



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

JOSEFA DAIANA DA SILVA FREITAS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

ICÓ-CEARÁ

2024

JOSEFA DAIANA DA SILVA FREITAS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Monografia submetida à coordenação do curso de bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Layane Ribeiro Lima.

ICÓ-CEARÁ

2024

JOSEFA DAIANA DA SILVA FREITAS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Monografia submetida á coordenação do curso de bacharelado em enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), como Pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Ma. Layane Ribeiro Lima
Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS)
Orientadora

Prof^ª. Me. Josué Barros Júnior
Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS)
1^ª Examinador

Prof^ª. Me. Rafael Bezerra Duarte
Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS)
2^ª Examinador

“Dedico este trabalho aquele que sempre esteve ao meu lado, o único, que nunca largou minha mão durante a trajetória e não me deixou desistir, mesmo nos meus piores momentos - DEUS”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por não me deixar desistir durante toda essa jornada, só o senhor sabe de todas as dificuldades em silêncio que passei, mesmo eu sendo falha e não acreditando no meu potencial, o Senhor sempre esteve ao meu lado mostrando-me o quão sou forte e o quanto posso ir mais longe.

Agradeço também a minha mãe, que mesmo de longe sei que sempre torce por mim e se orgulha do caminho que eu escolhi traçar.

Quero agradecer a minha orientadora, Layane Ribeiro, por se disponibilizar a me orientar neste trabalho, e por todo conhecimento repassado durante toda a jornada acadêmica.

Agradeço a minha banca, Josué Barros e Rafael Bezerra (tio Rafa), professores por quem tenho enorme carinho e respeito, obrigado pela disponibilidade e críticas construtivas para que eu possa aperfeiçoar o meu trabalho.

Agradeço aos meus irmãos, em especial a minha irmã, que sempre que podia me ajudar em algo, estava a disposição, além de me apoiar a querer mudar de vida através dos estudos.

Agradeço aos meus amigos da graduação por tornarem o processo mais leve, em especial as minhas queridas amigas Ana Vitória, que compartilho todas as minhas dificuldades e realizações, sempre me ajudando nos momentos difíceis e dando boas risadas depois, e minha querida Lucenilda, que acabou se tornando alguém muito especial, sempre estávamos compartilhando bons e maus momentos, além de toda força e ajuda que me deu na construção desse trabalho.

Não posso deixar de agradecer aos meus amigos externos a faculdade, Cheila, Mardônio e Naty, que sempre perguntavam e se preocupam comigo.

“O Homem, como agente de mudança é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo”. Wanda de Aguiar Horta.

RESUMO

FREITAS, Josefa Daiana da Silva. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**. 2024. 42f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Vale do Salgado, Icó-Ceará, 2024.

O acolhimento com classificação de risco é formado por um conjunto de atribuições voltadas ao enfermeiro nos setores de emergência que agem com liderança, autonomia e supervisão para garantir resolutividade e precisão neste cenário onde ocorre risco iminente de vida, em situações decorrentes de agravos a saúde, e de modo geral o enfermeiro do setor de urgência e emergência assume a responsabilidade em garantir a vida dos usuários. A enfermagem contribui significativamente para a melhoria dos serviços através de um olhar crítico e capacidade de raciocínio amplo, proporcionando segurança, tempo otimizado e organização na assistência. Dessa forma, objetivou-se analisar na literatura científica, como se dá a atuação do enfermeiro frente ao Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de urgência e emergência. Trata-se de uma revisão integrativa na literatura, realizada através das bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). As buscas ocorreram no período de março a abril de 2024, através dos descritores (DeCs). “Enfermagem” AND “Classificação de Risco” AND “Organização”. Realizando os cruzamentos foram identificados: 9.825 artigos. Após aplicação dos filtros, 10 artigos compuseram a amostra final. Dos 10 estudos selecionados para compor a amostra final, observou-se que todos os estudos foram publicados no Brasil, quanto ao nível de evidência dos estudos analisados predominam o nível 4 de evidências científicas quantitativas e qualitativas. As principais condutas de enfermagem associadas a Classificação de Risco nos setores de urgência e emergência foram: A organização da equipe de enfermagem, como desenvolver as atividades técnicas e articulação das ações profissionais, sistematização e gerenciamento do cuidado, a partir da atuação e reorganização do setor de emergência. Buscou-se agrupar as discussões em três categorias, a saber; Categoria 1: Humanização nos serviços de urgência e emergência; Categoria 2: Principais problemas no fluxo de atendimento e na classificação de risco; Categoria 3: A atuação do enfermeiro dentro do acolhimento com classificação de risco. Os estudos destacam, portanto, que é notório o trabalho da enfermagem nos setores de urgência e emergência, as dificuldades enfrentadas diariamente e como o profissional enfrenta esses problemas para assim poder ofertar um cuidado de qualidade aos usuários que buscam por atendimentos. Vale salientar que ainda há muito a ser mudado, pela gestão, pelos profissionais e também pelos usuários, para assim ser possível ofertar um atendimento resolutivo e de qualidade em tempo mínimo.

Palavras chaves: Classificação de Risco. Enfermagem. Organização.

ABSTRACT

FREITAS, Josefa Daiana da Silva. **NURSE'S PERFORMANCE REGARDING RECEPTION WITH RISK CLASSIFICATION IN AN URGENCY AND EMERGENCY UNIT**. 2024. 42f. Monograph (Graduation in Nursing) – Centro Universitário Vale do Salgado, Icó-Ceará, 2024.

Reception with risk classification is formed by a set of duties aimed at nurses in emergency sectors who act with leadership, autonomy and supervision to guarantee resolution and precision in this scenario where there is an imminent risk to life, in situations resulting from health problems, and in general, the nurse in the urgency and emergency sector assumes responsibility for ensuring the lives of users. Nursing contributes significantly to the improvement of services through a critical look and broad reasoning capacity, providing safety, optimized time and organization of care. Therefore, this research is based on the following research question: How does the nurse's role in welcoming patients with risk classification in urgency and emergency units? The theme was chosen due to the importance of recognizing urgent and emergency services for health problems and reception with risk classification. The objective was to analyze in the scientific literature how nurses act in relation to Welcoming with Risk Classification in urgency and emergency units. This is an integrative review of the literature, carried out using the following databases: Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Database Nursing Data (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). The searches took place from March to April 2024, using the descriptors (DeCs). "Nursing" AND "Risk Classification" AND "Organization". Carrying out the crossings, 9,825 articles were identified. After applying the filters, 10 articles made up the final sample. Of the 10 studies selected to compose the final sample, it was observed that all studies were published in Brazil. Regarding the level of evidence of the studies analyzed, level 4 of quantitative and qualitative scientific evidence predominates. The main nursing behaviors associated with Risk Classification in the urgency and emergency sectors were: The organization of the nursing team, how to develop technical activities and articulation of professional actions, systematization and management of care, based on the performance and reorganization of the emergency sector. We sought to group the discussions into categories, Category 1: Humanization in urgency and emergency services; Category 2: Main problems in the service flow and risk classification; Category 3: The role of nurses within reception with risk classification. The studies highlight, therefore, that the work of nursing in the urgency and emergency sectors is notable, the difficulties faced daily and how the professional faces these problems in order to offer quality care to users who seek care. It is worth noting that there is still a lot to be changed, by management, professionals and also by users, so that it is possible to offer resolute and quality service in a minimum amount of time.

KEY WORDS: Nursing. Organization. Risk rating.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

QUADRO 1 - Etapas da Revisão Integrativa de Literatura. Mendes; Silveira, Galvão, 2008	21
QUADRO 2 – Descritores de MeSH para os componentes da pergunta norteadora. Icó, Ceará, Brasil 2024.....	22
TABELA 1 - Cruzamentos realizados na base de dados SCIELO, LILACS, MEDLINE, BDENF e PUBMED. Icó, Ceará, Brasil, 2024.....	23
FIGURA 1 – Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa. Icó, Ceará, Brasil, 2024.....	24
QUADRO 3 – Características dos estudos selecionados, relativos à autoria, ano, título, bases de dados, Icó, Ceará, Brasil, 2024.....	26
QUADRO 4 – Caracterização dos estudos selecionados relativos a Código de identificação do artigo, Objetivos, Tipo de estudo e Nível de evidência, Icó, Ceará, Brasil, 2024.....	27
QUADRO 5 – Principais critérios acerca da conduta de enfermagem nos setores de urgências e emergências. Icó, Ceará, Brasil, 2024.....	29

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CR	Classificação de Risco
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DF	Distrito Federal
LILACS	Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PUBMED	Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos
PVO	População, Contexto, Situação Problema
RIL	Revisão Integrativa de Literatura
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVS	Centro Universitário Vale do Salgado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH).....	15
3.2	CONTEXTUALIZANDO AS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	17
3.3	PORTARIA Nº 2048.....	18
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	21
4.2	IDENTIFICAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA.....	22
4.3	CENÁRIO E LOCAL DA PESQUISA.....	22
4.4	PERÍODO DA COLETA.....	22
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS.....	23
4.6	CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS ESTUDOS.....	25
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
5.1	RESULTADOS.....	26
6	DISCUSSÕES.....	31
6.1	HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	31
6.2	PRINCIPAIS PROBLEMAS NO FLUXO DE ATENDIMENTO E NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	32
6.3	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DENTRO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	34
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências vem sendo visto como um dispositivo de porta de entrada da saúde, visando garantir a ampliação e a qualificação do acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência e emergência, sendo assim aqueles pacientes que apresentam casos mais graves devem ter um atendimento mais ágil, em tempo mínimo afim de evitar agravos maiores. Dessa forma os serviços de urgência devem prestar atendimento resolutivo e de qualidade aos pacientes com quadros agudos ou agudizados, não sendo menos importantes os demais casos, porém no momento da triagem deve-se ter esse olhar diferenciado, sabendo reconhecer os casos que necessitam de transferências para demais setores. (Thiago *et al.*, 2019).

