



CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

CONSULTORIA E ASSESSORAMENTO LEGISLATIVO

ESTUDO TÉCNICO ¹
Nº 12/2015/CAL/MD/CMRJ

Dezembro/2015

Assunto: Acolhimento com Classificação de Risco na Rede de Atenção às Urgências

Coordenação:

Maria Cristina Furst de F. Accetta
Consultora-Chefe da Consultoria e Assessoramento Legislativo

Editoração:

Carlos Albuquerque Lemos

Autor:

Chirlei Matos Santos
Consultor a Legislativa em Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social

¹ COPYRIGHT DA CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

© 2015 Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Este trabalho é de inteira responsabilidade de seus autores, não representando a opinião da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, nem dos seus parlamentares. São vedadas a venda, a reprodução parcial ou total e a tradução, sem prévia autorização por escrito da Câmara Municipal do Rio de Janeiro.

1 – INTRODUÇÃO

Nos últimos decênios, o Brasil vem passando por notáveis mudanças sociais, econômicas e políticas que trazem repercussões diretas para a saúde da população, resultando em modificações no perfil de morbimortalidade da população e na necessidade de novas estratégias de enfrentamento.

O país encontra-se em uma fase de transição demográfica, marcada pelo aumento da longevidade e, por conseguinte, o incremento dos gastos de saúde com o segmento idoso da população; e de transição epidemiológica, caracterizada pelo predomínio relativo das doenças crônico-degenerativas associado à existência concomitante de doenças infectocontagiosas, sendo que algumas das quais persistem como importantes endemias, a exemplo da tuberculose; outras reemergem no cenário de morbidade como, por exemplo, cólera e dengue; e outras ainda constituem novas patologias emergentes, como a AIDS (BRASIL, 2006; CARMO, BARRETO e SILVA JR., 2003; SCHRAMM *et al*, 2004; SOUZA, 2009).

Os agravos à saúde elencados como principais causas de óbito no Brasil, bem como na maioria dos países, são as afecções do aparelho circulatório, seguidas das causas externas – decorrentes de violência e de acidentes de trânsito. As primeiras são passíveis de agudização, motivo pelo qual, muitas vezes, levam à internação em Serviços de Emergência (SE); as causas externas também representam uma importante parcela dos atendimentos nos SE, especialmente na população jovem (PIRES, 2004).

O que temos verificado nos últimos anos é uma superlotação dos SE nos hospitais públicos brasileiros (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007). O problema é que essa demanda normalmente é bem maior do que a capacidade de atendimento pelo SE, o que leva ao aumento do tempo de permanência dos usuários nos corredores da emergência, aguardando para serem avaliados pelo médico. Quando o tempo de espera pelo atendimento é longo, as consequências podem ser deletérias para pacientes críticos, que necessitam de assistência médica imediata. Dessa forma, o atendimento por ordem de chegada e não conforme a gravidade do quadro clínico não deve ser considerado como a maneira mais apropriada de resolução da demanda.

Um agravante para esta situação é a heterogeneidade do perfil da clientela atendida no SE. Seria de supor que esse serviço deveria atender apenas pacientes críticos, com risco de morte ou rápida evolução da doença, o que poderia acarretar sequelas graves; entretanto, o que se verifica, frequentemente, é uma procura intensa a esses serviços por pacientes com as mais diversas queixas e sintomatologias, muitas vezes não graves, o que prejudica ainda mais a capacidade e qualidade do atendimento e aumenta os riscos para pacientes críticos (GATTI e LEÃO, 2004).

Essa superlotação do SE deve, na maioria das vezes, a uma inversão de valores no que se refere aos níveis de atenção dos serviços de saúde. Grande parte da demanda que surge na emergência poderia ser atendida nas unidades de atenção primária à saúde, as quais deveriam ser a porta de entrada do Sistema de Saúde, contemplando cerca de 80% das necessidades de saúde da população. Porém, há uma tendência cultural em nossa sociedade de supervalorização do modelo biomédico hospitalocêntrico (modelo assistencial médico-privatista), cujo foco é eminentemente curativista em detrimento das medidas preventivas e de um olhar mais voltado para os

fatores condicionantes e determinantes da questão saúde-doença. Ou seja, muitas vezes, as pessoas permitem que a doença se instale para só então procurar debelá-la. Portanto, não investem na mudança do estilo de vida, com a adoção de práticas mais saudáveis de promoção da saúde.

