Fonseca no dia 18 de outubro de 2000, o que só foi possível graças ao apoio do conselho de administração e centro de formação do Hospital Geral de Santo Antônio e à colaboração do Dr. Antônio Marques, diretor do Serviço de urgência.

No Brasil o método do protocolo de Manchester teve início em Minas Gerais, quando começou a discussão sobre organização de redes integradas de atenção às urgências na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, sob a coordenação do Dr. Eugênio Vilhaça Mendes, foi postulado que era

necessária a definição de um padrão de linguagem para esta rede. Na busca por um sistema que tivesse no seu modelo a reprodutibilidade, segurança comprovada e experiência de utilização como Política de Saúde Pública, chegando ao sistema de classificação de Manchester. O Brasil teve como parceiro o grupo português de triagem (GPT) que implantou o sistema em Portugal (hoje recomendado pelo Ministério da Saúde de Portugal) e que ministrou o primeiro curso no Brasil em 2007, na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais (JUNIOR CORDEIRO & MAFRA, 2010).

Hoje a utilização do sistema Manchester saiu das fronteiras de Minas Gerais e já ganhou espaço em todo o país, a exemplo do que ocorreu na Europa, passou a ser implantado em diversos hospitais e serviços de emergência e urgência. O grupo brasileiro de classificação de risco (GPT) foi constituído no pressuposto de manutenção do padrão internacional para garantir que este sistema se mantenha seguro, não só para o cidadão, mas também para o profissional de saúde que o utiliza. (JUNIOR CORDEIRO & MAFRA, 2010).

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de emergência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento. Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário em cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul.

Este trabalho tem como objetivo compreender a importância da classificação de risco, como forma de organização dos serviços de emergência e urgência nas unidades de saúde. Além disso, analisar os principais motivos que levaram à implantação do Protocolo de Manchester nos hospitais públicos que integram o Sistema Único de Saúde no Brasil.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste estudo realizou-se uma pesquisa bibliográfica com caráter exploratório. Segundo Gil (2008) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são as investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema. Ainda para o autor, o caráter exploratório proporcionar maior familiaridade com o problema.

Houve a busca eletrônica nas bases *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), *Google Acadêmico* e o acervo de livros da Faculdade União de Goyazes para a construção do referencial teórico, no período compreendido entre setembro de 2014 a julho de 2015.

O critério de inclusão foi de corte cronológico, utilizando-se artigos publicados nos últimos 08 anos. Os critérios de exclusão foram os artigos com data inferior a 2008, e os que não tinham nenhuma relação com o tema pesquisado.

Optou-se pela técnica de análise de conteúdo, resultados voltados para os temas ligados ao protocolo de classificação de risco. Os artigos foram selecionados após a leitura inicial dos resumos.

3. Resultados e Discussão

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, normatiza a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos, através Resolução Cofen Nº 423/2012. Que em seu Art. 1º diz: “No âmbito da equipe de enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão” (COFEN, 2012).

O principal papel do enfermeiro na classificação de risco é a correta atribuição de prioridade aos doentes. Ele tem de se tornar excelente na avaliação rápida, o que pressupõe uma rápida tomada de decisões e uma capacidade adequada de delegação de tarefas. As entrevistas com os doentes não devem ser longas e o registro deve ser preciso. As avaliações que demandam muito tempo, tais como a medição da temperatura/pulso, etc., têm de ser deferidas, caso esses valores não sejam necessários para o estabelecimento da prioridade.

Nos serviços de urgência menores, o enfermeiro na classificação de risco avalia todos os pacientes que procuram o serviço. Em outros, pode haver certos enfermeiros para lidar com os pacientes do ambulatório e outros para os que se encontram nas macas.

O método de chegada de pacientes nem sempre correspondem à gravidade das doenças - há pacientes com pequenas queixas que acionam o SAMU e outros com enfarte de miocárdio que chegam pessoalmente ao serviço. Por isso, deve haver uma ligação estreita entre os profissionais, a fim de que todos façam uma classificação de risco adequada.

