



# CURSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO- Online

PROFESSOR ENFERMEIRO PAULO  
PRIETO

22/10/2020

# TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

## No mundo:

- O termo triar vem do verbo francês *trier*= tipar, escolher;
- Triagem existe desde que o primeiro serviço de urgência foi criado;
- Nos Estados Unidos: inicialmente utilizada pelos militares para estabelecer prioridades de tratamento

# TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

## No mundo:

## Nos Estados Unidos:

- Final da década de 50: mudança na prática médica e aumento da procura por PS;
- Necessidade de um método para classificar pacientes e identificar aqueles com necessidade imediata de cuidados;

# TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

Três sistemas mais comuns de triagem nos EEUU:

- *Traffic director* (fluxista) - funcionário administrativo conduz o paciente;
- *Spot-check* - útil para Emergências de pequena demanda. Registro do paciente e encaminhamento para a enfermeira da triagem;
- *Comprehensive triage*: endossado pela *Emergency Nurses Association (ENA)*. Triagem baseada nas necessidades físicas, de desenvolvimento e demandas psicossociais e fatores que influenciam o acesso. Deve ser feita por enfermeira experiente (ENA, 1999, p. 23). Tempo: 2 a 5 minutos.

# TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

Austrália, fim dos anos 60:

- Aqueles que chegavam de ambulância eram priorizados;
- Os que caminhavam eram avaliados por ordem de chegada;
- Meados dos 1970: criada escala de 05 prioridades baseada em tempo, com identificação por adesivos na ficha de atendimento médico:

# TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

Austrália, meados de 1970: escala de 05 prioridades

1. Pacientes com risco de vida imediato
2. Risco de vida iminente
3. Potencial risco de vida
4. Pacientes potencialmente graves
5. Menos urgentes

# TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

## No Brasil:

- Crescente demanda e procura dos serviços de Urgência-Emergência;
- Fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas dos Prontos-Socorros;
- Fez-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde para que a priorização dos atendimentos levasse em conta os diferentes graus de necessidades ou sofrimento;

# TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

## No Brasil:

- Ministério da Saúde – MS, 2004: Cartilha da Política Nacional de Humanização – PNH;
- Acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde;

# Acolhimento

*“ O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.”*

(ABBÊS e MASSARO, 2004)

# Acolhimento

- Não é um espaço ou um local.
- Requer postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana.
- Ação que deve ocorrer em todas os locais e momentos da Unidade.
- Pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

# Acolhimento

*“determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.”*

(ABBÊS e MASSARO, 2004)

# O ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

## Atividades desenvolvidas:

- Atribuição da prioridade exata dos doentes.
- Avaliação e tomada rápida de decisões;
- Delegação de tarefas apropriadas;
- Evitar conversas longas com os doentes, bem como o registro exaustivo de histórias.

# O ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

## Amparo legal:

*“O acolhimento com classificação de risco deverá ser implantado e realizado por profissionais de nível superior, devidamente treinados mediante a existência de protocolos técnicos e administrativos da Unidade. Os membros da equipe de enfermagem podem participar do acolhimento mediante definição clara de atribuições e competências previamente estabelecidas em protocolo.”*

(COREN- 2007)

# O ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- **RESOLUÇÃO COFEN Nº 423/2012**
- *Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos*

# RESOLUÇÃO COFEN Nº 423/2012

- **Art. 1º** No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.
- **Parágrafo único.** Para executar a classificação de risco e priorização da assistência, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.
- **Art. 2º** O procedimento a que se refere esta Resolução deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.
- **Art. 3º** Cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem adotar as medidas necessárias para acompanhar a realização do procedimento de que trata esta norma, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

# Protocolos

- Conforme o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), os protocolos mais utilizados mundialmente são:
- *Modelo Australiano – Australian Triage Scale (ATS);*
- Modelo Canadense – Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS);
- Modelo de Manchester – Manchester Triage System (MTS);
- Modelo Americano – Emergency Severity Index (ESI)