Naturalmente, já tivemos significativos progressos das ações nas ações de prevenção, proteção e promoção da saúde desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, em especial da criação do Programa (atualmente chamado de Estratégia) de Saúde da Família, em 1994. No entanto, ainda existem desafios, em decorrência da própria construção histórica do panorama da saúde brasileira: as mudanças ocorrem num ritmo paulatino porque elas implicam também em mudanças de valores e de percepções, tanto em relação aos gestores como em relação à clientela.

Nessa conjuntura de aumento acentuado da demanda, é importante que haja reorganização do fluxo; se o atendimento estiver pautado na ordem de chegada dos pacientes, poderá haver dano para aqueles com maior gravidade do quadro clínico, cuja espera pelo atendimento poderá antecipar uma morte evitável.

Desse modo, salienta-se a importância da adoção de um modelo de atendimento no SE que priorize as necessidades de assistência com base na gravidade do agravo e não no tempo de chegada. Nesse modelo, os pacientes passam por um processo de triagem – o termo “triagem” aqui não deve ser entendido como atividade com finalidade excludente, que seleciona os pacientes que receberão atendimento e exclui os demais da assistência, mas como uma atividade que visa a classificar o grau de risco do quadro clínico do usuário. – por um profissional capacitado para determinar a ordem de atendimento e os encaminhamentos necessários. Essa triagem deve ser estruturada com escalas de Classificação de Risco e os pacientes devem receber informações claras sobre eventuais dúvidas que possam ser esclarecidas e anseios que possam ser sanados.

2 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

Com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde, instituiu, em 2003, através da Portaria GM Nº 1.863/2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência. A publicação dessa portaria teve como escopo integrar a atenção às urgências. Atualmente a atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e Equipes de Saúde da Família; o nível intermediário de atenção é integrado pelo SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel às Urgências) e pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H); e o atendimento de média e alta complexidade é realizado nos hospitais.

Essa estruturação da rede vem contribuindo sobremaneira para a redução das filas nas unidades hospitalares, com ênfase especial para as UPAs, no que se refere ao

atendimento às situações de urgência/emergência. As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência e emergência hospitalares. Elas trabalham com classificação de risco, avaliando todos os pacientes e priorizando os atendimentos de urgência. O principal objetivo deste tipo de unidade é concentrar o atendimento aos pacientes menos graves, e também alguns de maior gravidade, para que os hospitais de emergência possam se dedicar àquelas situações em que haja um grau de complexidade maior.

Além das UPAs, os hospitais de emergência brasileiros também vêm utilizando o sistema de classificação de risco como medida estratégica para a organização da demanda elevada, com o intuito de minimizar o risco para os pacientes que esperam por atendimento médico.

O Acolhimento com Classificação de Risco no Brasil é preconizado pelo Ministério da Saúde, através no HumanizaSUS, desde 2014.

A Classificação de Risco é um dispositivo de intervenção dinâmica que visa à identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. São objetivos da classificação de risco, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004):

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro humanizando o atendimento;
- Descongestionar o pronto-socorro;
- Reduzir o tempo de espera para o atendimento médico;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo;
- Informar os tempos de espera;
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários;
- Retornar informações a familiares.

A classificação de risco utiliza instrumentos que sistematizem a avaliação: os protocolos de classificação de risco. A construção desses protocolos deve partir de modelos já existentes e nas informações contidas na literatura, porém, precisam se adequar ao perfil de cada serviço.

A classificação de risco deve ser realizada por profissional de nível superior que esteja apto para fazer a adequada abordagem do paciente, sabendo fornecer a este e à sua família as informações de que precisam, e realizar uma avaliação adequada. O Ministério da Saúde recomenda que esse profissional seja o enfermeiro, baseando-se em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do quadro clínico, bem como o grau de sofrimento – sem desconsiderar a subjetividade que envolve o paciente. A classificação de risco permite a melhoria do gerenciamento do serviço de emergência e contribui para a garantia de

acesso do usuário, bem como a redução do tempo de espera, melhorando, assim, a qualidade da assistência.

A classificação de risco constitui, assim, um mecanismo para aplicação de um dos princípios norteadores do SUS: a equidade, que consiste em dar prioridade a quem mais precisa.

3 – REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

No Município do Rio de Janeiro, de acordo com o site da Prefeitura, a rede de urgência e emergência é formada por três diferentes tipos de unidades: UPA 24 H (Unidades de Pronto Atendimento), CER (Coordenação de Emergência Regional) e os hospitais. Essa segmentação tem como objetivo distribuir os pacientes entre as unidades conforme o grau de complexidade dos quadros clínicos, evitando assim sobrecarga de algumas, reduzindo o tempo de espera pelo atendimento e permitindo que os hospitais possam se dedicar a demandas mais específicas.

