

CURSO DE ENFERMAGEM

Camila da Silva Canto

**O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

SANTA CRUZ DO SUL

2016

Camila da Silva Canto

**O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA**

Trabalho de conclusão apresentado ao
Curso de Enfermagem de Santa Cruz do Sul
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem

Orientador (a): Daiana Klein Weber Carissimi

SANTA CRUZ DO SUL

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2016

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

CAMILA DA SILVA CANTO

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final em, _____

BANCA EXAMINADORA

Anelise Miritz Borges
Prof. Enf Curso de enfermagem

Andrea Fabiane Bublitz
Prof. Enf Curso de Enfermagem

Daiana Klein Weber Carissimi
Prof. Enf Orientadora

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Artigos sobre o papel do enfermeiro frente a classificação de risco.....	14
Tabela 2: Relação dos artigos seguindo objetivos, metodologia, resultados e o papel do enfermeiro.....	15

RESUMO

Desvelar o papel do enfermeiro frente à classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Foi realizada uma pesquisa de revisão integrativa com busca nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o periódico CAPES. Foram selecionados 12 artigos que atenderam os critérios de inclusão. Os resultados evidenciaram que o papel do enfermeiro frente à classificação de risco se remete a tomada de decisões, visando a organização e melhoria do serviço. Tem capacidade de organizar o fluxo conforme a prioridade do atendimento, sendo o mais indicado e apto para realizar a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

Descritores: Classificação de Risco; Protocolo de Manchester; Triagem

ABSTRACT

Unveil the role of nurse front to classification of risk in a service of urgency and emergency. was realized a research of integrative review with search in the bases of data Scientific Eletronic Library Onlile (SCIELO), Literature Latin-American and of Caribbean in science of health (LILACS) and the periodical CAPES. The results demonstrated that the role of nurse front to classification of risk refers to decision-making, aiming to organization and improvement of service, because the professional has the capacity to organize the flow of service according the priority of care, being the professional more indicated and able to perform the classification of risk in a service of urgency and emergency.

Descriptors: Classification of Risk; Protocol of Manchester; Screening

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	01
2	OBJETIVO.....	04
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	05
3.1	Acesso à urgência e emergência.....	05
3.2	Acolhimento.....	06
3.3	Classificação de Risco.....	08
3.4	Protocolo de Manchester.....	09
4	METODOLOGIA.....	11
5	DISCUSSÃO.....	14
5.1	A atuação do enfermeiro frente à classificação de risco.....	19
5.2	Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro.....	21
5.3	O sentimento do enfermeiro frente a classificação de risco.....	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

No Brasil as políticas públicas vêm sendo implementadas com a intenção de reorganizar a rede de atenção à saúde nas diferentes realidades do país. Cabe salientar que a rede de saúde está fragmentada, pois falta recursos, referência e contra referência e muitas vezes uma assistência qualificada, o que conseqüentemente resulta em pouca resolutividade das linhas de atenção disponíveis, fazendo com que haja o aumento de demanda da porta de urgência e emergência, não urgentes e aquelas urgencializadas que resultam no sobre carregamento do serviço. (SANTOS et al 2014)

Visando a organização e a regulação do cuidado ao paciente, foi proposto em 2011 pelo Ministério da Saúde um conjunto de regulações que visam a estruturação da rede de saúde, especialmente a rede de atenção às urgências. (SANTOS et al 2014)

Na década de 90 a início de 2000 as emergências abrangiam todos os tipos de público com os mais variados problemas de saúde. O atendimento ocorria por ordem de chegada, ocasionando maior gravidade em alguns casos e por não ter um protocolo que classificasse a gravidade de cada paciente. Por outro aspecto os profissionais de saúde estão sobrecarregados com a grande demanda ocasionando assim um maior número de atendimentos corriqueiros e mecanizados voltado apenas para o número atendimentos e não para a qualidade de assistência. O não suprimento desses atendimentos pela atenção básica faz com que a unidade de emergência se torne o principal acesso à saúde para a população. (MATSUDA et al,2012)

Ciente dos problemas existentes no sistema, o Ministério da Saúde lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) que aponta o acolhimento e a classificação de risco como mecanismos de mudança no trabalho, atenção e produção de saúde em especial nos serviços de urgência. (SOUZA et al 2011)

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) criada em 2003 pelo Ministério da Saúde é uma política do SUS, também conhecida como HumanizaSUS. A PNH emerge da convergência de três

objetivos centrais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores. A partir desses aspectos a PNH reinventa modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. (BRASIL,2004)

A Cartilha da Política Nacional de Humanização aborda algumas diretrizes específicas por nível de atenção, sendo nas áreas de emergência: Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo ao paciente o acesso referenciado aos demais níveis de assistência. (BRASIL,2004)

Nessa perspectiva cabe ressaltar que acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, sendo construído através da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, assegurando assim que todos sejam atendidos por prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. (BRASIL,2013).

Já o sistema de triagem segundo Acosta et al (2012) têm como objetivo organizar a demanda de pacientes que chegam à procura de atendimentos em serviços de urgências identificando os que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança o atendimento, antes que haja a avaliação diagnóstica e terapêutica completa.

Seguindo o mesmo raciocínio Brasil (2009) ressalta que a classificação de risco é um instrumento que, tem como objetivo ordenar o fluxo de atendimento nos setores de prontos atendimentos, propondo assim que os atendimentos sejam realizados conforme parâmetros clínicos e não por ordem de chegada, o que possibilita diminuição do tempo de espera e qualidade de atendimento

Nesse contexto os profissionais de saúde mais indicados para avaliar e classificar o risco dos pacientes são os médicos e enfermeiros, devido sua

qualificação e capacidade de percepção das necessidades do paciente. (SOUZA,2011)

Conforme Souza et al (2011) as escalas/protocolos mais utilizados para classificar o risco do paciente afim de reorganizar o serviço são: A escala Norte Americana: Emergency Severity Index (ESI), escala Australiana: Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo Canadense: Canadian Triage Aculty Scale (CTAS) e o protocolo Inglês: Manchester Triage System mais conhecido como protocolo de Manchester.