A busca por tais serviços de urgência e emergência hospitalares vem crescendo mundialmente, com diferentes situações clínicas e de alta complexidade, que podem proporcionar demandas maiores, levando a aglomerações e trazendo transtornos, que geram iniquidade para os usuários com maior risco clínico, questionando o desempenho do sistema de saúde como um todo (Sousa *et al.*, 2022).

No intuito de humanizar os serviços de urgência, foi desenvolvido o protocolo de Manchester, o qual possui um conjunto de normas padronizadas no que se refere a triagem ou Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Em síntese, é uma ferramenta utilizada mundialmente para classificar e diferenciar os pacientes conforme sua necessidade e urgência, abrangendo todos os pontos de atenção. O processo de ACCR tem o objetivo de classificar os usuários que buscam atendimento com potencial risco de vida, que necessitam de um atendimento em tempo mínimo, além de ofertar resolutividade dos casos graves por meio da priorização de atendimento e de forma humanizada, garantindo assim, uma assistência de qualidade, que resulta em bons resultados (Filho; Sodré, 2021).

O Protocolo de Manchester foi criado há mais de 20 anos, e é utilizado frequentemente em diferentes países por enfermeiros no momento da triagem. A triagem revela-se como uma atividade essencial para o direcionamento adequado dos pacientes. Por tanto exige ser realizado por enfermeiros de forma qualificada, com o intuito de melhorar a resolução dos problemas, e proporcionar um melhor atendimento. Porém a superlotação desencadeia um desequilíbrio entre a oferta e a demanda nos atendimentos de urgência e emergência. No Brasil, Minas Gerais foi o primeiro estado que aderiu ao protocolo, onde a Secretaria Estadual de Saúde resolveu importar a implantação do Protocolo de Triagem de Manchester, desenvolvido na Inglaterra em

1994 por um grupo de profissionais especializados em triagem que atuavam na rede de urgência e emergência (Bramatti; Ferreira; Silva, 2021).

Observa-se, nos setores de urgência, a incidência de diversas dificuldades tais como: sobrecarga de trabalho, dificuldade de comunicação com outros pontos de atenção da rede, falta de preparação dos profissionais, aumento da procura por atendimento resultando em desumanização na assistência, processo de ACCR de baixa qualidade e um ambiente de trabalho desorganizado e sem equipamentos necessários. A superlotação vem acompanhada de atendimentos rápidos e pouco resolutivo. Sem tempo, a assistência humanizada não acontece e leva ao comprometimento tanto da saúde do paciente quanto do profissional (Soares *et al.*, 2021).

O protocolo trata-se de um meio de informações precisas que procede a separação pelo quadro clínico de cada paciente, o que torna o processo de atendimento organizado, dando preferência aos casos mais graves e que desejam maior atenção. No entanto, o aumento da procura pelo público nos serviços de saúde tem ocasionado uma superlotação dos mesmos, o que acaba provocando déficits na estruturação da rede assistencial de saúde (Diniz *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) propõe que o ACCR seja realizado por um enfermeiro, com experiência em urgência e emergência e que seja especializado pelo protocolo direcionador, pois tem a sua formação voltada para a assistência de uma maneira holística, atendendo às suas necessidades físicas, psíquicas e sociais, ou seja, sabendo ver o cliente de forma geral (Oliveira; Guimarães, 2013).

Realizar o ACCR é uma atividade de maior complexidade, uma vez que após classificado, o paciente deverá ser monitorizado e se preciso reclassificado, pois sua condição clínica poderá se modificar, agravando ou diminuindo a sintomatologia inicialmente apresentada. Algumas dificuldades são frequentemente encontradas durante o ACCR, como a insegurança dos profissionais e a mudança no quadro do paciente enquanto aguardam o atendimento (Acosta *et al.*, 2012).

A atuação do enfermeiro frente a classificação de risco em serviços de urgência e emergência é amplo e de grande impacto para o sucesso da sua implantação, pois atua na realização de ações e planejamento de recursos, assim como matérias, físicos e humanos, em atividades educativas e integradoras com a equipe e usuários de saúde. Nota-se o papel essencial na operacionalização do ACCR, os quais contribuem de forma significativa para a melhoria dos registros, possibilitando avaliações contínuas dos processos assistenciais, dessa forma garante,

a otimização dos recursos da instituição e assistência qualificada aos pacientes (Sousa *et al.*, 2021).

O primeiro contato que o usuário terá em uma unidade de emergência será com o profissional de enfermagem, dessa forma o setor de urgência e emergência exige desse profissional inúmeras funções, assim como prestar cuidado ao paciente que exijam técnicas de maior complexidade, liderar a equipe, assim como organizar o fluxo de atendimento e disponibilidade dos leitos (Sampaio *et al.*, 2022). Dessa forma, surge a seguinte pergunta de pesquisa: Como se dá à atuação do enfermeiro frente ao acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência?

Esse estudo justifica-se pela importância do reconhecimento nos serviços de urgência e emergência dos agravos a saúde e acolhimento com a classificação de risco, colaborando para uma assistência livre de danos ao paciente, além de melhorar o fluxo e organização nesse ambiente. Assim, como também destacar o trabalho do profissional de enfermagem, já que a classificação de risco é realizada, única e exclusivamente por enfermeiros, que através de uma escuta qualificada é capaz de classificar o paciente, de acordo com a sua queixa a fim de evitar danos maiores a saúde do mesmo.

Essa pesquisa tem relevância multidimensional, ou seja, reverbera nos âmbitos social, profissional, acadêmico, científico e social. Na comunidade acadêmica, por dizer respeito a uma discussão científica sobre a atuação do enfermeiro frente ao acolhimento com classificação de risco, bem como investigação sobre a temática. No âmbito social, por ser uma problemática que envolve a população que utiliza o serviço de urgência e emergência. E no campo profissional da enfermagem, por colaborar para uma assistência humanizada com escuta qualificada e para o meio científico, no desenvolvimento de novas pesquisas.

2 OBJETIVO

Analisar como se dá a atuação do enfermeiro frente ao Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de urgência e emergência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) visa por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de Saúde e proporcionar mudanças nos modos de gerir e de cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, para construírem processos coletivos e enfrentamento de relações de poder, em muitas circunstâncias, resultam em atitudes e práticas desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais da área de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Humanizar se traduz como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado (Santos Filho *et al.*, 2009).

A PNH tem fundamentação a partir do trabalho em equipe, diálogo entre os profissionais, troca e construção de saberes, além de considerar às necessidades, os desejos e os interesses dos atores de saúde. A formação dos profissionais de saúde está pautada em serviços de saúde em que prevalece a padronização de condutas, o que dificulta atitudes inovadoras. Por ser uma política transversal sugere que sejam ultrapassadas as fronteiras, a fim de produzir saúde. A PNH se organiza a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos (Barbosa *et al.*, 2013).

A PNH destaca ainda que o SUS precisa superar vários problemas, como a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e também um frágil vínculo com os usuários, orienta a valorização as práticas de atenção e gestão no SUS, para assim fortalecer o compromisso com os direitos de cidadania (Pasche *et al.*, 2011).

Portaria n° 1.863/GM, em 29 de setembro de 2003, rege a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), tendo como objetivo intermediar a Atenção Básica e os serviços de média e alta complexidade, instituída com a finalidade de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às Urgências. Com o intuito de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, a PNAU foi reformulada em 2011, com a instituição da Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS. Com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma

ágil (Padilha *et al.*, 2018).

A RAU deve ser ampliada, gradativamente, em todo o território nacional, respeitando os critérios epidemiológicos e densidade populacional. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. No entanto, apesar dos inegáveis avanços do SUS em mais de duas décadas, a RAU destaca-se pela insuficiente efetivação das diretrizes relativas a descentralização, regionalização e financiamento (Garlet *et al.*, 2009).