As UPAs são estruturas, cujo objetivo principal é concentrar o atendimento de grande parte da demanda de urgência e emergência, em especial os casos menos graves, descongestionando, assim, as portas de entrada hospitalares. Funcionam 24 horas por dia, todos os dias a semana, e atendem agravos como pressão e crises hipertensivas, algumas fraturas, cortes, infarto agudo do miocárdio, dentre outros. Oferecem Raio X, eletrocardiografia, atendimento de pediatria, exames laboratoriais e leitos de observação.

O Município do Rio conta atualmente com 14 UPAs, que atendem mais de três milhões de pessoas, realizando, em média, cem mil atendimentos mensais, conforme informações do site da Prefeitura.

Lista de Unidades de Pronto-Atendimento do Município do Rio de Janeiro:

- UPA Rocinha
- UPA Alemão
- UPA Manguinhos
- UPA Engenho de Dentro
- UPA Madureira
- UPA Costa Barros
- UPA Rocha Miranda
- UPA Cidade de Deus
- UPA Vila Kennedy
- UPA Senador Camará
- UPA Magalhães Bastos
- UPA Sepetiba
- UPA Santa Cruz
- UPA Paciência

As Coordenações de Emergência Regional (CER) são um novo modelo de atendimento de urgência e emergência clínica que compõem uma rede hierarquizada de atenção à saúde no Município do Rio. Elas são instaladas sempre ao lado de um grande hospital de emergência, absorvendo o atendimento dos casos de menor complexidade, referenciando-os, quando necessário, para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação. Assim como as UPAs, funcionam durante 24 horas.

As Coordenações possuem um sistema de regulação próprio, que permite o controle e a distribuição dos leitos e serviços da região, propiciando o atendimento integral para o usuário do sistema de saúde, através da assistência médica, internação (se for o caso) e realização de exames diagnósticos.

Segundo o site da Prefeitura do Rio de Janeiro, o Município conta atualmente com cinco CERs: Evandro Freire (Ilha do Governador), Lourenço Jorge (Barra d Tijuca), Miguel Couto (Leblon), Pedro II (Santa Cruz) e Souza Aguiar (Centro).

Em relação aos hospitais de emergência e grande porte do Município, o atendimento é direcionado às emergências mais graves, aos casos cirúrgicos, traumas e às internações.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com seis hospitais de emergência nas principais áreas de planejamento da cidade: Centro, Méier, Leblon, Barra da Tijuca, Santa Cruz e Ilha do Governador. Outros dois hospitais de pronto-atendimento, localizados em Botafogo e Irajá, completam a rede hospitalar de urgência e emergência.

A reestruturação na rede vem implicando em melhora dos indicadores de saúde do município, levando a reduções consideráveis na taxa de mortalidade. De acordo com dados do site da Prefeitura do Rio de Janeiro, somente de 2011 para 2012, a queda da mortalidade nas grandes emergências foi de 14%.

A rede de atenção às urgências da SMS trabalha, nos três tipos de unidades, com a política de acolhimento e classificação de risco e atende de acordo com seu perfil específico. Na entrada de cada unidade, o paciente é avaliado por um profissional (Enfermeiro), que analisa os casos individualmente. Aqueles que estão em estado de maior gravidade são atendidos antes dos de menor gravidade, independentemente da ordem de chegada.

4 – INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/TRIAGEM

Diversas escalas e protocolos têm sido aplicados para a classificação de risco. Ganham maior eminência as escalas ordinais em cinco níveis de classificação. Segundo Pires (2003), escala ordinal é aquela usada para medir atributos que apresentem distinção de grau ou intensidade, possuindo sentido de direção e podendo determinar uma relação de ordem (maior e menor); e não possui definição de valor nulo, salientando que nenhum paciente deve ser excluído do atendimento.

De acordo com essas escalas, os pacientes de maior gravidade são aqueles classificados como nível 1, e vai decrescendo até o nível 5, cujos pacientes são de menor gravidade (PIRES, 2007).

Dentre os instrumentos que vem sendo mais utilizados mundialmente, destacam-se os seguintes: Australasian Triage Scale (ATS); Canadian Triage Acuity Scale (CTAS); Emergency Severity Index (ESI); e Manchester Triage System (MTS). Cada um destes será sucintamente apresentado.