O protocolo de Manchester é o mais utilizado no Brasil sendo este, estruturado por fluxogramas que representam as queixas apresentadas por quem busca os serviços de emergência. O paciente pode ser classificado em um dos cinco diferentes níveis de prioridades: emergência com a cor vermelha com o tempo de espera de zero minutos, muito urgente de cor laranja com o tempo de espera de até dez minutos, urgente de cor amarelo com o tempo máximo de espera de até sessenta minutos, pouco urgente de cor verde com tempo de espera de até cento e vinte minutos e não urgente de cor azul com o tempo de espera de até duzentos e quarenta minutos.(MACKWAY.J 2012 citado por SOUZA et al 2013)

Tendo em vista a importância de promover uma relação profissional – paciente acolhedora e humanizada é o grande desafio para minimizar os conflitos diários em uma unidade de emergência. Acolher e classificar o risco de uma necessidade trazida pelo paciente é um momento tenso da relação que terá como produto a finalidade do trabalho visando discutir as relações de trabalho de profissionais enfermeiros que atuam em sala de acolhimento e classificação de risco, questiona se: Qual o papel do enfermeiro frente a classificação de risco em um serviço de urgência e emergência.

2. OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo é identificar na literatura o papel do enfermeiro frente à classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O acesso à urgência e emergência

Os serviços de urgência funcionam todos os dias durante 24 horas e têm como objetivo diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, o que implica na necessidade de uma equipe de grande porte que esteja sempre de prontidão para garantir esse nível de responsabilidade. Do posto de vista operacional as unidades de urgência e emergência constituem serviços de maior particularidade por ser uma unidade de recursos fixos preparado para receber uma variada demanda. (SANTOS et, al 2014)

Diante desse contexto Pires et al (2014) ressalta que as salas de emergência são constituídas por pacientes graves, equipamentos, equipe multiprofissional com conhecimentos e experiência para operacionalizar a aparelhagem e tratar do paciente.

As urgências e emergências são unidades que provem atendimentos rápidos e eficazes em decorrência do somatório de recursos como: medicações, consultas, exames para diagnósticos e muitas vezes um tratamento imediato.

Porém, esse serviço, importante componente de saúde no Brasil, vem se revelando a cada dia com situações mais caóticas e longas filas de espera. A desarticulação do trabalho da atenção básica com o restante do sistema, justifica essa situação. A relação com hospitais e ambulatórios anda fragmentada, gerando demora e pouca resolutividade. (BRASIL, 2006)

O mesmo autor refere que a situação estabelecida se mostra de maneira equivocada já que a rede básica tem como função acolher e prestar atendimentos aos casos de urgência e menor complexidade, sendo importante ressaltar que os profissionais dessas unidades saibam identificar os casos de maior gravidade e encaminha-los para o serviço de referência. Além disso essas unidades devem ter um espaço munido de medicações e materiais necessários para prestar o primeiro atendimento de emergência em casos que

ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência, até a viabilização da transferência para unidades de maior porte.

Tendo em vista essas características de atendimento, o usuário de saúde tende a buscar alternativas mais rápidas acessando assim as “portas de entrada” das unidades de urgência. (BRASIL,2006)

3.2 Acolhimento

A saúde no Brasil vem sofrendo grandes mudanças com decorrer dos tempos. Em décadas passadas a saúde não era concedida de forma integral para a população, sendo voltada apenas para a cura de agravos à saúde. Tinham acesso apenas as pessoas com registro na carteira de trabalho ou algum vínculo empregatício, fazendo com que grande parte da população brasileira ficasse desassistida tornando cada vez maior mortalidade por patologias simples ou complicações de fácil resolubilidade. (BRASIL,2010)

A população brasileira foi à luta por seus direitos, e em 1988 foi criado o sistema único de saúde que hoje é o maior sistema de saúde do mundo e com maior índice de integralidade. O SUS tem como diretrizes a descentralização, a participação da comunidade e o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais. (KAWAMOTO,2009).

A partir desse fato histórico a saúde no Brasil muda de contexto, resultando na procura da população pelos serviços de saúde. Nesse mesmo aspecto observou se a grande demanda da população nos serviços de urgência e emergência por serem áreas resolutivas e de fácil acesso, o grande impasse é que a maioria dos casos não se enquadram nos serviços de urgência e emergência tornando o atendimento com falhas na assistência.

Tendo em vista os problemas que acometem as portas de entrada no sistema de saúde, em 2003 foi criado pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), com o intuito de reorganizar os serviços de saúde de modo a garantir para a população, atendimento resolutivo, humanizado e acolhedor (COSTA et al,2015)

A PNH visa transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, diminuindo as relações de poder hierarquizadas, se estruturando assim a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. (BRASIL,2004)

Seguindo o enfoque do trabalho, o acolhimento no âmbito de saúde é uma ação técnico assistencial que supõem antecipadamente uma mudança na relação entre o usuário e o profissional, colocando o primeiro como participante ativo no processo de produção de saúde, sendo de suma importância ressaltar que o acolhimento deve abranger os problemas de recepção de demanda fazendo a junção às diretrizes clínica ampliada, co-gestão, ambiência e valorização do trabalho em saúde que são inseridos na política nacional de humanização com o intuito de mudança no processo de trabalho e gestão de serviços. Nesse mesmo contexto é importante destacar que o acolhimento consiste em uma importante ferramenta para humanizar o cuidado, pois o mesmo através da comunicação aproxima a equipe de saúde aos usuários aumentando o vínculo dos mesmos resultando assim em uma assistência qualificada. (MATSUDA et al, 2012)

O acolhimento deve garantir a resolubilidade dos casos, visando solucionar efetivamente o problema do usuário, mas para isso o acolhimento deve ser visto como mais que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada e sim um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para o seu enfrentamento, ampliando, assim a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários reduzindo a centralidade das consultas médicas e utilizando o potencial dos demais profissionais.(GUEDES,et al 2013).