Pode-se destacar alguns marcos na PNAU, o financiamento federal, a regionalização e a capacitação dos profissionais. Historicamente, a construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: de 1998 até 2003, há predomínio da regulamentação, entre 2004 e 2008, há grande expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e a partir de 2009, predomina a implantação do componente fixo da atenção Pré-hospitalar, as unidades de pronto-atendimento (UPAs) (Machado *et al.*, 2011).

Destaca-se que o perfil assistencial traz marcas de atendimento ainda ineficazes a população e tensão constante aos trabalhadores e gestores desses serviços, sendo assim atendimentos das urgências e emergências têm como base quatro estratégias que devem trabalhar em conjunto, para assim funcionar de forma que atenda todas as necessidades dos usuários, são elas: organização de redes assistenciais, humanização no atendimento dos pacientes, qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde que trabalham na área e ainda, implantação e operação de central de regulação média de urgências (Sousa *et al.*, 2019).

As UPAs se constituíram no principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e têm se estabelecido como importante ponte de acesso ao sistema, instituindo-se enquanto unidades intermediárias entre a Atenção Básica e as emergências hospitalares. Podendo ser classificadas em três diferentes portes, de acordo com a população do município-sede, a área física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos (Machado *et al.*, 2011).

Como foi discutido até o momento, a atual política de urgência privilegia uma rede integrada de urgência e propõe sua franca expansão. Infelizmente, essa política como já citado acima foi implementada de forma fragmentada, começando pelo SAMU e posteriormente regulando a UPA, propondo modificar o padrão de atendimento nos antigos prontos-socorros (Konder *et al.*, 2015).

3.2 CONTEXTUALIZANDO AS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências abrange todos os dispositivos da saúde do território, comparado as Unidades Básicas de saúde (UBS), visando garantir a ampliação e a qualidade do acesso humanizado e integral dos usuários em situações com maior risco de vida. Os serviços de urgência devem ofertar atendimento de qualidade e que na maioria das vezes tragam bons resultados, tendo como prioridade as linhas de cuidado onde o paciente deve ser monitorado ou até mesmo reclassificado, e que necessite de encaminhamento aos serviços hospitalares de maior complexidade (Sampaio *et al.*, 2022).

Fez-se necessário a reorganização no Brasil, a proposta surgiu pela Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, visando estabelecer uma boa relação entre profissionais, usuários e gestores. A partir daí, começou-se a introduzir ferramentas que auxiliam a organização e estruturação das redes, dentre elas o Acolhimento com Classificação de Risco. O ACCR tem o objetivo de classificar os pacientes que buscam atendimento com potencial risco de vida, facilitando a resolutividade dos casos graves por meio da priorização de atendimento em tempo ágil e humanizado, dessa forma garantirá, uma assistência eficaz e boa comunicação entre paciente e profissional (Dias; Santos, 2017).

Na busca de melhorar esses sistemas foram pontuados alguns problemas mais visíveis, o trabalho fragmentado, dificuldade de articulação com outros pontos de atenção da rede, a falta de conhecimento dos profissionais, o acaba resultando na desumanização da assistência, o processo de ACCR de pouca qualidade, um ambiente de trabalho e assistência hostis. Com a superlotação vem os atendimentos rápidos e sem bons resultados, com pouco tempo, a escuta de qualidade não acontece, o que leva ao comprometimento tanto da saúde do paciente e a boa relação entre o profissional e paciente (Prudêncio *et al.*, 2022).

Podemos apontar ainda o fator principal sendo considerado o maior desafio do serviço de urgência, o elevado número de usuários que, apesar de poder serem atendidos na Atenção Primária à Saúde, continuam buscando o serviço de urgência causando superlotação, o que influi consideravelmente de forma negativa na qualidade de atendimento como um todo. Tudo isso resulta em estresse e tumulto para quem presta o atendimento e para quem aguarda por ele. Apesar da grande demanda ser o grande problema apresentado pela literatura, existe uma causa base com maiores desafios, relacionados com aspectos do tipo informacional, de atendimento e organizacional, que por sua vez vai influenciar a superlotação das unidades (Sampaio *et al.*, 2022).

O protocolo de Manchester vem para substituir o modelo tradicional de triagem. Diferencia-se da triagem padrão com critérios organizacionais, visando atender a todos utilizando como base o grau de prioridade, por meio do protocolo elaborado e fundamentado pelo Ministério da Saúde. Assim, foi proposto pelo MS a divisão por eixos que evidenciam os riscos de cada usuário, determinando a ordem de atendimento do mesmo (Carmo; Sousa, 2018).

Cada eixo é dividido por cores, composto pelas cores vermelho, amarelo, verde e azul, na cor vermelha são classificados pacientes com riscos de morte, necessitando de atendimento imediato, a cor amarela corresponde aqueles pacientes sem risco de morte iminente considerados casos urgentes, o verde classifica os poucos urgentes, casos com menos gravidade podendo esperar até 2 horas, o azul evidencia um usuário estável não urgente, que envolve problemas simples podendo ter um tempo de espera maior (Weykamp *et al.*, 2015).

Feito a implantação de cada um dos eixos descritos acima, cabe ao enfermeiro responsável saber classificá-los, de modo que, todos os pacientes que chegam para serem atendidos no setor de Urgência e Emergência, sejam classificados segundo suas necessidades apresentadas no momento da triagem, com o intuito de resolver o problema do paciente, otimizando o tempo de espera e sem agravos a sua saúde (Carapinheiro *et al.*, 2021).

Cabe ressaltar que a avaliação primária sem critério clínico pode levar ao agravamento, complicações desnecessárias no quadro do paciente, até mesmo morte podendo ser evitada, os protocolos de acolhimento têm como objetivo garantir uma assistência humanizada, permitindo uma investigação clínica para estabelecer a gravidade do paciente (Lima *et al.*, 2018).

Sendo assim, para uma melhor operacionalização do protocolo de Manchester com o propósito de organização dos serviços de Urgência e Emergência é preciso mudanças na relação profissional e usuário sendo esse o sujeito ativo na produção de saúde. Ao longo da implantação do mesmo foram observadas dificuldades, tais como, recursos humanos, recursos materiais e fluxo desordenado de usuários, com destaque para o grande número de usuário de demanda não urgente, gerando estresse e sobrecarga dos profissionais, afetando de forma negativa a qualidade do atendimento (Filho; Sodré, 2021).

3.3 PORTARIA Nº 2048 DE 2002

Em 5 de novembro de 2002, a portaria 2048 foi instituída pelo Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando que a área de urgência e emergência constitui um importante componente da assistência à saúde, considerando o crescimento da demanda por

serviços nesta nos últimos anos, contribuindo decisivamente para a sobrecarga do mesmo, sendo disponibilizado para o atendimento da população, aprova, na forma do Anexo desta portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Machado *et al.*, 2011).

O Regulamento aprovado atribui os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das urgências e emergências, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para a capacitação de recursos humanos da área (Azevedo *et al.*, 2010).

A portaria ressalta ainda, dentre seus princípios, a importância do envolvimento de toda a rede assistencial, rede básica de saúde, Programas de Saúde da Família (PSF), serviços ambulatoriais especializados, serviços de diagnóstico e serviços de atendimento pré-hospitalar implantados (fixo ou móvel) e rede hospitalar de níveis secundários e terciários, atuando na hierarquização dos atendimentos, além de permitir uma melhor organização da assistência e articulação dos serviços (Oliveira *et al.*, 2010).

Este regulamento tem caráter nacional, devendo ser utilizado pelas secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do SUS (Leuchtenberg *et al.*, 2016).

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser implementado dentro de uma estratégia de promoção da qualidade de vida como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial, de uma visão centrada nas consequências dos agravos que geram as urgências. Dessa forma, deve ser englobada na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde e a prevenção de agravos e doenças, além de se dar novo significado a assistência e a reabilitação (Martins *et al.*, 2003).

Não é possível organizar hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar deles o grande número de pessoas portadoras de urgências menores. Por outro lado, para que pessoas com situações de urgências, que requerem menor densidade tecnológica, possam ser atendidas

na Atenção Primária à Saúde, faz-se necessário implantar um modelo de atenção adequado às demandas das condições crônicas, para que assim possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazos, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores (Machado *et al.*, 2011).

Além da organização do serviço, deve-se atentar a formação dos profissionais acerca do conhecimento referente às condutas no atendimento a urgências e emergências de qualquer natureza, no qual, em geral, é insuficiente para seu enfrentamento. Por isso, comumente, os profissionais, deparados a situações de urgências, acabam por impulso encaminhar o paciente a uma outra unidade de maior complexidade, sem mesmo fazer uma avaliação adequada, estabilizá-lo, por insegurança e desconhecimento sobre como proceder o atendimento (Oliveira *et al.*, 2010).