4.1 – Australasian Triage Scale (ATS)

A escala australiana de classificação de risco foi adotada e regulamentada pelo *Australasian College of Emergency Medicine* (ACEM), na década de 90, após passar por algumas adaptações. Ela classifica os pacientes em 5 níveis de prioridade, além de estabelecer o tempo máximo que cada paciente pode esperar para ser avaliado pelo médico (PIRES, 2007; SOUZA, 2009).

A ACEM (2005) propõe que na avaliação sejam registradas, no mínimo, as seguintes informações:

- Data e horário da avaliação;
- Nome do profissional responsável pela triagem (classificação de risco);
- A queixa principal do usuário;
- Aspectos relevantes da história clínica;
- Achados clínicos importantes;
- Categoria inicial da avaliação;
- Categoria após retriagem, informando o tempo e o motivo da reavaliação (se houver);
- Local destinado para avaliação e tratamento
- Eventuais diagnósticos, primeiros cuidados e tratamentos que já foram iniciados.

O quadro a seguir apresenta uma sucinta descrição da escala ATS.

Quadro 1: Representação esquemática escala ATS, conforme as categorias, sua descrição e tempo estimado para a avaliação médica

| Categoria | Descrição da categoria | Avaliação médica |
|--------------------|---|-------------------------|
| Categoria 1 | Risco imediato à vida Ex.: parada cardiorrespiratória | Imediata |
| Categoria 2 | Risco iminente de morte ou exigência de tratamento imediato. Ex.: insuficiência respiratória, perda sanguínea significativa, hipotensão com efeitos hemodinâmicos relevantes, febre com sinais de letargia, suspeita de meningococemia. | < 10 minutos |
| Categoria 3 | Potencial ameaça à vida Ex.: hipertensão severa, perda sanguínea moderadamente grave, desidratação, vômito persistente. | 30 minutos |
| Categoria 4 | Situação de potencial urgência ou complicações Ex.: dor moderada indicando risco de fratura, vômito e/ou diarreia sem desidratação, aspiração de corpo estranho sem obstrução de vias aéreas, hemorragia branda, dor abdominal | 60 minutos |

| | | |
|--------------------|--|-------------|
| | não-específica. | |
| Categoria 5 | Problemas clínicos menos urgentes Ex.: condições crônicas ou sintomas que não tem potencial de agravamento com uma espera de até 2 horas para atendimento médico; necessidade de receita médica; imunização. | 120 minutos |

Fonte: ACEM, 2005.

4. 2 – Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

A CTAS foi implantada no Canadá em 1999, contendo, igualmente, cinco níveis de classificação de risco. Sua finalidade é classificar os pacientes levando em consideração a gravidade de seus sinais e sintomas, priorizando o atendimento médico daqueles com quadros clínicos mais graves. Foi construída baseando-se no modelo da escala australiana, sendo, porém, adaptada à realidade do serviço canadense (SOUZA, 2009).

A escala canadense já foi validada para utilização no Brasil, empregando uma metodologia proposta por Guillemín, Bombardier e Beaton (PIRES, 2007). Segundo Pires (2003), o processo de validação perpassou as cinco seguintes etapas: tradução da escala; versão à língua de origem (*back translation*); avaliação semântica, idiomática, cultural e conceitual, confiabilidade interobservadores; e aplicação da escala. Para a autora, a experiência profissional e a percepção do enfermeiro são de significativa relevância para a avaliação do paciente, não se devendo prescindir delas quando necessário. O profissional deve levar em consideração, além dos dados objetivos (avaliação de sinais vitais, avaliação física, aparência física, etc.), também dados subjetivos a partir do relato do paciente (descrição da dor, fatores que acentuam ou aliviam o problema, história do agravo, etc.).

O quadro abaixo apresenta a descrição da escala canadense.

Quadro 2: Representação esquemática escala CTAS, conforme as categorias, sua descrição e tempo estimado para a avaliação médica

| Categoria | Descrição da categoria | Tempo de espera para avaliação médica |
|------------------|---|--|
| Nível 1 | Reanimação. Condições que são ameaças à vida ou com sinais de risco iminente de deterioração do quadro clínico, exigindo intervenções imediatas. Ex.: parada cardiorrespiratória | Imediata |
| Nível 2 | Emergência. Condições que são uma potencial ameaça para a integridade física e a vida ou função, exigindo rápida intervenção médica. Ex.: alteração do estado de consciência, trauma craniano, overdose. | Até 15 minutos |
| Nível 3 | Urgência. Condições que podem progredir para um problema sério. | Até 30 minutos |

| | | |
|----------------|---|-----------------|
| | Ex.: dispneia moderada, asma, dor aguda severa, dor aguda moderada, etc. | |
| Nível 4 | Semi-urgência. Condições com potencial de evoluir para complicações ou que se relacionem à idade do paciente. Ex.: vômito e/ou diarreia sem sinais de desidratação, dor abdominal, cefaleia. | Até 60 minutos |
| Nível 5 | Não-urgência. Condições agudas, mas não-urgentes, bem como condições crônicas com ou sem evidência da deterioração. Ex.: dor na orofaringe | Até 120 minutos |

Fonte: CAEP, 2010.