A chegada repentina de muitos pacientes pode exigir que o enfermeiro solicite a ajuda de outros profissionais. O processo de classificação de risco está integrado na gestão clínica global da maior parte dos serviços e pode ocorrer a solicitação de exames complementares como eletrocardiograma, radiografia e entre outros, bem como o encaminhamento via protocolo clínico.

O enfermeiro na classificação de risco pode ter necessidade de prestar ou facilitar alguns primeiros socorros e identificar a necessidade da administração de analgésicos, se necessário, em conformidade com determinado protocolo

clínico existente no hospital. A aplicação de uma ligadura ou o preparo de um curativo melhora imediatamente o conforto do paciente e ajuda a minimizar o traumatismo ou a hemorragia.

O processo da classificação de risco é o primeiro contato do paciente com um profissional de saúde e a explicação da sua situação e do provável percurso dentro do serviço alivia muitas angústias e ansiedades. Os doentes gostam de saber sobre o tempo de espera, o tempo que provavelmente passará dentro do serviço, se poderão ser solicitados exames e o tratamento provável. Para os casos mais simples, tais informações podem ser fornecidas rapidamente.

O enfermeiro na classificação de risco (desde que haja tempo hábil) pode agir no sentido de disseminar a promoção da saúde. Quando acontece qualquer evento adverso, o paciente encontra-se bastante receptivo aos possíveis conselhos aos cuidados da saúde e o profissional de saúde deve estar preparado para dar alguns conselhos, sempre que possível (por exemplo, quanto ao uso de capacete por motociclistas ou quanto a deixar de fumar). Será útil ter alguns folhetos informativos disponíveis para os doentes.

Muitas vezes, o enfermeiro na classificação de risco tem de decidir para onde encaminhar os pacientes. Esse encaminhamento depende das instalações e das práticas locais. Os pacientes angustiados, com dores, com hemorragias ou muitos idosos ficam melhor alocados em locais afastados da sala de espera comum. Os doentes que precisam ser examinados deitados (por exemplo, os que se encontram com lesões dos joelhos, dores lombares e dores abdominais) devem ser colocados numa área onde possam deitar. Os demais doentes, que podem andar pelo serviço, devem ser colocados no local apropriado. Para conseguir essa separação, o enfermeiro da classificação de risco precisa saber permanentemente qual é a ocupação em cada local e a disposição dos pacientes naquele momento. É fundamental que, como instrumento de gestão, exista no serviço uma política objetiva no que diz respeito ao fluxo de encaminhamento de pacientes, para que este sempre ocorra de forma sistemática, segura e uniforme.

Figura 01 - Quadro 01: Níveis de gravidade em escala de cores e tempo de atendimento, Segundo o protocolo de Manchester

Classificação	Intervenção médica	Reavaliação do enfermeiro	Prioridades
Vermelho - Emergência	Intervenção médica imediata	Cuidados contínuos	Tratamento médico imediato
Laranja - Muito Urgente	10 min	Cuidados contínuos	Muito urgente, o paciente necessita atendimento o mais prontamente possível.
Amarelo - Urgência	Avaliação médica < 30 minutos	A cada 30 minutos	Aguardam atendimento médico prioritário
Verde - Semi-urgência	Avaliação médica < 1 hora	A cada 60 minutos	Aguardam consulta com prioridade em relação ao azul
Azul - Não urgência	Avaliação médica < 2 horas	A cada 2 horas	Atendimento por ordem de chegada

Fonte: Brasil, 2009, *Adaptado*.

A cor vermelha é atribuída aos clientes que apresentam risco eminente de morte. Para melhor compreender quais as circunstâncias que oferecem risco eminente foram citadas as seguintes situações que o cliente pode vir a apresentar: Parada cardiorespiratória, infarto agudo do miocárdio, politrauma, choque hipovolêmico dentre outras.

A cor laranja é atribuída aos clientes que apresentam casos graves com risco significativo de evoluir para morte: trauma crânio encefálico sem perda da consciência, queimaduras menores, dispnéia leve, dor abdominal sem alterações de sinais vitais.

A cor amarela é atribuída aos clientes que apresentam quadro de gravidade moderada, sem risco imediato: cefaléia intensa de início súbito, convulsão, dor torácica intensa, alterações dos sinais vitais em pacientes assintomáticos.