Vale destacar que embora a demanda por atendimento nos serviços de urgência e emergência hospitalar seja crescente, ainda são incipientes os estudos de enfermagem específicos sobre a organização desses serviços, que se constitui uma importante área de ação do enfermeiro, a qual articula ações assistenciais e gerenciais relativas ao cuidado e a unidade (O'dwyer *et al.*, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), com abordagem qualitativa. A referida pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica de literaturas científicas publicadas nas bases de dados. A revisão integrativa é um método que resume e sintetiza os resultados das pesquisas de um tema específico (Sousa *et al.*, 2010).

A abordagem qualitativa de uma pesquisa refere-se à capacidade do pesquisador interpretar, após a coleta e análise de dados, o significado que outras pessoas deram ao objeto estudado (Pires *et al.*, 2014).

Mendes; Silveira e Galvão (2008), afirmam que a construção de uma RIL passa por seis etapas que ocorrem de forma equivalente as fases de desenvolvimento de um estudo padronizado, mas que requer maior firmeza, dedicação, objetividade e clareza de detalhes. Logo deve-se considerar as fases para a construção para esse tipo de revisão, sendo elas descritas, conforme a tabela a seguir:

QUADRO 1 - Etapas da Revisão Integrativa de Literatura:

Etapa	Definição	Condutas
1	Identificação da temática, hipótese ou questão de pesquisa	- Consulta dos descritores; -Listagens das hipóteses e questionamentos; -Verificação da viabilidade temática, mediante situações que acontecem na prática;
2	Estabelecimento de critérios para inclusão, exclusão e busca na literatura	-Pesquisa na base de dados; -Determinação dos critérios de inclusão e exclusão; -Organização e categorização das informações;
3	Definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos	-Sistematização dos dados encontrados na tabela; -Percepção criteriosa dos dados dos materiais incluídos;
4	Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa	-Discussão dos resultados;
5	Interpretação dos resultados	-Elaboração de possíveis resultados
6	Apresentação da revisão e síntese do conhecimento	-Elaboração de documentos que tragam detalhes da revisão. -Síntese dos dados através de tabelas.

Fonte: Mendes; Silveira; Galvão, 2008.

4.2 IDENTIFICAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA

Para formação da questão norteadora foi utilizado o método PVO (P- população, contexto e/ou situação problema; V - variáveis e O - desfecho). Considerou-se, assim, a seguinte estrutura: P – Enfermeiros; V– Classificação de risco e O – Organização.

A estratégia Population, Variables and Outcomes (PVO) foi empregada para auxiliar na seleção dos descritores MeSH que melhor relacionem com a pergunta de pesquisa: Como se dá a atuação do enfermeiro frente ao acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência? Descritos na tabela abaixo:

QUADRO 2 – Descritores de MeSH para os componentes da pergunta norteadora. Icó, Ceará, Brasil 2024.

Itens da Estratégia	Componentes	Descritores do Assunto
Population	Enfermeiros	Nurses
Variable	Classification/ Risk	Classification/ Risk
Outcomes	Como se dá a organização	Organization

Fonte: Dados da Pesquisa (2024)

4.3 CENÁRIO E LOCAL DA PESQUISA

A busca dos dados ocorreu de forma pareada através de uma pesquisa no portal de dados científicos: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), utilizando o método de busca avançada e categorizando título, resumo e assunto. Foi empregado para busca, descritores de assunto do Medical Subject Heading (MeSH), da National Library of Medicine Nacional Institutes of Health (PubMed), DECS/ MeSH: Nurses; Organization ; Classification/ Risk.

4.4 PERÍODO DA COLETA

A busca na base de dados foi realizada no período de março a abril de 2024.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS

Para chegar nas publicações sobre esta temática, buscou-se selecionar estudos utilizando os descritores em Saúde (DeCs/ MeSH): “Nurses”, e “Organization” e “Classification/ Risk”. Foram utilizados cruzamentos com os termos de busca com os descritores nos idiomas Português e Inglês, com o uso do operador booleano AND.

TABELA 1 – Cruzamentos realizados na base de dados SCIELO, LILACS, MEDLINE, BDENF e PUBMED. Icó, Ceará, Brasil, 2024.

CRUZAMENTOS	SCIELO	LILACS	BDENF	MEDLINE	PUBMED
Nurses AND Classification/ Risk	29	975	124	675	1
Nurses AND Organization	51	4.134	65	3.550	231
TOTAL	80	5.109	179	4.225	232

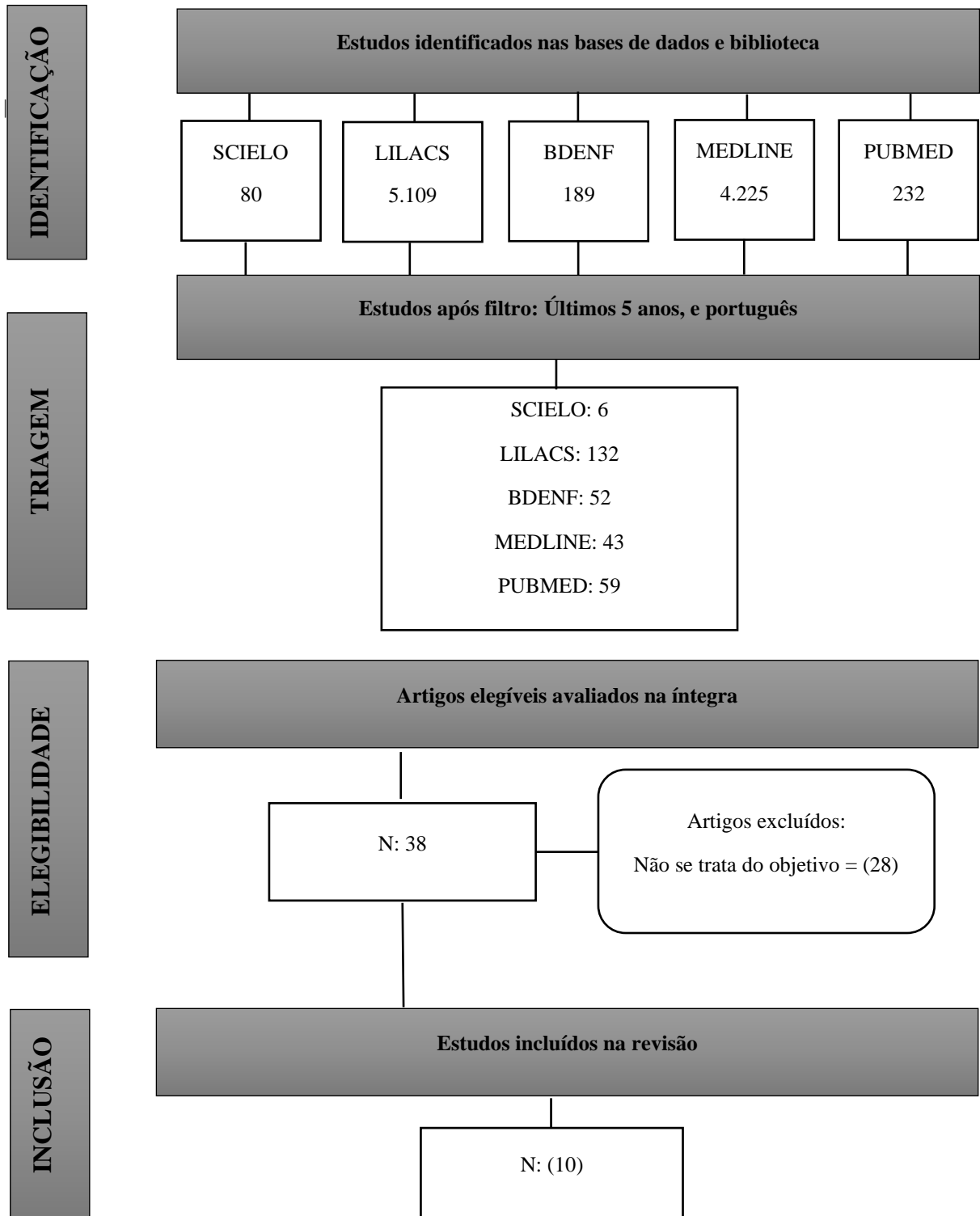
Fonte: Dados da Pesquisa (2024)

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: pesquisas originais que versam sobre a temática, trabalhos completos, disponíveis nos idiomas português e inglês, que abordem a classificação de risco nos setores de urgência e emergência, com ano de publicação de 2019 a 2024. Como critérios de exclusão: artigos que não disponibilizaram resumos, estudos duplicados, comentários, comunicações breves, editoriais, relatos de experiência, resenhas, teses, monografias, resumos em anais de eventos, artigos de revisão, documentários e ensaios.

Realizados os cruzamentos, foram identificados: SCIELO: 80; LILACS: 5.109; BDENF: 179; MEDLINE: 4.225; PUBMED: 232, totalizando 9.825 artigos. O processo de filtragem ocorreu nas seguintes etapas: idioma (português, inglês), recorte temporal 2019 a 2024.