4.3 – Emergency Severity Index (ESI)

O conceito original desse modelo foi desenvolvido em 1998 nos Estados Unidos por Wuerz *et al.* Após produzir resultados promissores, os autores reuniram profissionais do serviço de emergência interessados na triagem estruturada (classificação de risco) e implementaram o algoritmo inicialmente em dois hospitais universitários, em 1999, passando, após aperfeiçoamento, para cinco hospitais em 2000 (GILBOY *et al.*, 2005).

Esse modelo também estratifica os pacientes em cinco categorias distintas, as quais são definidas pela gravidade do quadro clínico (estabilidade das funções vitais, grau de sofrimento), pela necessidade de recursos requeridos, a resposta pessoal do paciente e o tempo de cuidado (WUERZ *et al.*, 2005).

O quadro a seguir é uma representação descritiva das categorias da escala americana.

Quadro 3: Representação esquemática escala Emergency Severity Index (ESI)

| | ESI-1 | ESI-2 | ESI-3 | ESI-4 | ESI-4 |
|---------------------------------------|--|--|---|---|----------------------|
| Estabilidade dos sinais vitais | Instável | Ameaça à estabilidade | Estável | Estável | Estável |
| Ameaça à vida ou aos órgãos | Evidente | Provável | Pouco provável (possível) | Não | Não |
| Requer reanimação? | Imediata | Às vezes | Raramente | Não | Não |
| Dor ou sofrimento intenso | Sim | Sim (suficiente, mas não necessária para esta categoria) | Não | Não | Não |
| Necessidade de recursos | Máxima: equipe à beira do leito continuamente; mobilização | Alta: numerosas e, às vezes, complexas suspeitas diagnósticas; consultas | Média: vários estudos de diagnóstico, ou breve período de observação, | Baixa: um estudo de diagnóstico simples, ou um procedimento | Baixa: apenas exames |

| | | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|---|---|
| | de recursos externos | frequentes; acompanhamento (remoto) contínuo | ou procedimento complexo | simples | |
| Tempo de espera para avaliação médica | Mobilização imediata da equipe | Minutos | Até 1 hora | Pode atrasar | Pode atrasar |
| Tempo previsto para a avaliação (duração) | 1,5 hora | 4 horas | 6 horas | 2 horas | |
| Exemplos | Parada cardio-respiratória, overdose grave. | Trauma estável paciente idoso com pneumonia, estado mental alterado, distúrbios comportamentais (violência potencial) | Desidratação, fratura de quadril | Trauma fechado, laceração simples, cistite, enxaqueca | Dor na orofaringe, Pequenas queimaduras |

Fonte: Wuerz *et al*, 2000.

4. 4 – Emergency Severity Index (ESI)

O Grupo de Triagem de Manchester foi criado em 1994 no Reino Unido, composto por um grupo de consultores de urgência/emergência formado por médicos e enfermeiros. O objetivo desses profissionais era estabelecer normas de triagem, com vistas ao desenvolvimento de nomenclaturas e definições em comum, bem como a criação de uma metodologia sólida de triagem, um programa de formação e um guia de auditoria. Atribuiu-se a cada categoria um número, uma cor e um nome e cada uma delas foi definida em função de tempo de tolerável até ao primeiro contato com o médico de serviço (MOREIRA, 2010; SOUZA, 2009) - **Ver Quadro 4.**

O Sistema de Triagem de Manchester foi realmente introduzido no ano de 1996 (COOKE e JINKS, 1999), sendo atualmente implementado e adaptado em diversos países, inclusive no Brasil.