O acolhimento traz mudanças benéficas não apenas para o usuário mas também para o processo de trabalho dos profissionais de saúde, tendo a enfermagem grande contribuição nesse processo, fortalecendo sua atuação na consolidação do acolhimento como prática de transformação do processo de trabalho. Para que esse processo ocorra de forma integral os profissionais de enfermagem devem estar amparados, sensibilizados e assistidos para que o processo de acolhimento esteja presente em toda e qualquer ação da enfermagem e não apenas em um local específico.

Diante disso cabe ressaltar que esse processo exige dos profissionais, especificamente do enfermeiro a capacidade de discernir no olhar a ele concedido a percepção da pluralidade das ações que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta e à flexibilidade demonstrando destreza, agilidade, habilidade e principalmente capacidade para estabelecer prioridades e intervir de forma consciente e segura no atendimento ao ser humano (GUEDES, et al 2013).

Diante a realidade das unidades de urgência e emergência brasileiras, e, afim de auxiliar os profissionais engajados no acolhimento, a estabelecerem prioridades frente ao atendimento de forma correta, a Política Nacional de Humanização (PNH) vislumbrou ampliar o acesso, reduzir filas e tempo de espera propondo o acolhimento com classificação de risco que tem como objetivo a identificação de pacientes e ordenação dos atendimentos de acordo com a complexidade de cada caso (COSTA et al 2015).

3.3 Classificação de Risco

Ciente dos problemas que ainda vinham a acometer os serviços de saúde, o Ministério da Saúde lança, em 2004, a Cartilha da Política Nacional de Humanização, onde aborda como dispositivo de mudança do trabalho em saúde o acolhimento com classificação de risco sendo assim necessário a elaboração de pactuações internas e externas que possibilitem a viabilização do processo com a construção de fluxos por grau de risco. (BRASIL,2009)

Segundo Brasil (2009) a ferramenta do fluxograma analisador é bastante útil pois trata de fazer o desenho dos fluxos percorridos pelos usuários desde sua entrada no processo, etapas percorridas e sua saída possibilitando à equipe identificar os problemas percorridos em cada etapa.

Desta forma, o mesmo autor, ressalta:

“A importância de um sistema que transcenda à lógica de atendimento por ordem de chegada e se diferencia de outros sistemas de classificação de risco por se fundamentar no fortalecimento de vínculo entre usuários e trabalhadores por meio de escuta qualificada”. (COSTA,2015 pág. 492)

Sob este mesmo enfoque Souza et al (2011) ressalta que a escuta é o princípio, e a disposição para escutar é o requisito par começar uma relação acolhedora com o usuário pois através disso é que se pode garantir um

processo de classificação de risco humanizado e com maior acesso da população aos serviços, atingindo assim o objetivo central do SUS que é a assistência qualificada ao usuário.

O acolhimento com classificação de risco é um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de urgência, pois permite diversas mudanças nas práticas realizadas na unidade sendo considerado também um importante instrumento na construção das redes de atenção, pois contempla e favorece a participação e envolvimento dos gestores, trabalhadores e usuários garantindo assim maior legitimidade ao processo. (BRASIL,2009)

Subjacente a ideia de Brasil (2009), Costa et al (2015) em relação aos casos de não urgência que acometem as portas de entrada do serviço, destaca se que o acolhimento com classificação de risco também deve ser utilizado para o encaminhamento dos casos que não são emergenciais, em consonância com os princípios do Humaniza SUS de pactuar a ordenação do atendimento e casos de menor complexidade através de uma rede de referência e contra referência.

Outro importante aspecto na classificação de risco, além dos fluxogramas, é a existência de protocolos, que padronizam e respaldam o trabalho das equipes, tornando a classificação de risco mais segura tanto para o paciente quanto para os profissionais de saúde. (SOUZA,2011)

3.4 Protocolo de Manchester

O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária para a avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada paciente que procura as unidades de emergência. (BRASIL, 2009)

Sua construção se dá a partir do perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, é visto como uma oportunidade de facilitação da interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da urgência. Nesse aspecto cabe destacar que o Ministério da Saúde preconiza que os protocolos sejam semelhantes nos serviços de uma mesma região, buscando assim facilitar o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento. (BRASIL,2009).

Ainda neste enfoque ressalta-se que os protocolos não devem substituir a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim o acolhimento do paciente e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento.

Souza et al (2011) ressaltam que o enfermeiro tem sido o profissional mais indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes porém deve ser orientado por um protocolo orientador.

Dentre os protocolos existentes no mundo pode se citar quatro: *Emergency severity Index* (ESI) mais conhecido como escala norte americana, *Australasian Triage Escala*(ATS) – escala Australiana, *Canadian Triagen Acuity Scale* (CTAS)-protocolo canadense e o mais conhecido aqui no Brasil *Manchester Triage System* que é o protocolo inglês mais conhecido como protocolo de Manchester.(Souza et al 2011).