Foi utilizado o Instrumento Preferred Reporting Items Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) para demonstrar o processo de busca e seleção do estudo em questão. (Moher *et al.*, 2009). O fluxograma descreve as informações constantes em cada etapa da busca e seleção dos estudos (FIGURA 1).

FIGURA 1 – Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa. Icó, Ceará, Brasil, 2024.



4.6 CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS ESTUDOS

Após aplicação dos filtros, restaram 38 referências. Realizou-se a leitura dos títulos e resumos, exclusão dos duplicados e análise conforme critérios de inclusão: pesquisas originais que versaram sobre a temática, trabalhos completos, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordam a atuação do enfermeiro frente a classificação de risco, baseado no Protocolo de Manchester em unidades de Urgência e Emergência com ano de publicação de 2019 a 2024; e critérios de exclusão: artigos que não disponibilizaram resumos, estudos duplicados, comentários, resumos em anais de eventos, comunicações breves, editoriais, relatos de experiência, resenhas, teses, monografias, artigos de revisão, documentários, ensaios, e pesquisas que não responderam à questão de estudo. Desta forma, foram selecionados 10 artigos que compuseram a amostra final.

Será realizada uma avaliação dos Níveis de Evidência (NE) dos estudos que compuseram a amostra em seis níveis: Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Os estudos foram organizados a fim de simplificar, sumarizar, abstrair e comparar sistematicamente informações contidas nas fontes primárias sobre questões específicas, variáveis ou características da amostra, que alimentaram o Quadro 1 do estudo, a saber: Código de identificação do artigo, Título, Autor/ano, Base de dados e país de publicação; e Quadro 2: código de identificação do artigo, objetivos, tipo de estudo e nível de evidência.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 RESULTADOS

Para apresentação dos resultados dos trabalhos encontrados, que passaram pelos critérios de inclusão e exclusão, fundamentados pela temática “atuação do enfermeiro frente ao acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência e emergência”, foram apresentados em 3 Quadros. Onde o Quadro 1 e Quadro 2 descrevem as características de publicação como código, título, autor e ano, base de dados, país de publicação, objetivo, delineamento do estudo e níveis de evidências.

QUADRO 3 – Características dos estudos selecionados, relativos à autoria, ano, título, bases de dados, Icó, Ceará, Brasil, 2024.

Código	Título	Autor/ano	Base de dados	País de publicação
A1	Análise da conformidade dos atendimentos segundo Protocolo de Manchester em um Serviço de Urgência e Emergência	Rinaldi <i>et al.</i> , 2019	LILACS	Brasil
A2	Análise do conhecimento com classificação de risco em unidades de Pronto-Atendimento	Gouveia <i>et al.</i> , 2019	SciELO	Brasil
A3	Desafios enfrentados por enfermeiros da classificação de risco em urgência e emergência	Lima <i>et al.</i> , 2023	LILACS	Brasil
A4	Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros	Sampaio <i>et al.</i> , 2023	LILACS	Brasil
A5	Acolhimento com Classificação de Risco: relação de risco com o usuário	Lacerda <i>et al.</i> , 2019	SciELO	Brasil
A6	Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem	Sousa <i>et al.</i> , 2019	SciELO	Brasil
A7	Classificação de risco pelo sistema de triagem de Manchester de pacientes com discriminador sepse possível	Morais <i>et al.</i> , 2020	LILACS	Brasil

A8	O papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência	Quaresma <i>et al.</i> , 2019	BDENF	Brasil
A9	O Protocolo de Manchester como ferramenta de melhora dos serviços de emergência	Morais <i>et al.</i> , 2021	BDENF	Brasil
A10	Qualidade do acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência.	Sampaio <i>et al.</i> , 2023	BDENF	Brasil

Fonte: Dados da Pesquisa (2024)

Os principais objetivos dos estudos foram: analisar a atuação do enfermeiro frente ao acolhimento com classificação de risco em unidades de Urgência e Emergência, descrever como se dá o trabalho do enfermeiro frente a organização deste setor, analisar as características do ambiente de trabalho e os principais desafios enfrentados, assim como, compreender a Classificação de Risco na perspectiva do enfermeiro.

QUADRO 4 – Caracterização dos estudos selecionados relativos a Código de identificação do artigo, Objetivos, Tipo de estudo e Nível de evidência, Icó, Ceará, Brasil, 2024.

Código	Objetivos	Tipo de estudo	Nível de evidência
A1	Analisar a conformidade dos atendimentos classificados como urgentes tendo em vista o Protocolo de Manchester	Estudo descritivo retrospectivo, qualitativo realizado no serviço de urgência e emergência de um hospital geral, de grande porte e referência regional para atendimento de urgência e emergência, de uma cidade no interior de São Paulo	4
A2	Avaliar os serviços de acolhimento com classificação de risco realizados em unidades de pronto atendimento	Trata-se de um estudo transversal e qualitativo, realizado com 63 enfermeiros que atuam nas unidades de pronto atendimento de João Pessoa, Paraíba, Brasil	4
A3	Analisar os desafios enfrentados por enfermeiros da classificação de risco de um serviço de urgência e emergência	Pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com enfermeiros atuantes na unidade de Pronto Atendimento do município de Caruaru, Pernambuco, Brasil	4
A4	Compreender os desafios percebidos pelos enfermeiros no processo de acolhimento com classificação de risco	Trata-se de uma pesquisa qualitativa, analítica, realizada com enfermeiros atuantes no acolhimento com classificação de risco em quatro unidades de pronto	4

		atendimento do Centro-Norte de Goiás, Brasil	
A5	Descrever a concepção de justiça de enfermeiros e usuários na classificação de risco em emergência. Analisar a concepção de justiça na implementação da classificação de risco na emergência na concepção do usuário	Pesquisa qualitativa de tipologia descritiva, exploratória, que utilizou como método a pesquisa-ação	4
A6	Analisar as evidências das pesquisas desenvolvidas sobre a humanização no atendimento de urgência e emergência, tendo em vista suas contribuições para o cuidado de enfermagem	Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 10 enfermeiros	4
A7	Analisar a CR dos pacientes classificados com esse discriminador em um serviço de Urgência hospitalar terciário do sul Brasil	Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, com dados secundários e que incluiu 600 pacientes classificados com discriminador sepse possível no ano de 2018	4
A8	Objetivou-se a conhecer a atuação do enfermeiro na classificação de risco dos serviços de urgência e emergência	Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada com 17 enfermeiros do serviço de emergência de um hospital de alta complexidade da região Sul do Brasil	4
A9	Descrever os benefícios do uso do Protocolo de Manchester em serviços hospitalares de emergência percebidos pelos enfermeiros classificadores.	Trata-se de um estudo transversal descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado com enfermeiros da unidade de emergência de um hospital de alta complexidade da cidade de Recife/PE	4
A10	Avaliar as dimensões de estrutura, processo e resultado do acolhimento com classificação de risco realizado nas Unidades de Pronto Atendimento	Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, coletados via formulário eletrônico, dividido em duas partes: caracterização do profissional e aplicação do instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco	4

Fonte: Dados da Pesquisa (2024)

O Quadro 5, diz respeito aos principais critérios acerca da atuação do enfermeiro frente ao acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência e emergência.

As principais condutas de enfermagem associadas a atuação do enfermeiro frente ao acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência e emergência foram: A organização da equipe de enfermagem, como desenvolver as atividades técnicas e articulação das ações profissionais, sistematização e gerenciamento do cuidado, a partir da atuação e reorganização do setor de emergência.

QUADRO 5 – Principais condutas na assistência de enfermagem nos setores de urgência e emergência, durante a classificação de risco. Icó, Ceará, Brasil, 2024.

Condutas de Enfermagem	Estudos	Categoria
Trabalho com atitude que evidenciam conhecimento, habilidades técnicas, planejamento e liderança junto à equipe e especificidade da conduta do enfermeiro relacionado ao ACCR	A2, A5	A atuação do enfermeiro dentro do acolhimento com classificação de risco
Avaliação do ACCR se apresenta como uma ferramenta que busca melhorar a qualidade e segurança dos pacientes e profissionais de saúde	A1, A4	Humanização nos serviços de urgência e emergência
Prática diária do enfermeiro que atua no setor de urgência e emergência	A3	A atuação do enfermeiro dentro do acolhimento com classificação de risco
Desafios e adversidades enfrentados por enfermeiros responsáveis pelo setor classificação de risco	A3, A7	Principais problemas no fluxo de atendimento e na classificação de risco
O ACCR foi evidenciado como principal dispositivo para a efetiva operacionalização da Política Nacional de Humanização	A6, A8	Humanização nos serviços de urgência e emergência
Existem barreiras para a efetivação do ACCR relacionadas à organização das redes de atenção à saúde, problemas estruturais e ao trabalho multiprofissional	A8, A9	Principais problemas no fluxo de atendimento e na classificação de risco
Contribuições para atuação em Enfermagem e à atenção à saúde dos pacientes têm sido evidenciadas no cotidiano das práticas, carecendo de maior investigação	A10	A atuação do enfermeiro dentro do acolhimento com classificação de risco

Fonte: Dados da Pesquisa (2024)

No que se refere ao trabalho dos profissionais de enfermagem frente ao ACCR nos setores de urgência e emergência mensurada no Quadro 5, evidencia nos resultados que o ACCR é compreendido como satisfatório por enfermeiros, porém existe a necessidade de maior investigação (SANTOS, *et al.*, 2019). Destaca-se a importância da capacitação e a avaliação dos enfermeiros do ACCR por meio da educação continuada (Ferracioli *et al.*, 2020).