# Quem pode realizar a Classificação de Risco?

- No âmbito da equipe de enfermagem, **segundo Art 1º da Resolução Cofen 311/2007**, o **Enfermeiro** é o único profissional da equipe que pode atuar no **processo de classificação de risco e priorização da assistência à saúde**, desde que tenha a devida qualificação, conforme citado anteriormente. Ou seja, a **classificação de risco é uma atividade PRIVATIVA do Enfermeiro.**

# PRINCIPAIS PROTOCOLOS UTILIZADOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- Protocolo Canadense:**

Nível	Classificação	Intervenção Médica	Reavaliação de enfermagem
Nível I	Ressuscitação	Intervenção médica imediata	Cuidados Contínuos
Nível II	Emergência	Aval. Médica < 15 min.	A cada 15 min.
Nível III	Urgência	Aval. Médica < 30 min.	A cada 60 min.
Nível IV	Semi-urgência	Aval. Médica < 1 hora	A cada 60 min.
Nível V	Não urgência	Aval. Médica < 2 horas	A cada 2 horas

# PROTOCOLO CANADENSE

## AVALIAÇÃO DA TRIAGEM:

A- Avaliação subjetiva da queixa: início / curso / duração

- Quando começou? O que você estava fazendo quando começou?
- Quanto tempo dura?
- Ela vai e volta?
- Ainda está presente no momento?
- Onde é o problema?

Se for dor:

- Descreva as características e intensidade.
- Ela irradia?
- Há algo que agrava ou alivia os sintomas?
- Se a dor está ou esteve presente: características e intensidade.
- Há alguma história prévia semelhante? Qual foi o diagnóstico?

# PROTOCOLO CANADENSE

## AVALIAÇÃO DA TRIAGEM:

B- Avaliação objetiva: pode distinguir a área de tratamento e se o paciente requer cuidado/intervenções rápidas

- Aparência física – cor, pele, atividades.
- Grau de angústia: angústia severa ou não angustiado.
- Resposta emocional: ansiedade ou indiferença.
- Sinais vitais completos se o tempo for suficiente ou se são necessários para distinguir o nível de triagem.
- Avaliação física.

## C- Informações adicionais

- Alergias
- Medicações

# PROTOCOLO CANADENSE

## Classificação dos pacientes:

Prioridade	Cor	Classificação	Intervenção Médica	Reavaliação de enfermagem
I	Vermelho	Ressuscitação	Intervenção médica imediata – Sinal sonoro	Cuidados Contínuos
II	Vermelho	Emergência	Aval. Médica < 15 min. – sem sinal sonoro	A cada 15 min.
III	Amarelo	Urgência	Aval. Médica < 30 min.	A cada 30 min.
IV	Verde	Menor urgência	Aval. Médica < 1 hora	A cada 1 hora
V	Azul	Não urgente	Aval. Médica no mesmo dia ou no dia seguinte	_____

# PROTOCOLO DE MANCHESTER

## Classificação dos pacientes:

Número	Nome	Cor	Tempo alvo
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

# PROTOCOLO DE MANCHESTER

## Método de Classificação:

- Avaliação das alternativas e seleção de uma delas: seleção dos discriminadores presentes e qual deles reflete a maior prioridade clínica.
- Implementação da alternativa selecionada: atribuição de uma das prioridades.
- Monitorização da implementação e avaliação dos resultados: observação secundária. Quaisquer alterações na prioridade clínica podem ser rapidamente notificadas e retificadas.

# PROTOCOLO DE MANCHESTER

## Método de Classificação:

- Identificação do problema: queixa principal.
- Colheita e análise das informações relacionadas com a solução: escolha do fluxograma, ditado pela queixa principal.

O fluxograma estrutura este processo mostrando discriminadores (sinais e sintomas) chaves em cada nível de prioridade. Os discriminadores são apresentados na forma de perguntas para facilitar o processo.

# PROTOCOLO DE MANCHESTER

## QUEIXA: Cefaléia

Comprometimento de VA?  
Respiração ineficaz?  
Criança não reativa?  
Convulsão atual?  
Choque?