O protocolo de Manchester tem esse nome por ter sido criado na cidade de Manchester na Inglaterra em 1997, por um grupo de especialistas em triagem. O mesmo é estruturado por fluxogramas representando as principais queixas apresentadas pelos pacientes que procuram o serviço, diante disso o paciente é classificado em um dos cinco níveis de prioridades vermelho, laranja, amarelo, verde e azul recebendo assim uma pulseira que indica o a gravidade do caso, e o tempo de espera que pode ser de 0 minutos a 240 minutos, sendo também estabelecido o tempo reavaliação do profissional enfermeiro. (SOUZA et al 2013)

Entre os protocolos citados, o Protocolo de Manchester é o mais utilizado no Brasil, nesse sentido Minas Gerais foi o estado pioneiro a utilizar o protocolo visando direcionar e padronizar a classificação de risco. (SOUZA et al, 2011)

4. METODOLOGIA

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica, pois ela permite a inserção de diversos estudos facilitando a compreensão completa do estudo analisado. Esse tipo de revisão permite a combinação de dados da literatura teórica e empírica, incorporando um amplo leque de propósitos.³

Para operacionalizar essa revisão, seguimos os passos a seguir: seleção da questão temática, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

As buscas nas bases de dados foram realizadas em três dias consecutivos. Em todas as bases de dados foram utilizados os descritores: *classificação de risco, triagem, protocolo de Manchester*. Após o levantamento de todos os artigos, avaliou-se criteriosamente o resumo de cada publicação, procurando encaixá-los nos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os trabalhos selecionados, posteriormente, foram resgatados e lidos na íntegra.

Visando assegurar uma ampla abrangência desta revisão, foram consultadas as seguintes bases: LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library) e o periódico CAPES. O levantamento compreendeu o período de 2006 a 2016. Tal período de tempo objetivou traçar um perfil das publicações na tentativa de recuperar uma amostra significativa de trabalhos produzidos a respeito do tema.

Para esta revisão, foram utilizados como critérios de exclusão publicações, como: teses, dissertações, resenhas, livros e capítulos de livros. Já como critérios de inclusão, destacam-se: artigos publicados em português; e, ainda, empíricos, teóricos e de revisão acerca do tema. Os resumos condizentes com os critérios adotados foram selecionados, partindo-se então para a busca dos trabalhos completos disponíveis online.

Iniciando as buscas nas bases de dados obtiveram-se os seguintes resultados: Utilizando os descritores compostos "*classificação de Risco or triagem or Protocolo de Manchester*" obteve-se 15 artigos na base de dados

LILACS sendo que nenhum abordava o tema proposto, na base de dados SCIELO não foi encontrado nenhum artigo, assim como no periódico CAPES.

Com o descritor “*Protocolo de Manchester*” na base de dados SCIELO foram encontrados seis artigos sendo que nenhum se enquadrava no assunto definido da pesquisa. Na base de dados CAPES foram encontrados cinco artigos sendo utilizado apenas um, já que os demais não abordavam o assunto estipulado, e na base de dados LILACS foram encontrados 12 artigos sendo que quatro eram em inglês, cinco eram teses e três não se enquadravam no assunto designado.

Com o descritor “*Classificação de Risco*”, na base de dados SCIELO obteve-se 590 resultados, sendo que 280 eram inglês, 24 espanhol, 72 estava fora dos anos estipulados, resultando 238 artigos, sendo utilizado apenas três por estar dentro do tema proposto. Na base de dados do LILACS foram encontrados 154 resultados sendo 36 eram inglês, três espanhol, nove estavam fora do ano estipulado, resultando 113 artigos, sendo utilizados apenas sete. Já na base de dados CAPES foram encontrados 117 resultados, sendo 62 em inglês, 11 em espanhol e uma tese, resultando em 87 artigos, sendo que apenas um estava dentro do tema proposto e já havia sido utilizado.

Com o descritor “*triagem*” na base de dados SCIELO foram encontrados 1.395 resultados sendo que 681 eram inglês, 40 espanhol, e 328 não se encaixavam no ano estipulado, obteve-se 732 artigos sendo que somente um se enquadrava no assunto designado e já havia sido utilizado com o descritor “*classificação de risco*”. Na base de dados LILACS obteve-se 2.412.097 resultados sendo que somente 15.857 se enquadravam nos critérios de inclusão: ser artigo escrito em português e ter sido publicado entre 2006 e 2016. Foram lidos todos os títulos e somente um trabalho foi selecionado por estar dentro do assunto proposto. Já na base de dados CAPES obteve-se 1.337 resultados, sendo que 308 estavam dentro dos anos estipulados, 909 eram artigos, e 593 estavam na língua portuguesa. Foram obtidos 556 artigos, após leitura de todos os títulos encontrou-se apenas um dentro do assunto definido e já havia sido utilizado com o descritor “*classificação de risco*”.

Para a caracterização dos estudos selecionados, foram desenvolvidas duas tabelas, fazendo uma síntese dos principais dados do estudo. Cabe

ressaltar que para a construção do estudo, foram respeitados os preceitos éticos e as ideias centrais de cada autor dos artigos analisados.

A apresentação dos dados e discussão foi feita de forma descritiva, a fim de proporcionar maior entendimento e aplicabilidade do tema proposto.

5. DISCUSSÃO

A amostra final foi constituída por 12 artigos relacionados ao tema central desse estudo, sendo oito artigos da base de dados LILACS, três da SCIELO e um do periódico CAPES. Os artigos dessa revisão foram referenciados com números de um a doze e apresentados na Tabela 1, que informa o título da pesquisa, o periódico e o ano.