Observou-se também de acordo com Rabelo *et al.*, (2020), a necessidade de implementação de estratégias que promovam efetividade na implementação do ACCR, uma vez que a superlotação nos setores de emergência acaba refletindo no papel do enfermeiro que, além de prestar assistência de enfermagem, necessita de estratégias que promovam efetividade no gerenciamento da classificação de risco (CR) nos setores de urgência e emergência.

Para facilitar a determinação de elementos fundamentais relacionados ao ACCR nos setores de urgência e emergência, buscou-se agrupar as discussões em categorias, sendo elas: Categoria 1: Humanização nos serviços de urgência e emergência; Categoria 2: Principais problemas no fluxo de atendimento e na classificação de risco; Categoria 3: A atuação do enfermeiro dentro do acolhimento com classificação de risco.

6 DISCUSSÃO

6.1 HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A condição classificada como urgência significa que há um risco de vida, mas não é uma condição imediata, entretanto, emergência é quando o paciente possui um potencial risco de vida e necessita de suporte imediato a fim de evitar agravos maiores. De acordo com o MS, urgência e emergência são um campo único de assistência à saúde, sendo destinada como suporte à vida. Devido a desordem dos fluxos assistenciais dos serviços de saúde, esta área específica, que objetiva cuidados aos que realmente possuem um agravante, acabam realizando um trabalho um tanto desorganizado (Zanelatto; Dal Pai, 2010).

Projetados para realizarem assistência continuada e não programada, mas de alta qualidade, recebem todos os tipos de lesões ou doenças agudas, dos problemas mais complexos aos mais simples. Os fatores de entrada também refletem na assistência, ou prolongam o tempo de permanência do usuário no serviço. Possuindo um nível de atendimento complexo, deveria haver somente leitos de observação priorizados à pacientes que possuem ou não um risco de evoluir para morte, necessitando de assistência e monitorização integral. Uma das portas de entrada no serviço de saúde público mais procurada são os serviços de urgência e emergência, porque a população busca um atendimento mais rápido e com menos tempo de espera (Roncalli *et al.*, 2017).

Considerando esta concepção, este tipo de atendimento é voltado para cura da doença ou estado em que o paciente se encontra, e não como método preventivo, criando raízes na cultura pela agilidade do atendimento e resolução dos problemas. Os usuários compreendem tal atendimento não como um serviço para atendimento de casos graves, e sim, como uma segunda alternativa pelo atendimento ágil e resolutivo. Esta procura ocorre por causa da quantidade de recursos que são oferecidos em um só ambiente, sem necessitar se deslocar para conseguir, como: medicamentos, cuidados de enfermagem, consultas mais ágeis, exames e a internação quando necessária, possui o tempo máximo de 24 horas (Camerro *et al.*, 2015).

Designado aos pacientes com risco de morte, ou aos que precisam de um atendimento imediato, este setor funciona integralmente, mas a população busca esse método de atendimento como a principal porta de entrada de saúde, tirando a função das Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim, diminuindo a resolubilidade da assistência e desfavorecendo resultados positivos. O tempo que é gasto para atender as consultas simples, e o acúmulo de pacientes que

realmente precisam de um atendimento digno, interferem drasticamente na segurança da assistência prestada e aos procedimentos efetivamente necessários (Belucci *et al.*, 2015).

Na maior parte do tempo, as respostas aos pacientes devem ser rápidas, principalmente em casos graves e/ou agudos, realizando ações que atenuam a dor ou queixas. Receber este paciente de forma acolhedora e humanizada é realizar produção de saúde, uma política implementada para que os profissionais consigam reorientar os usuários quanto ao fluxo de serviços sem serem pejorativos (Oliveira *et al.*, 2013).

O profissional designado e capacitado no gerenciamento deste tipo de serviço é o enfermeiro, o principal reorganizador do processo, do trabalho e da equipe. Havendo assim, iniciativas gerenciais focadas na qualidade da assistência e na estratégia de ações, ofertando um cuidado e ambiente mais acolhedor (Belucci *et al.*, 2021).

Falando sobre o trabalho em equipe, os profissionais devem buscar meios de facilitar a comunicação, tomando decisões mais assertivas, priorizando os cuidados mais complexos de enfermagem para os pacientes em estado grave. Um estudo realizado no SHE de um hospital localizado em Pernambuco, comprovou que em torno de 74,5% das assistências prestadas poderiam ser resolvidas nas UBSs. A maior parte dos usuários que frequentam este serviço não são caracterizados como emergência. O excesso de acúmulo de tarefas aumenta os custos do serviço e gera uma exaustão nos profissionais do ambiente, conseqüentemente interferindo na assistência prestada (Garlet *et al.*, 2019).

6.2 PRINCIPAIS PROBLEMAS NO FLUXO DE ATENDIMENTO E NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Frequentemente nos deparamos com a mídia falando do caos enfrentado diariamente nos serviços de saúde, prevalecendo os serviços públicos de emergência, sendo esse a porta de entrada que abrange todos os serviços de saúde. Estes serviços recebem um grande número de atendimentos diários, e possibilitam sua resolução, mesmo funcionando 24 horas, tem se deparado com dificuldades para atender toda essa demanda de forma resolutiva (Nascimento *et al.*, 2011).

Este aumento da procura no atendimento de urgência e emergência está diretamente ligada a fatores externos, como: o aumento de violência nas cidades, uma desestruturação de fluxo de atendimento primário, entre outros fatores. Pelo grande número de pacientes que os profissionais devem atender, estes passaram a agir com mais técnica e menos sentimentos, assim, havendo falta de humanização no cuidado com o paciente (Weykamp *et al.*, 2015).

O serviço primário de atendimento no Brasil não consegue atender toda a população que chega ao serviço. Esta inversão de demanda populacional que deveriam buscar atendimento inicial na rede básica de saúde e vão para o serviço de urgência e emergência, acabam superlotando um único sistema de atendimento (Roncalli *et al.*, 2017).

Tal insistência em procurar o serviço de emergência como porta de entrada, seria por obstáculos que a população possui no seu cotidiano, como: a predisposição do usuário se deslocar até o serviço de saúde, distância da unidade referência até sua casa, pela indisponibilidade de sair em horário comercial do serviço para ir se consultar, tempo de espera na unidade básica, limite de consultas diárias preestabelecidas e a necessidade de um atendimento mais urgente.

Entre as inúmeras causas da gradual procura dos serviços de emergência, e do aumento da violência urbana e dos acidentes, o aumento populacional de pessoas idosas, os fatores socioeconômicos também influenciam neste atendimento, assim como a falta de leitos hospitalares para realizar a internação quando necessária na rede pública (Nascimento *et al.*, 2011).

O protocolo de Manchester, possui certa resistência na sua implementação, devido as novas tecnologias, a falta de disponibilização de recursos, que acabam ocasionando dificuldades pelos profissionais na adaptação ao novo protocolo, que torna a classificação mais trabalhosa. O excesso de trabalho e condições inadequadas do local acaba deixando o trabalho mais árduo, diminuindo a disponibilização de implantar o novo serviço à rotina dos profissionais (Teixeira *et al.*, 2014).

Entre os fatores que podem justificar o déficit na produção de conhecimento entre os profissionais, é a falta de conteúdos e publicações relacionadas ao tema no Brasil, (Prudêncio *et al.*, 2016), mostra em seu estudo que há carência de materiais falando sobre a atuação do enfermeiro na implantação de protocolos de classificação em serviços hospitalares.

A agilidade do atendimento deve ser eficaz para manter a vida do paciente, principalmente nos classificados como níveis emergente e urgente, encontra-se divergências de pensamentos entre os enfermeiros para continuar o andamento com o processo, assim, como faltam padronizações de possíveis interferências que podem ocorrer no pronto socorro (Souza *et al.*, 2013).

Um grande desafio para o profissional é estar pronto para acolher o paciente, com uma estratégia para produção de saúde, usando o cotidiano para produzi-la, de acordo com diversos artigos, existem outras possibilidades para a superlotação do setor, que pode incluir os tipos de

doenças e agravos da população do município, ou referente a economia e social do perfil demográfico (Oliveira; Pinto, 2015).