Sim

VERMELHO

Não

Dor severa?  
Início repentino?  
Alteração do estado de consciência?  
Perda súbita de visão?  
Sinais de meningismo?  
Erupção cutânea desconhecida?  
Púrpura?  
Criança quente?  
Adulto muito quente?

Sim

LARANJA

# PROTOCOLO DE MANCHESTER

## QUEIXA: Cefaléia

Dor moderada?  
História inapropriada?  
História de perda de consciência?  
Sinais neurológicos focais?  
Novos sintomas e/ou sinais neurológicos?  
Acuidade visual reduzida?  
Couro cabeludo doloroso?  
Quente?

Sim →

AMARELO

Não ↓

Dor?  
Sub-febril?

Sim →

VERDE

Não →

Problema recente?

Sim ↑

Não →

AZUL

# PROTOCOLO DE MANCHESTER

## QUEIXA: Dor de garganta

Comprometimento de VA?  
Respiração ineficaz?  
Baba-se?  
Estridor?  
Choque?

Sim

VERMELHO

Não

Dor severa?  
Alteração do estado de consciência?  
Criança quente?  
Adulto muito quente?

Sim

LARANJA

Não

Dor moderada?  
Adulto quente?  
Instalação súbita?

Não

AMARELO

Dor?  
Sub-febril?

Sim

VERDE

Sim

Não

Problema recente?

# O que devemos ter nos pontos ou salas para a classificação de risco

- Manual de classificação de risco ;
- Termômetro (timpânico ou digital infravermelho);
- Glicosímetro;
- Monitor (saturímetro e FC);
- Relógio;
- Esfigmomanômetro e estetoscópio;
- Material para identificação da prioridade clínica do usuário (ex: pulseiras, adesivos, etc.);
- Ficha de registro da classificação de risco.

# Qual o direito do paciente frente ao ACR?

- Todo paciente que dá entrada nos serviços de urgência e emergência tem direito a receber atendimento médico. Ou seja, **é proibido a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico**. Este direito está previsto no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aprovado pela portaria GM/MS nº 2.048 de 2002, e nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina nº 2.077 e nº 2.079 de 2014.
- Caso o paciente sinta-se prejudicado por suposta conduta antiética do profissional de enfermagem, ele tem direito a realizar uma denúncia ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN), mediante apresentação formal dos fatos (por escrito ou verbal), seguindo os requisitos descritos no artigo 22 do Código de Processo Ético-Disciplinar dos Profissionais de Enfermagem.

# Como funciona o dimensionamento de pessoal na Classificação de Risco?

- O Enfermeiro leva, em média, 3 (três) minutos para fazer uma classificação de risco (CR) nos serviços de urgência e emergência, o que representa 20 CR por hora. Porém, levando-se em conta que a capacidade máxima humana é de 80%, isso significa que por estimativa **o Enfermeiro pode fazer 16 CR por hora**; sem considerar os **direitos trabalhistas** (horário de refeição e uso do banheiro) e **em caso que as atividades extrapolam o protocolo** como, solicitação de exames, coleta de material, entre outras, expõem o profissional, a instituição e põe em risco a segurança e a saúde do paciente, pois **podem alterar o tempo ótimo de CR**.
- Além disso, a equipe mínima por sala é de 1 Enfermeiro e 1 Técnico de Enfermagem. E caso haja demanda acima deste número, deverá ser disponibilizada uma segunda frente de CR (sala, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem)

# Qual o papel do Técnico de Enfermagem no ACR?

- Segundo a Lei 7.498/1986 que regulamenta o exercício de enfermagem, o Técnico deverá auxiliar o Enfermeiro. Na Classificação de Risco, esse auxílio pode ser na **aferição de sinais vitais, colocação da pulseira de cor, direcionamento do paciente para os fluxos da unidade de urgência/ emergência, entre outras atividades cabíveis de delegação.**

# METODOLOGIA DE CLASSIFICAÇÃO

- CAPACITAÇÃO
- PRIORIDADE E MANEJO
- AUDITORIA DE CLASSIFICAÇÃO
- ALÉM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