Tabela 1: Artigos sobre o papel do enfermeiro frente a classificação de risco

	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO	ANO
1	Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste REV- RENE	2014
2	Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste REV- RENE	2012
3	Classificação de risco pela enfermeira: uma revisão de literatura	Revista Baiana de Enfermagem	2012
4	Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa	Revista Gaúcha de Enfermagem	2012
5	O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura	Portal de Revistas Enfermagem	2012
6	Sufrimento no trabalho de enfermagem, reflexos do “discurso vazio”, no acolhimento com classificação de risco.	Escola Anna Nery	2011

7	O Protocolo de Manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro	Revista da Universidade do Rio Verde	2014
8	Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências	Revista da Rede de enfermagem do Nordeste REV- RENE	2014
9	Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste REV- RENE	2016
10	Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro	Revista Mineira de Enfermagem	2008
11	Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem	Revista Mineira de Enfermagem	2012
12	Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro	Ciência, Cuidado e Saúde	2011

Fontes: SCIELO, LILACS e CAPES

Para análise e posterior síntese dos artigos que atendessem os critérios de inclusão, foi necessário criar uma tabela que contemplasse alguns dados relevantes, a fim de exprimir de forma sucinta o panorama geral de cada trabalho científico. A tabela 2 é composta pelos objetivos de cada artigo, metodologia, resultados, e papel do enfermeiro.

Os estudos incluídos na pesquisa de revisão integrativa consistiram em: sete pesquisas qualitativas, quatro revisões de literatura e um relato de experiência.

Tabela 2: Relação dos artigos seguindo objetivos, metodologia, resultados e o papel do enfermeiro.

	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS	PAPEL DO ENFERMEIRO
1	Avaliar a percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento	Estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, questões abertas respondidas por escrito e após submetidos à técnica de análise temática	Indicam que a classificação de risco contribui para a organização do fluxo de atendimentos, intervindo nos casos graves e evitando sequelas.	Organizar o serviço e o fluxo de pacientes; assim como a priorização dos casos mais graves e encaminhar os casos menos graves para as redes de atenção à saúde.
2	Identificar o entendimento de enfermeiros acerca da humanização e sua concepção sobre acolhimento e classificação de risco	Pesquisa qualitativa, descritiva realizada através de entrevista semiestruturada, sendo após submetidos a análise de conteúdo de Bardin.	Há necessidade dos sujeitos se aprofundarem nas preconizações da Política Nacional de Humanização.	Capacitar a equipe de enfermagem acerca da humanização afim de possuir autonomia e gerencia a equipe.
3	Analisar a produção científica publicada entre 2004 a 2010 sobre a enfermeira e o acolhimento com classificação de risco no Brasil.	Revisão de literatura, de artigos entre 2004 e 2010 com os descritores: cuidados de enfermagem, acolhimento, triagem, serviço hospitalar de emergência. Nessa pesquisa foram utilizado as base de dados: Scielo, Lilacs, BDenf.	Na maioria dos trabalhos, a prática da enfermeira no acolhimento com classificação de risco é benéfica, pois garante assistência imediata ao paciente.	Minimizar a ansiedade do paciente através da comunicação interpessoal, elaborar protocolos institucionais que estabeleçam critérios de avaliação.
4	Identificar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as atividades dos enfermeiro na classificação de risco nos	Revisão integrativa, com busca na base de dados Science Direct, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino americana do	Os resultados evidenciaram que as principais atribuições deste profissional são a avaliação do estado de saúde do usuário e a	Tomada de decisões, orientar os pacientes com queixas não urgentes à serviços ambulatoriais.

	serviços de urgência	Caribe em ciências da saúde(LILACS) e(SCIELO)	tomada de decisão.	
5	Discutir o papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências de forma contextual e reflexiva .	Análise de literatura sobre escalas de triagem estruturada em emergência hospitalar e da organização o trabalho.	O enfermeiro com a intenção de dar respostas às demandas do usuário possibilita a sua entrada no sistema de emergência.	Coordenar o fluxo de pacientes, orientar recursos médicos, tomada de decisões, garantir a melhoria do serviço.
6	Conhecer as vivências dos trabalhadores de enfermagem acerca do acolhimento com classificação de risco para o atendimento em emergência	Pesquisa qualitativa que utilizou como fonte de informações os registros institucionais, cenas de atendimentos observadas e registradas. Após as informações foram submetidas a análise de conteúdo.	Achados evidenciaram a necessidade de atenção aos trabalhadores a fim de protegê-los do possível adoecimento e do sofrimento no trabalho.	Orientar ao paciente sobre o serviço de saúde certo ao seu caso, ser resolutivo.
7	Analisar os princípios e motivos que levaram à implantação do Protocolo de Manchester nos hospitais públicos que integram o Sistema Único de Saúde(SUS)	Estudo de caráter bibliográfico por meio da busca eletrônica nas bases Scientific Eletronic Library Online(SCIELO),Biblioteca virtual em Saúde(Bireme) e Google acadêmico no período entre setembro de 2011 a março de 2012.Encontrou-se 10 artigos e após realizou-se análise de conteúdo.	No Brasil o Protocolo de Manchester tem se mostrado eficiente e de fácil aplicação nos casos de urgência e emergência.	Realizar capacitações contínuas, e manter-se sempre atualizado
8	Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a realização da classificação do risco nos serviços de urgência.	Estudo qualitativo em que foram incluídos 11 enfermeiros. Foi utilizado um entrevista semiestruturada para na tomada de informações e após se utilizou o referente teórico proposto por Bardin.	Para os enfermeiros a classificação de risco é vista como um instrumento de organização do trabalho.	Organizar o fluxo e classificar o risco do paciente