Pela falta de mudanças estratégicas, a população usando o serviço hospitalar de emergência como método rápido para realizar consultas rotineiras, os gerentes das unidades hospitalares buscaram alternativas como: aplicação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) nas cidades para diminuição de fluxo no hospital, inserção de gerenciamento de fluxo de usuários para os locais que possuem leitos de internação, aumento da contratação de funcionários da equipe de enfermagem, ampliação da área de internação e leitos (Bellucci Júnior; Matsuda; Marcon, 2015).

Por causa dos problemas citados anteriormente, o MS buscou voltar sua atenção para a reestruturação dos serviços de urgência e emergência, para que fossem separados por grau e o atendimento realmente resolvesse a situação de saúde de cada paciente. A padronização do método de ACCR tem sido implementada para aprimorar o processo (Souza; Araújo; Chia, 2022).

6.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DENTRO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

De acordo com Cruz *et al.*, (2016), das políticas existentes, os protocolos de acolhimento e as políticas não são de total conhecimento dos profissionais, nesse caso os enfermeiros deveriam possuir um entendimento maior sobre as políticas, para que durante a sua implantação, o acolhimento ocorresse de forma segura e eficiente. O enfermeiro possui como função a educação permanente, que deve buscar e incentivar capacitações adequadas para cada área da sua equipe.

A Portaria nº 2.048 de 2002, aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, definindo seus princípios e diretrizes, critérios e normas de funcionamento, cadastramento no sistema, atendimento dos usuários e capacitações aos funcionários que atuarão na área (Brasil, 2004). A Resolução COFEN nº 423 de 2012, foi criada para normatizar o trabalho do enfermeiro na Classificação de Risco. O enfermeiro deverá realizar a classificação com competência técnica e científica, por ser um processo complexo devido à priorização de casos no serviço de urgência (Silva *et al.*, 2014).

A prática de realizar a classificação de risco do paciente é um trabalho que exige maior atenção, habilidade e agilidade, dessa forma está designado ao profissional de enfermagem,

também responsável pelo serviço de urgência e emergência, um paciente deve ser classificado em tempo mínimo, sendo-lhe reconhecido fatores agravantes sofrerá impactos positivos em sua recuperação, pela alta complexidade em um simples ato, protocolos e escalas estão sendo desenvolvidos para dinamizar a avaliação (Sousa; Araújo; Chia, 2015).

Segundo Wanda Horta, o enfermeiro não exerce o cuidado isoladamente, passa a existir a enfermagem quando o profissional interage com o paciente, em busca de uma investigação de dados que estão interferindo no processo saúde-doença. O profissional possui como atividade, assistir as necessidades humanas básicas do paciente para prestar a assistência e interagir com vínculos comunicacionais para colher dados importantes e elevar o nível do cuidado da enfermagem (Castellanos; Brigitta, 2005).

Existe uma grande complexidade na prática da integralidade, que na enfermagem pode ser entendida como o multiprofissionalismo, que são várias esferas de conhecimento no mesmo ambiente e trabalhando juntos, para atendimentos que consiga progredir no processo saúde. A integralidade atua na mudança de abordagem do profissional ao paciente, para que atue como um norte para a relação que ali se estabelecerá, prevalecendo a inerência entre individualismo, sociável e o coletivismo (Trentini; Paim; Vásquez, 2011).

O ACCR funciona como um reorganizador da saúde em rede, para diminuir a sobrecarga da equipe sem alterar na qualidade da assistência, aumentar o foco no paciente que necessita do atendimento, valorizando os enfermeiros que estruturam o trabalho junto com a equipe médica. O enfermeiro proporciona um trabalho multiprofissional sem interferir na sua categoria, nas competências e na resposta do processo saúde do paciente (Nascimento *et al.*, 2011).

O enfermeiro deverá ouvir o usuário, distinguir os principais riscos, responsabilizando-se por todas as condutas direcionadas ao paciente, fazendo com que a ação se torne um processo múltiplo, que pode identificar vários fatores, criar um vínculo profissional e paciente, organizar melhor a conversa para beneficiar a coleta de dados, desta maneira tornar o acolhimento mais humanizado (Hermida *et al.*, 2019).

Todos os pacientes que chegam ao serviço de urgência e emergência, necessitam de algum tipo de intervenção. Conforme o risco de vida, ele é ouvido por um processo qualificado de acolhimento, como citado anteriormente, a tomada de decisão ocorre por base de protocolo e é associada ao julgamento crítico. Durante a entrevista, deve ser realizado um rápido exame físico, averiguação de sinais vitais, e se necessário, exames complementares. Depois de observado esses dados, deve-se realizar o encaminhamento de acordo com a classificação do quadro clínico do paciente (Prudêncio *et al.*, 2016).

Não objetivando a realização do diagnóstico médico, a CR objetiva uma avaliação da gravidade da situação do paciente, por características dos sinais e sintomas. Sucedendo uma identificação de características definidoras, fatores relacionados e de riscos, podem ajudar na elaboração do diagnóstico de enfermagem, necessitando de intervenções para a saúde do paciente. A identificação do Diagnóstico de Enfermagem (DE) é de significativa importância para a continuação do cuidado que será realizado na sala de emergência, assim, o enfermeiro conseguirá planejar as intervenções necessárias dentro do possível (Hermida *et al.*, 2019).

Esta prática, também é classificada como uma tecnologia leve, significa que o atendimento oferecido deve possuir um vínculo, garantindo um caráter benéfico para o local. No Brasil, a adesão ainda está em implementação, porém, em localidades que o acolhimento já está ativo, fica perceptível a melhora do fluxo, gestão do serviço e agilidade do atendimento (Oliveira; Pinto, 2015).

Devido este olhar, pesquisadores se interessaram em analisar o fluxo do atendimento, e pelos locais preferirem sistemas diferentes, notaram que as ações praticadas pelos profissionais refletem em todo o processo de trabalho, e não somente na porta de entrada do serviço (Bellucci Júnior; Matsuda; Marcon, 2015).

Das dificuldades no fluxo de atendimento abordados anteriormente no trabalho, também são encontradas adversidades na classificação em que o enfermeiro realiza, devido ao usuário chegar em situação de adoecimento e fragilizado, o enfermeiro que fica responsável pela decisão de como será o encaminhamento deste paciente, por consequência, determinando o tempo de espera, os familiares presentes ou até mesmo o paciente pode discordar da situação e acabam agindo de forma agressiva com os profissionais (Hermida *et al.*, 2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa realizada sobre a atuação do enfermeiro frente ao acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência e emergência, demonstrou como ocorre o trabalho dos profissionais de enfermagem frente a este setor, assim como trouxe as maiores dificuldades enfrentadas diariamente, a implementação do protocolo de Manchester, como a população e os profissionais estão se adequando a este novo sistema, que se apresenta como meio para solucionar os problemas acima supracitados.

O acolhimento é um instrumento essencial na classificação de risco, por permitir a criação de vínculo entre profissional e paciente, assim como a execução de um cuidado humanizado, trazendo um aperfeiçoamento na produção de saúde, que atualmente encontra-se com grandes déficits na questão da escuta qualificada.

O trabalho realizado pelo enfermeiro neste setor possui discordância de opiniões dos profissionais e pacientes, o ato de designar um tempo de espera pré-estabelecido por protocolo pode gerar conflitos, necessitando de maior atenção na realização. A implementação de protocolos e políticas obteve o intuito de respaldo legal aos profissionais, e gerou progresso no conhecimento técnico-científico em relação a classificação.

Existe um deficit de falta de informação por parte do usuário em relação ao funcionamento do protocolo, é atribuição do enfermeiro classificador informar ao paciente como funciona o processo de triagem, caso um paciente mais grave chegue ele necessita de atendimento de urgência em detrimento da sua situação, porém essa falta de informação pode se tornar um dificultador do processo de acolhimento. Por isso se faz necessário ações de educação em saúde para a população.

O conhecimento interno poderia gerar diversos benefícios no próprio ambiente, realizar um acolhimento humanizado, com empatia e também protegendo o próprio emocional é possível, estratégias como educação em saúde para a população, seria uma alternativa para que o fluxo de atendimento fosse melhor organizado, porém, modificar a cultura da população trata-se de uma grande dificuldade com certo grau de complexidade, devendo ser elaborada a longo prazo.

Assim como foi analisado neste trabalho a conduta do profissional de enfermagem, também é de extrema importância conduzir estudos relacionado ao usuário, só será possível melhorar o sistema de acolhimento conhecendo tanto o profissional quanto o usuário, podendo assim implantar a educação em saúde para a população. Em todo caso alcançar uma assistência

adequada dependerá de um bom relacionamento entre profissional e paciente e entre os profissionais, a comunicação é um fator crucial para gerar bons resultados. A enfermagem está presente desde o acolhimento deste paciente na chegada até o momento da alta, é nítido o quão importante é este profissional no serviço prestado ao usuário.