Quadro 4: Categorias de urgência na Escala de Manchester

| Número | Categoria | Cor | Tempo máximo de espera |
|--------|---------------|----------|------------------------|
| 1 | Emergente | Vermelho | 0 |
| 2 | Muito urgente | Laranja | 10 minutos |
| 3 | Urgente | Amarelo | 60 minutos |
| 4 | Pouco urgente | Verde | 120 minutos |
| 5 | Não urgente | Azul | 240 minutos |

Fonte: Diogo, 2007

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se uma superlotação dos serviços de emergência no Brasil. Observa-se um enorme fluxo de pacientes/usuários nos corredores dos hospitais públicos e privados, à espera de atendimento. Muitas dessas demandas poderiam ser atendidas no serviço de atenção primária à saúde, o que diminuiria o impacto da circulação caótica na porta de urgência/emergência. Ciente desse, o Ministério da Saúde vem buscando alternativas para a organização da rede de atenção às Urgências e Emergências, instituída em 2003, através da Política Nacional de Atenção às Urgências. Esta política é pautada, sobretudo, na necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos pronto-socorros hospitalares. Com base nisso, foram implementadas as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs 24H), que apresentam complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e os hospitais de emergência. Para organizar o fluxo de pacientes nas unidades de urgência/emergência (UPAs e hospitais), o Ministério da Saúde instituiu o acolhimento com classificação de risco, por meio do HumnizSUS, com o intuito de melhorar a resolutividade da assistência por meio de um acolhimento humanizado, capaz de identificar as prioridades de atendimento e realizar os encaminhamentos necessários. A classificação de risco vem sendo adotada nos serviços de urgência/emergência municipais, estaduais e federais do Brasil, representando um significativo passo no sistema de saúde.

Nesse sentido, concluiu esta consultoria.

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2015.

Autora:

CHIRLEI MATOS SANTOS

Consultor a Legislativa em Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social
Matrícula 10/815.063-3

Coordenação:

MARIA CRISTINA FURST DE F. ACCETTA

Consultora-Chefe da Consultoria e Assessoramento Legislativo
Matrícula 60/809.345-2

Consultoria e Assessoramento Legislativo

Este trabalho não exprime a posição institucional da Câmara Municipal do Rio de Janeiro ou dos seus Vereadores.

REFERÊNCIAS

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de Risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v. 36, n. 4, p.70-75, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines for implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments**. 2005. Available from: <<https://www.acem.org.au/getattachment/d19d5ad3-e1f4-4e4f-bf83-7e09cae27d76/G24-Implementation-of-the-Australasian-Triage-Scale.aspx>>. Oct. 13, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004. 49p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretariados de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretariados de Saúde, Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. **Implementation guidelines for the Canadian ED Triage & Acuity Scale (CTAS)**. Available from: <<http://caep.ca/resources/ctas>> Access: Oct. 13, 2015.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR., J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n2/v12n2a02.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.

COOKE, M. V.; JINKS, S. Does the Manchester Triage System detect the critically ill? **J Accid Emerg Med**, v. 16, n. 3, p. 179-81, 1999. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343329/pdf/jaccidem00030-0017.pdf>>. Access: Oct. 14, 2015.

DIOGO, C. S. **Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS**. 2007. 214 p. [Dissertação]. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007. Disponível em: <<https://rdconsultoria1-public.sharepoint.com/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Gest%C3%A3o%20de%20Riscos/Acolhimento/IRC-Sistema%20Triagem%20Manchester.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.

GATTI, M. F. Z.; LEÃO, E. R. O papel diferenciado do enfermeiro em Serviço de Emergência: a identificação de prioridade do atendimento. **Revista Nursing**, v. 73, n. 7, p.24-29, 2004.

GILBOY, N. *et al.* **Emergency Severity Index**, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ. Publicação n. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005. Available from: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esi_handbk.pdf> Access: Oct. 14, 2015.

MOREIRA, C. T. P. **Avaliação de uma implementação do Sistema de Triage de Manchester: Que realidade?** 2010. 78p. [Dissertação]. Faculdade de Ciências/Faculdade de Medicina Universidade do Porto, 2010.

PIRES, P.S. **Tradução para o Português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)**. 2003. 206p [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003.

PIRES, P. S. A triagem no Pronto-Socorro. In: CALIL, A. M.; PATANHOS, W. Y. **O Enfermeiro e as situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007. 792 p.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. **Unidades de Saúde. Urgência e Emergência**. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/urgencia-e-emergencia#>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p.897-908, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da Classificação de Risco de usuários atendidos em um Pronto-Socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 119p. [Dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

WUERZ, R.C. *et al.* Reliability and validity of a new five-level triage instrument. **Academic Emergency Medicine**, v. 7, n. 3, p.236-242, 2000. Available from: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2000.tb01066.x/pdf>> Access: Oct. 14, 2015.