9	Desvelar sentimentos de enfermeiros que realizam o acolhimento com avaliação e classificação de risco em um pronto-socorro de um hospital público.	Pesquisa qualitativa em que foram entrevistados 12 enfermeiros, os dados foram analisados, categorizados e discutidos segundo o referencial teórico da psicodinâmica do trabalho.	Os enfermeiros manifestaram sentimentos de satisfação, assim como sentir medo, estresse, cansaço, devido ao ritmo acentuado do trabalho.	Dar suporte ao técnico de enfermagem para realizar a triagem, escutar e orientar o paciente, realizar cuidados de enfermagem durante a avaliação.
10	Relatar a experiência da atuação do enfermeiro no processo de acolhimento com classificação de risco.	Relato de experiência de uma unidade de pronto atendimento, onde apresentou-se um observatório do sistema de saúde, fornecendo dados reais dinâmicos e consistentes sobre o funcionamento da rede.	Os resultados são inúmeros destacando-se a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade/gravidade de cada caso.	Realizar o exame físico e anamnese, classificar o risco
11	Avaliar o acolhimento com classificação de risco, implantado no serviço de emergência de um hospital de ensino público.	Estudo transversal de natureza qualitativa, os dados foram coletados por meio de uma escala do tipo Likert composta por 21 questões, pautadas nas dimensões estrutura, processo e resultados.	O acolhimento com classificação de risco não atende a todos os objetivos da humanização.	Capacitar a equipe, orientar o fluxo de atendimento e encaminhar o usuário
12	Relatar a atuação do enfermeiro no processo de implantação do acolhimento com classificação de risco (ACCR) no Hospital Universitário Regional de Maringá-PR.	Relato de Experiência, a coleta de dados ocorreu durante a implantação do ACCR (03/2008 a 12/2010). As informações foram registradas em diário de campo e se referiam a debates, rodas de conversas, dinâmicas de grupos e oficinas de implantação do ACCR, nos quais os trabalhadores interagiram diretamente com os pesquisadores.	Conclui-se que no serviço investigado a atuação do enfermeiro no processo de implantação do ACCR foi fundamental, e apesar do dispositivo ainda necessitar de alguns ajustes.	Realizar oficinas de sensibilização e treinamento, realizar mudanças na ambiência, promover ações gerenciais que visem a humanização, realizar capacitações.

No que diz respeito aos conteúdos dos artigos evidenciou-se que a produção do conhecimento sobre as atividades do enfermeiro frente à classificação de risco aborda de forma geral três categorias: A atuação do enfermeiro frente à classificação de risco, as dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro que atua na classificação de risco e os sentimentos do enfermeiro frente à classificação de risco.

Em relação a atuação do enfermeiro observou-se que todos os artigos abordam de alguma forma a atuação dos mesmos, as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros são citados em três artigos (1,3,8) e os sentimentos do enfermeiro classificador são enfatizados em três artigos (5,6,9).

5.1 A atuação do enfermeiro frente à classificação de risco

A classificação de risco consiste em uma ferramenta que propõem ordem no atendimento, tendo como objetivo garantir o atendimento imediato ao usuário com risco iminente de morte, assim como informar aos pacientes a não ocorrência de risco, e ainda o tempo de espera para o atendimento de cada paciente e também seus familiares (BRASIL,2009)

Deste modo cabe ressaltar que é uma atividade de total responsabilidade do enfermeiro, por exigir maior conhecimento científico quanto aos riscos que os pacientes estão acometidos (COSTA,2015)

O enfermeiro para atuar na classificação de risco deve cumprir com alguns requisitos como: possuir conhecimento teórico^(5,9) e habilidades pessoais, ser experiente⁽⁴⁾, ágil⁽⁴⁾, ter tomada de decisões⁽⁴⁾, organizar o serviço e o fluxo^(1,6,8,11), capacitar a equipe de enfermagem^(2,7,8,11), realizar cuidados de enfermagem durante a avaliação^(2,10), promover ações gerenciais que visem a humanização^(3,12) e principalmente estar sempre se atualizando⁽⁷⁾.

Porém, com relação a experiência do profissional, um artigo (Artigo 5) aborda que não há evidências significativas entre a experiência profissional e a tomada de decisões na classificação de risco, pois segundo o autor vários fatores além da experiência, podem ser responsáveis pelas decisões dos profissionais.

Em contrapartida, outro autor afirma que os profissionais que atuam na classificação de risco devem possuir um tempo considerável de atuação em emergências ou receber o devido treinamento para atuação no sistema (JÚNIOR,2012)

Os artigos 4 e 10 descrevem em etapas como deve ser a atuação do enfermeiro frente a classificação de risco. Para a avaliação do paciente, o autor sugere, primeiramente, a coleta de dados baseando na escuta dos antecedentes clínicos do paciente, assim como a queixa principal, após, realiza-se o exame físico visando identificar o reconhecimento de padrões anormais. A partir da realização da coleta de dados e do exame físico o enfermeiro pode então realizar a tomada de decisões em que a escuta qualificada e o julgamento clínico do paciente induz ao raciocínio lógico que determinará a priorização do atendimento.

Cabe ressaltar que a cada dia os hospitais do Brasil vêm implantando protocolos para auxiliar os enfermeiros a classificar o risco, visando segurança do paciente e respaldo aos profissionais (SOUZA,2011).

O Protocolo de Manchester é o mais utilizado no Brasil, caracterizado por conceitos internacionais; o mesmo tem como objetivo padronizar o atendimento das emergências ao estabelecer a necessidade de preferência do atendimento a partir da condição clínica do paciente. Para desenvolver atividades frente ao protocolo os enfermeiros necessitam de capacitação específica em protocolos informatizados (Artigo 7).

Cabe ressaltar que para realizar a implementação do Protocolo de Manchester são necessárias capacitações, acompanhamento e auditorias, além do cumprimento de algumas etapas primordiais para a implantação do sistema(GRUPO BRASILEIRO DE CR,2013).

O mesmo estudo (Artigo 7) aborda a resistência dos profissionais frente ao protocolo, pois o mesmo é repleto de novos conceitos que resultam em mudanças de paradigma, além do longo tempo de serviço profissional que o protocolo retém.

Nesse aspecto, pode se observar que o Protocolo de Manchester é informatizado, porem direciona a classificação de risco em todos os serviços de urgência e emergência (SOUZA,2011).