Mesmo o acolhimento apresentando dificuldades na adaptação pelos profissionais e usuários, com a falta de capacitação pelas instituições, falta de insumos e a grande demanda desorganizada de pacientes que chegam para serem atendidos, tem-se colhido bons frutos com a implementação da CR, assim como foi recebido positivamente pelos profissionais responsáveis pelo serviço de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 33, p. 181-190, 2012.
- AMTHAUER, Camila; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da. Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 1-7, 2016.
- ANDRADE, Camila Calhau et al. Suporte humanizado em unidades de urgência e emergência: mais um desafio para a enfermagem. **EFDeprtes. com, Rev Digital**, v. 17, p. 177, 2013.
- ANDRADE, Juliana Souza; MONTEIRO, Sylmara Corrêa; MORAES, Daniel Silva; SILVA, Karla Talita Santos; FREITAS, Taysa Cristina Cardoso; NASCIMENTO, Ana Paula de Oliveira; NOGUEIRA, Edila Alves Moraes; SCREMIN, Marlete; ROCHA, Fernando Lucas Freitas; NOGUEIRA, Ana Luiza Leobas Moreira; MOREIRA, Leidiany Gomes; DIAS, Gabrielle Terra; CORDEIRO, Flabiane Carvalho; ALMEIDA, Brenda Cristina Rodrigues de; MOTA, Laudileyde Rocha. O papel do enfermeiro no acolhimento e classificação de risco no serviço hospitalar. **Revista Research, Society and Development**. Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 3, p. 1-8, 2022.
- AZEVEDO, Ana Lúcia de Castro Sajioro et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 736-45, 2010.
- BARBOSA, Guilherme Correa et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, p. 123-127, 2013.
- BRAMATTI, Rafaela; FERREIRA, Oelinton T; SILVA, Rafaela K B. O papel do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência baseado no protocolo de Manchester. **Anais do 19º Encontro Científico Cultural Interinstitucional**, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2021.
- CARAPINHEIRO, Graça; CHIORO, Arthur; ANDREAZZA, Rosemarie; SPEDO, Sandra Maria; SOUZA, Ana Lúcia Medeiros de; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CORREIA, Tiago; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Os enfermeiros e o Manchester: reconfiguração do processo de trabalho e do cuidado em emergência?. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 74, n. 1, p. 1-9, 2021.
- CARMO, Bruna Ambrosio do; SOUZA, Gilberto de. Atuação do enfermeiro na classificação de risco através do protocolo de manchester: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 1, p. 1081-1088, 2018.
- CAVEIÃO, Cristiano; HEY, Ana Paula; MONTEZELI, Juliana Helena; BARROS, Ana Paula de Moraes Moraes; SORDI, Janecléia Aparecida; SANTOS, Sabrina Conde. Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 189-196, 2014.

COSTA, Francisco António Dias da; TORRES, Ruben Sousa; SOUSA, Clementina dos Prazeres Fernandes de. Triage de Manchester: Percepções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2022.

DE ALMEIDA GLÓRIA FILHO, Ely; SODRÉ, Matheus Coutinho Clen. atuação da enfermagem na classificação de risco do serviço de urgência emergência. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 2442-2460, 2021.

DINIZ, Aline Santos; SILVA Ana Paula da; SOUZA Cristiane Chaves de; CHIANCA Tânia Couto Machado. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 16, n. 2, p. 312-320, 2014.

DOS SANTOS, Emilly Tainá Silva et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: frente a superlotação dos serviços hospitalares de urgência. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 5, n. 1, p. 187-187, 2018.

FERREIRA, Wellington Fernando da Silva; DE OLIVEIRA, Elia Machado. Operacionalização e efetividade do enfermeiro nas urgências e emergências perante o protocolo de Manchester. **Revista Jurídica Uniandrade**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 1-10, 2022.

FIGUEIREDO, Jardes et al. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NAS AÇÕES DO ACOLHIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NAS AÇÕES DO ACOLHIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Nursing Edição Brasileira**, v. 26, n. 304, p. 9901-9906, 2023.

FROTA, Cynthia Araújo et al. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na realização da classificação de risco no serviço de urgência e emergência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5498-e5498, 2021.

GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Revista Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015.

GLÓRIA FILHO, Ely de Almeida; SODRÉ, Matheus Coutinho Clen. Atuação da enfermagem na classificação de risco do serviço de urgência emergência. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v. 7, n. 10, pág. 2442-2460, 2021.

LIMA, Jonas Siebra de. **Caracterização da demanda de uma Unidade de Pronto Atendimento segundo a proposta de acolhimento com classificação de risco**. 2018. 52f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2018.

MACEDO, Luis Fernando Reis et al. Assistência de urgência e emergência: desafios no atendimento a múltiplas vítimas. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n. 3, 2022.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 519-528, 2011.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin; PRADO, Marta Lenise do. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, p. 71-75, 2003.

MORAES-FILHO, Iel Marciano; BAHIA, Fernanda Socorro; OLIVEIRA, Vera Alves; SANTOS, Danilo Ferreira. O papel do enfermeiro frente à implantação Protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência. **Revista Vita et Sanitas**. Trindade, v. 12, n. 1, p. 37-46, 2018.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 627-640, 2009.

NUNES, Bruna Xavier; CÂMARA, Dheynik Veridiane Lima; RENOVATO, Luciana; PEREIRA, Rosângela Maria; MONTEFUSCO, Selma Rodrigues Alves; SALVADOR, Zelcimar Lemos; GUIMARÃES, Eder Cardoso. Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: caracterização do atendimento mediante protocolos: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**. Goiânia, v. 10, n. 3, p. 12-20, 2017.

OLIVEIRA, Fernanda Esthefane Garrides; DE SOUSA SANTOS, Aline; ROQUETE, Fátima Ferreira. O uso das informações de custo em serviços públicos de urgência e emergência. **Revista Gestão & Saúde**, v. 8, n. 2, p. 230-253, 2017.

OLIVEIRA, Millena; TRINDADE, Marcela Ferreira. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v. 5, n. 02, p. 160-171, 2010.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élida Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

ROCHA, Izabel Cruz da; PEREIRA, Suzan Luiza da Silva; BARBOSA, Italo Everton Bezerra; FONSECA, Alícia Ribeiro; MOTA, Breno de Souza; SAMPAIO, Elaine Cristiana; MELO, Fabrício de Souza; FRANÇA, Irlane Ferreira; MORAIS, Jozilene Farias; COSTA, João Batista Cabral; MACIEL, Misaele Silva; NUNES, Mirlandya Maquine; PIRES, Pedro Jorge da Silva. Atuação do enfermeiro diante do atendimento humanizado nos serviços de urgência e emergência: os desafios para a implementação. **Research, Society and Development**. Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 10, p. 1-10, 2021.

SACOMAN, Thiago Marchi et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 354-367, 2019.

SAMPAIO, Elaine Cristina et al. Atuação do enfermeiro na classificação de risco através do Protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e58011326592-e58011326592, 2022.

SANTANA, Bianca Costa; OLIVEIRA, Amanda Teixeira; ARAÚJO, Raquel Vilanova. A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 3, n. 5, p. e351491-e351491, 2022.

SANTOS, Sidlayne dos; GOMES, Dinancy Cláudio; SANTOS, Marcio Augusto Apratto Cavalcante dos; BEZERRA, Daniele Gonçalves; REIS, Rosane Pereira dos. A atuação do enfermeiro na classificação de risco de pacientes em unidade de emergência: um enfoque no protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**. Recife, v.1, n. 1, p. 1-11, 2020.

SILVA, Jhullyana Rocha; ALENCAR, Larissa Mayara de Sousa; SÁ, Lucas Costa; SANTOS, Marcos Vinicius Ferreira dos. As consequências da não utilização correta do protocolo de Manchester nos serviços de Urgência e Emergência. **Revista Research, Society and Development**. Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 13, p. 1-8, 2022.

SILVA, Juan Fernando Damacena da; PANCERA, Jaine Cristina; CIVIDINI, Fátima Regina. O enfermeiro frente à classificação de risco em urgência e emergência: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v. 7, n. 10, p. 2461-2471, 2021.

SOARES, Zaine Barbosa de Castro; SILVA, Mario de Souza Lima e; SOUZA, Noandra Pedrosa de; AMARO, Ana Ydelplynya Guimarães; NASCIMENTO, Ângelo Cassio Bezerra; NEVES, Fernanda Luz Alves. Protocolo de triagem manchester: a relevância de implementação nos atendimentos de urgência e emergência. **Revista Facit**. Araguaína, v. 1, n. 26, p. 326-340, 2021.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 681-688, 2009.

WEYKAMP, Juliana Marques et al. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 3, p. 327-336, 2015.