# TOMADA DE DECISÃO

- Interpretar
- Discriminar
- Avaliar

Estratégias de tomada de decisão:

- Raciocínio
- Reconhecimento de padrões
- Formulações repetitivas de hipóteses
- Representação mental
- Intuição

# TOMADA DE DECISÃO

- Identificação do problema
- Coleta e análise das informações relacionadas á solução
- Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para implementação
- Implementação da alternativa selecionada
- Monitoramento da implementação e avaliação de resultados

# Metodologia

## 1-Identificação do problema

- Agressão
- Alergia
- Alteração de comportamento
- Asma
- Auto agressão
- Bebe chorando
- Cefaléia
- Convulsões
- Corpo estranho
- Criança abusada negligenciada
- Criança irritadiça
- Criança mancando

# Metodologia

## 1-Identificação do problema

- Desmaio
- Diabetes
- Diarreia e ou vômitos
- Dispnéia
- Doença mental
- DST
- Dor abdominal(adulto, criança)
- Dor cervical
- Dor de garganta
- Dor lombar
- Dor testicular
- Dor torácica

# Metodologia

## 1-Identificação do problema

- Embriagues aparente
- Erupção cutânea
- Exposição a agentes químicos
- Feridas
- Gravidez
- Hemorragia digestiva
- Infecções locais e abcesso
- Mal estar(adulto, criança, bebe, neonato)
- Mordedura e picadas
- Overdose e envenenamento
- Pais preocupados
- Palpitações

# Metodologia

## 1-Identificação do problema

- Problemas dentários
- Problemas em extremidades
- Problemas em face
- Problema em olhos
- Problemas em ouvidos
- Problemas urinários
- Quedas
- Queimaduras
- Sangramento vaginal
- TCE
- Trauma maior
- Trauma toracoabdominal

# Metodologia

## 2-Coleta e análise de informações

Discriminadores:

- Ameaça a vida
- Nível de consciência
- Hemorragia
- Temperatura
- Dor
- Início e evolução da situação queixa

# Metodologia

- 3- Avaliando e escolhendo uma alternativa
  - 4- Implementando a alternativa escolhida
- Escolhe-se finalmente a cor da classificação
- 5-Monitoramento e avaliação

Cor branca na classificação de risco  
Não necessita de atendimento nos serviços de  
urgência e emergência

Critérios para a cor branca:

- Paciente de outro serviço que precisa fazer exame complementar
- Óbito que precisa ser encaminhado ao necrotério
- Paciente chamado para terapêutica não programada(transplante)
- Paciente admitido para procedimento programado
- Paciente readmitido após 24 horas de transferência para outro serviço para interconsulta com retorno programado.

# Avaliação da dor

- A maior parte dos pacientes das urgências sentem algum grau de dor
- O grau de dor influencia a prioridade
- A gestão adequada da dor é um critério chave para a satisfação do paciente
- Os pacientes com dores podem tornar-se agitados e agressivos
- Pacientes com dores desestabilizam os profissionais e os outros pacientes
- Os pacientes sempre tem a expectativa de que suas dores sejam tratadas

# Avaliação da dor

- Avaliação da dor na urgência

Instrumentos para avaliação da dor:

- Escala descritiva verbal (nenhuma, leve, moderada, intensa, dilacerante)
- Escala visual analógica (cores)
- Instrumentos comportamentais da dor

# Avaliação da dor

Instrumentos comportamentais da dor:

- Resposta verbal
- Linguagem corporal
- Expressão facial
- Alterações comportamentais
- Nível de consciência
- Alterações fisiológicas

# Avaliação da dor na classificação de risco

Idade: técnica de avaliação:

- Identificar pacientes cuja idade afeta a avaliação da dor
- A percepção da dor aumenta ou diminui
- Como esta situação pode ser superada

Cultura: técnica de avaliação:

- Reconhece antecedentes culturais
- Como o nível cultural influencia na percepção da dor, e na interpretação do observador