Em virtude de ser um protocolo informatizado, os enfermeiros encontram algumas dificuldades frente a classificação de risco, assim como pontos positivos que auxiliam em seu processo de trabalho (4,7,8).

5.2 Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro

A classificação de risco facilita o trabalho do enfermeiro, pois segundo o Artigo 3, permite estabelecer uma previsão de atendimento aos usuários, assim como institui uma estratégia organizacional do serviço de emergência.

A classificação de risco é um processo dinâmico, de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde, assim como o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço (SOUZA,2011).

O Protocolo de Manchester é visto como uma forma de contribuição para o trabalho do enfermeiro, pois o mesmo direciona a prática clínica do profissional gerando maior segurança ao paciente (Artigo 8).

Neste contexto, outro autor retrata o mesmo, quando refere que os fluxogramas são importantes ferramentas de trabalho quando usados e inseridos corretamente no processo de classificação de risco, pois tem o intuito de promover uma ampla reflexão da equipe sobre o processo de trabalho (BRASIL,2009).

Porém os enfermeiros enfrentam também algumas dificuldades ao atuarem na classificação de risco, que muitas vezes não são geradas dentro das unidades de urgência e emergências e sim nas unidades básicas de saúde, a falta de referência e contra referência é o principal, destacando também os pacientes que buscam as emergências orientadas pelas unidades básicas de saúde por problemas que podiam ser resolvidos no próprio local. Essa conduta resulta no aumento do fluxo dos pacientes que não se remetem as urgências e emergências (Artigo 8).

O desconhecimento da população e a baixa resolutividade da rede de atenção primária podem contribuir com o aumento da demanda espontânea nas unidades de emergências, pois nesse contexto a alta demanda desses

pacientes sem o encaminhamento adequado para as unidades de saúde de menor complexidade assistencial, muitas vezes leva o profissional de saúde a desenvolver a classificação de risco em meio a um ambiente complexo, cercado de demandas que não são prioridades dos serviços de urgência resultando em um espaço de tensão (COSTA, 2015).

O não conhecimento do Protocolo de Manchester pelos outros membros da equipe também é citado como dificultador do trabalho do enfermeiro, pois segundo os Artigos 1,8 alguns médicos não entende o motivo da classificação de risco, não concordando com a classificação, acabam atendendo o paciente pelo horário em que chegou e não pela cor estipulada no Protocolo de Manchester.

Em relação aos fluxogramas, a discussão e o entendimento dos mesmos são indispensáveis para obter resultados positivos no controle à demanda e a priorização dos agravos para o atendimento (COSTA, 2015).

Visto as dificuldades que os profissionais classificadores de risco são submetidos, assim como suas percepções sobre as contribuições que a classificação de risco pode proporcionar, surge a necessidade de abordar sentimentos desse profissional frente a classificação de risco

5.3 O sentimento dos enfermeiros frente a classificação de risco

Dentre os sentimentos relatados pelos profissionais o prazer é um deles, pois as práticas no acolhimento com avaliação e classificação do risco os proporcionam maior aproximação do profissional ao paciente contribuindo então para suprir as necessidades de saúde dos mesmos. Nesse contexto os enfermeiros também relatam sentir satisfação por realizar o cuidado de enfermagem frente à classificação e risco, pois se sentem autônomos ao agilizar o atendimento dos pacientes mais graves (Artigos 5,9).

O profissional que classifica o risco, promove autonomia, administração do local, assim como humanização e um atendimento de qualidade almejado pelo paciente(JÚNIOR,2012)

A frustração, estresse e cansaço são sentimentos citados pelos profissionais, principalmente pelo motivo das superlotações de pacientes que

não necessitam ser atendidos pelas unidades de urgência e emergência. As dificuldades para enfrentar situações de violência também são citadas pelos profissionais, já que os profissionais remetem sofrer algum tipo de violência ao realizar a classificação e risco (Artigo 9).

Desta forma cabe salientar, que os profissionais de saúde que exercem sua função no acolhimento e classificação de risco, podem vir a apresentar sofrimento no trabalho muitas vezes por desempenhar suas atividades em um ambiente complexo, cercado de demandas que não se referem à finalidade do trabalho (GUEDES,2013).

O Artigo 6 aponta o sofrimento do profissional ao reconhecer seu discurso vazio com os pacientes sobre o funcionamento das redes básicas de saúde, pois, por mais que os mesmos atendam e realize a orientação sobre o serviço de saúde correto para o paciente, os mesmos sabem da realidade como a falta de: medicações, resolutividade e principalmente de referência e contra referência.

Há necessidade da rede primária de dar mais resolubilidade aos casos, melhorar a articulação com os diferentes níveis de assistência, promover treinamento permanente a equipe assim como adequar a estrutura gerencial e funcional desses serviços (COSTA, 2015).

Para atuar na classificação e risco rodeado desses sentimentos, cabe aos enfermeiros o revezamento de seis em seis horas, não sobrecarregando os mesmos da cansativa tarefa que é classificar (Artigo 9).

Porém, outro autor expressa que não há pesquisas que evidencie o tempo necessário de permanência do enfermeiro em tal atuação (DURO 2012).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos estudados nesta revisão permitiram identificar e analisar as evidências disponíveis no período de 2006 a 2016, relacionados a atuação do enfermeiro frente a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

Em relação ao papel do enfermeiro frente à classificação de risco, os artigos destacaram a tomada de decisões como a principal função do enfermeiro classificador. Assim como obter alguns requisitos como: conhecimento teórico, agilidade, ser resolutivo e principalmente garantir a melhoria do serviço.