A cor verde é atribuída aos clientes que devem ser encaminhados preferencialmente para as unidades de atenção básica: asma, enxaqueca, dor abdominal sem alterações de sinais vitais, lombalgia intensa.

A cor azul é atribuída aos clientes que devem ser encaminhados para a unidade de saúde mais próxima de sua residência: resfriados, queixas crônicas, contusões, escoriações.

Figura 02 – Quadro 02: Protocolo de Classificação de Risco, segundo a queixa e a clínica apresentada pelo usuário

Cor	Situação /Queixa
<p>Vermelho:</p> <p><i>Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido a necessidade de atendimento imediato</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12; - Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios - Trauma Crânio Encefálico grave – ECG <12 - Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas. - Comprometimentos da Coluna Vertebral. - Desconforto respiratório grave - Dor no peito associado à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso). Perfurações no peito, abdome e cabeça. - Crises convulsivas (inclusive pós- crise) - Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12 - Anafilaxia ou reações alérgicas associadas a insuficiência respiratória tentativas de suicídio - Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia). - Parada cardiorrespiratória - Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático Pulso > 140 ou < 45 PA diastólica < 130 mmHg PA sistólica < 80 mmHg FR >34 ou <10 - Hemorragias não controláveis - Infecções graves – febre, exantema petequeal ou púrpura, alteração do nível de consciência. - Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Vermelhas, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente: <ul style="list-style-type: none"> * Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões * Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente. * Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas. - Fraturas da 1.ª e 2.ª costela. - Fraturas 9.ª, 10.ª, 11ª. Costela ou mais de três costelas - Possível aspiração - Possível contusão pulmonar - Óbitos no local da ocorrência
<p>Laranja:</p> <p><i>Casos muito urgentes que precisam de um atendimento rápido.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento muito urgente, caracterizado por: <ul style="list-style-type: none"> * Infarto, arritmias cardíacas, grandes queimaduras, crise asmática grave, hemorragia incontrolável, entre outros.
<p>Amarelo:</p> <p><i>Pacientes que necessitam de atendimento médico e de</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais. - Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia. - Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15). - Diminuição do nível de consciência.

<p><i>enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental . - História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas. - Dor torácica intensa. - Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes). - Crise asmática. - Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia, taquicardia. - Desmaios. - Estados de pânico, overdose. - Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático <ul style="list-style-type: none"> a. FC < 50 ou > 140 b. PA sistólica < 90 ou > 240 c. PA diastólica > 130 d. T < 35 ou. 40 - História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120. - Epistaxe com alteração de sinais vitais - Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (Taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre) Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais gravidez confirmada ou suspeita Náuseas /Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais - Desmaios - Febre alta (39/40.º C) - Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa - - Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15 - Vítimas de abuso sexual - Imunodeprimidos com febre
<p>Verde: <i>Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idade superior a 60 anos. - Gestantes com complicações da gravidez. - Pacientes escoltados. - Pacientes doadores de sangue. - Deficientes físicos. - Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro. - Impossibilidade de deambulação. - Asma fora de crise. - Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca. - Dor de ouvido moderada a grave. - Dor abdominal sem alteração de sinais vitais.

<p><i>simples – espera até 30 minutos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve. - Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação. - História de convulsão sem alteração de consciência. - Lombalgia intensa. - Abscessos. - Distúrbios neurovegetativos. - Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações). - Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.
<p>Azul: <i>Demais condições não enquadradas nas situações/ queixas acima</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Queixas crônicas sem alterações agudas. - Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos. - Após a consulta médica e medicação o paciente é liberado.

Fonte: Abbês & Massaro. *Adaptado*

Portanto o protocolo de classificação de risco contribuiu positivamente para a organização dos serviços de emergência, por que classifica a gravidade ou não do cliente por cores, com isso o serviço de saúde coloca em prática um dos princípios do Sistema Único de Saúde – O SUS, que é a equidade, priorizando aqueles que necessitam de uma assistência de imediato e de qualidade. Para tanto, a organização do acolhimento em saúde não inclui exclusivamente o protocolo de classificação de risco e a demanda espontânea, mas um conjunto de ações que objetivam dar respostas às necessidades da comunidade. Segundo Brasil (2014) deve, portanto, partir do diagnóstico de problemas e do planejamento em saúde, buscando romper com a ideia do mesmo como uma ação pontual, centrada na doença e nos procedimentos e não no sujeito e em suas necessidades.