# Avaliação da dor na classificação de risco

Ansiedade: técnica de avaliação:

- Reconhecer o grau de ansiedade do paciente
- Quais as razões que o levam a estar ansioso
- Como a ansiedade afeta a percepção da dor pelo paciente

# Avaliação da dor na classificação de risco

Outras considerações:

- Interrupção das atividades do paciente
- Reconhecer o grau de incapacidade para as atividades normais
- Como pode ser avaliado o grau de incapacidade
- Como o grau de incapacidade se relaciona com a percepção do paciente em relação á dor

# Situações especiais

- Crianças
- RN
- Índios
- Idosos
- Pacientes com necessidades especiais
- Pacientes abusivos ou agressivos
- Pacientes sob influência do álcool
- Presidiários
- Readmissões em menos de 24 horas
- Pacientes referenciados por outros serviços
- Ambulâncias
- Cliente habitual
- Oncologia

# Situações especiais

- Sobrecarga
- Muitos pacientes
- Acompanhantes
- Primeiros socorros e analgesia
- Informação para os pacientes
- Tempo de espera informado
- Promoção da saúde
- Disposição dos pacientes nos serviços
- Gestão da sala de espera
- Responsabilidade médica na classificação de risco

# Auditoria interna

- Todos os classificadores deverão ser classificados e certificados
- Todos os episódios da classificação de risco deverão ser relatados
- Todos os episódios deverão ser atribuídos individualmente aos classificadores
- 2% dos episódios por classificador(mínimo de 10 episódios) deverão ser selecionados aleatoriamente
- Os episódios deverão ser avaliados por auditores experientes no processo de classificação de risco

# Auditoria interna

- A integralidade dos episódios é expressa como uma percentagem simples
- A assertividade dos episódios é expressa como uma percentagem simples
- O número de episódios incompletos deverá ser repassada ao respectivo classificador
- A assertividade total deverá ser repassada a cada um dos classificadores
- Quaisquer causas de classificações imprecisas deverão ser repassadas aos classificadores

# Relatório de auditoria

- Nº de doentes admitidos
- Nº de eventos classificados
- Nº de classificações auditadas e classificadas
- Nº e tipos de prioridade atribuída
- Tempo médio desde a chegada do paciente até a classificação de risco
- Tempo médio de classificação de risco
- Tempo médio desde a classificação de risco até o início da primeira avaliação médica por prioridade

# Relatório de auditoria

- N de classificadores mês
- % de classificação de risco corretas e incorretas
- Problemas detectados
- Sugestão de medidas corretivas
- Conclusões

# Triagem telefônica

- Metodologia:
- Precisa de cuidados imediatos ou urgentes= tratamento imediato
- Precisa de cuidados nas próximas horas= tratamento precoce ou em breve
- Os cuidados ou tratamento podem ser postergados=tratamento eletivo
- O problema pode ser manejado com aconselhamento para autocuidado

# Triagem telefônica

Aconselhamentos temporários:

- Convulsão
- Fraturas
- Hipertermia
- História de overdose ou envenenamento
- Dor

Profissionais de saúde na classificação telefônica

# Conclusões e tendências

- Instrumento de monitorização
- Auditorias
- Protocolos internos (analgesia, referenciar exames de laboratório e de imagens)
- Referenciar ambulatórios
- Referenciar especialidades
- Reclassificação

# REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C.; MASSARO, A. *Acolhimento com Classificação de Risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 49p.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS . *Parecer Técnico nº10*, de 22 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Belo Horizonte, MG, 22 fev.2007. Disponível em: < <http://www.coren-mg.org.br/gerencial1007>>. Acesso em: 23 abr. 2008.
- FREITAS, Paulo (Ed.). *Triagem do serviço de urgência: Grupo de Triagem de Manchester*. 2.ed.Portugal: BMJ Publishing Group, 2002. 149p.
- Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS), 2015.
- WINDLE, J. *et al. Sistema Manchester de Classificação de Risco* . Belo Horizonte, 2018.