Constatou-se que a classificação de risco proporciona algumas contribuições na vida do profissional como a estratégia organizacional que o enfermeiro adquire, melhorias no gerenciamento atribuída ao Protocolo de Manchester que estabelece a priorização dos atendimentos. Como dificuldades, o excesso de demanda não relacionado à emergência ganha destaque.

Outro aspecto relevante da pesquisa foram os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro classificador, que nos mostra que o profissional sente prazer e satisfação ao classificar o risco, pois prevalece a autonomia dos mesmos durante essa função. Nesse contexto os mesmos relatam cansaço, frustrações e estresse devido ao ritmo intenso de trabalho, medo e dificuldades frente a situações de violência dos pacientes.

Dessa forma, para atuar na classificação de risco, rodeado de tais sentimentos, cabe aos profissionais enfermeiros revezarem tal função, não se sobrecarregando, e evitando doenças relacionadas ao trabalho.

REFERENCIAS

ACOSTA MA, Duro CL, Lima MA. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, Revisão Integrativa. Rev Gaúcha de enfermagem 2012. Link:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023 acessado em 02/11/16 às 13:30.

BRASIL. Ministério da saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização, documento base de gestores e trabalhadores do SUS. 1ª ed. Brasília, 2004. Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf acessado em 15/03/2016 às 15:10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. acessado em 17/03/2016 às 16:14.

BRASIL. Ministério da saúde. Política Nacional de atenção às urgências. 3ª ed. ampl. Brasília. Ministério da saúde. 2006 (Série E legislação saúde) Link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf acessado em 20/03/2016 às 17:30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 [acessado: 20/03/2016 às 8:40] Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf

COSTA, Ramos.M et al. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de serviços Hospitalares de Emergência. Escola Anna Nery, 2015. Link: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0491.pdf> acessado em 02/04/16 às 13:18.

DURO CL. et al. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. Rev Rene. 2014. Link: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/106865/000938073.pdf?sequence=1> acessado em 28/10/16 às 18:30

DURO CL. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências. [tese]. Porto Alegre RS, 2012. 37p. Mestrado em enfermagem.

DURO CL, Lima MA. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. Portal Revistas de enfermagem 2012. Link:

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3132/718> acessado em 03/11/16 às 10:15 .

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco 2013.[acessado em 10/04/2016 às 22:00].Disponível : <http://gbc.org.br/services/implantation> acessado 10/04/2016 às 22:00.

Guedes VM, Henriques CA, Lima MM. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. Rev. Brasileira de Enfermagem 2013. [acessado em 25/05/16 as 12:30] Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a05.pdf>

JÚNIOR AP, Matsuda ML Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação do risco e uso do fluxograma analisador .Texto e Contexto enfermagem 2012.[acessado em 26/11/16 as 18:40]Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100025.

JÚNIOR jp, Matsuda ML. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar e emergência: atuação do enfermeiro. Ciência, Cuidado e Saúde 2011. Link: Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar e emergência: atuação do enfermeiro. Acessado em 03/11/16 às 15:20.

KAWAMOTO, Emilia E. et al. Enfermagem comunitária. São Paulo 2009

MATSUDA, Misue L. et al. Implantação do Sistema Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso de Fluxograma Analisador. Florianópolis, 2012. Link: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf> acessado em 19/03/2016 às 1:13.

MATSUDA ML, Junior JÁ. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. Rev Mineira de Enfermagem 2012. Link: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/545>. Acessado em 03/11/16 as 09:17.

OLIVEIRA FR, Silva AM, Costa CA. Classificação de Risco pela enfermeira: uma revisão da literatura. Ver Baiana de Enfermagem 2012. Link: portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5464 acessado em 03/11/16 às 14:30.

PAI, Dal. D, et al. Sofrimento no trabalho de enfermagem: Reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. Escola Anna Nery. 2011. Link:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300012 acessado em 12/05/16 às 15:00.

PIRES, Baccarini M. et al. *Emergências Médicas*. 1ed. Rio de Janeiro 2014

Santos, NM. *Urgência e emergência na prática de enfermagem*. Porto Alegre. Volume I, 2014.

SAKAY MA, Rossaneis MA, Haddad MC, Sardinha SD. Sentimento de enfermeiros no acolhimento e classificação de risco em pronto socorro. *Rev RENE* 2016. Link: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3007> acessado em 03/11/16 às 08:00.

SOUZA RS, Bastos Antonni Ribeiro. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado pelo profissional enfermeiro. *Rev. Mineira de Enfermagem* 2008. Link: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/304>. Acessado em 02/11/16 às 13:10.

SOUZA, Chaves C. Diagnóstico e enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II prioridade do Protocolo de Manchester. *Revista Escola da Enfermagem-USP*. São Paulo 2013. Link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601318 acessado em 18/05/2016 às 17:49.

Souza CC, Toledo DA, Tadeu FL, Chianca CT. Classificação de risco em pronto socorro: concordância entre protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev. Lat-Am enfermagem*. 2011, [acessado em 15/05/2016 às 13:18] .Disponível em: [ww.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf).

SOUZA CC et al. Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgência. *Rev Rene* 2014. Link: <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2016/trabalho-1000022332.pdf> . Acessado em 03/11/16 as 14:15.

Souza TM. *Revisão Integrativa: Como é? Como Fazer?* .Einstein 2010. [Acessado em 10/11/16] Disponível em : http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf

TEIXEIRA AV, Oselame BG, Neves BE. O Protocolo de Manchester no Sistema Único de Saúde e a atuação do enfermeiro. *Rev da Universidade de Rio Verde* 2014. Acessado em 02/11/16 às 06:30.

ZEM KK, Montezeli HJ, Peres MA. Acolhimento com classificação de risco: Concepção de enfermeiros de um pronto socorro. *Rev Rene* 2012. Link: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-679884> acessado em 01/11/16 às 07:15