Organizar o acolhimento a partir das necessidades dos usuários exige, portanto, que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que tem disponível, pois todas as práticas de saúde da Unidade precisam estar à disposição para serem utilizadas quando necessário. Para isso as equipes precisam de espaço para reflexão e discussão do seu processo de trabalho, para planejarem as ações e definirem o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento, isto é, quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos

profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias (BRASIL, 2014).

No Brasil, o protocolo de classificação de risco tem se mostrado eficiente e de fácil aplicação, além de possibilitar ao Estado o acompanhamento e auditoria relativos ao mesmo. Nesse processo, o Enfermeiro se apresenta como profissional qualificado para atuar como classificador do protocolo, e sua principal responsabilidade é a de se tornar proativo na avaliação rápida e eficiente dos casos de urgência e emergência, desde que salvaguardados os direitos do usuário.

4. CONCLUSÃO

O protocolo de Manchester foi desenvolvido na cidade de Manchester, Inglaterra em 1994, por profissionais especializados em triagem, onde estabelece uma classificação de risco em cinco cores.

Verificou-se ao longo do trabalho a importância do enfermeiro na aplicação da classificação de risco, sendo ele capacitado e direcionado a avaliação do cliente, e não apenas direcionado ao diagnóstico.

A classificação de risco é um instrumento utilizado que busca minimizar os agravos da saúde. Os artigos estudados indicam que a classificação de risco melhora o fluxo de clientes na unidade de emergência.

O principal papel do enfermeiro na classificação de risco é a correta atribuição de prioridade aos doentes, com uma rápida tomada de decisões e capacidade adequada de delegação de tarefas.

O enfermeiro na classificação de risco pode ter a necessidade de prestar e/ou facilitar alguns primeiros socorros em pacientes graves em conformidade com o protocolo clínico existente na unidade em que se encontram.

O processo de classificação de risco é o primeiro contato do paciente com o profissional de saúde, e a explicação da sua situação alivia angústia e ansiedade.

O Enfermeiro pode também (desde que haja tempo hábil), pode agir no sentido de disseminar a promoção a saúde.

Muitas vezes o enfermeiro na classificação de risco tem de decidir para onde encaminhar os pacientes, esse encaminhamento depende das instalações e das práticas locais. É importante que o enfermeiro organize o serviço para priorizar quem mais necessita de atendimento em tempo hábil

A pesquisa visa contribuir para o meio acadêmico, enfermeiros, profissionais de saúde em geral e para aqueles que se interessarem pelo assunto.

5. REFERÊNCIAS

ABBÊS, Cláudia; MASSARO, Altair. **Acolhimento com Classificação de Risco**. [s. d.]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 20/08/15.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048 de 02 de novembro de 2002**. Dispões sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização**. Brasília – DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Como organizar o acolhimento em saúde?** BVS. Atenção Primária a Saúde. Equipe Telessaúde Santa Catarina. 2014. Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRUPO DE TRIAGEM DE MANCHESTER. **Triagem no serviço de Urgência**. 1.ª Edição em português, Dezembro, 2008.

JUNIOR CORDEIRO, W MAFRA, A.A. **Sistema Manchester de classificação de Risco**: Classificação de risco na urgência e emergência. Tradução do livro Emergency Triage/Manchester Triage Group; editado por Kevin Mackway-Jones, Jonet Marsden, Jill Windle, 2ª edição.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

JIMENEZ, J. G. **Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias**: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. *Emergencias* 2003;15:165-174.

HORTALE, V.A, BITTENCOURT RJ. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar**: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009;25(7):1439–54.

MOTA, J. A. C, et al. Classificação de risco em serviços de Emergência: Uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev. Med. Minas Gerais**. 2012.

SILVA M.F N, OLIVEIRA G. N, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mar.-abr. 2014;22(2):218-25.

PINTO JÚNIOR, SALGADO P. O, Chianca TCM. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 20(6):[08 telas] nov.-dez. 2012.